

**Завдання та методичні рекомендації до вивчення дисципліни в умовах
дистанційного навчання
доц. Ставицька О.Г.**

Дисципліна: **Медико-психологічне консультування та експертиза (5курс
Психологія. Клінічна психологія)**

Терміни виконання завдання – .02.17 – 29.02.17

Вивчення дисципліни в умовах дистанційного навчання передбачає самостійне
опрацювання модуля 3 Тема 7 «Соціально-психологічний підхід: кризове
консультування»

Завдання для самостійного опрацювання

1. Опрацювати та проаналізувати рекомендовані матеріали **до теми**
2. У письмовому вигляді скласти структурно-логічну схему до питань які розглядаються в лекції.
3. Опрацювати питання для самоконтролю з теми .Відповіді підготувати у письмовому вигляді.
4. Сформулюйте питання для прояснення психологічної проблеми

Завдання: напишіть по 10 запитань до можливого адресата з наступного списку:

1. Пацієнту лікувального закладу, який проходить післяопераційну реабілітацію (40 років).
2. Любителі чистоти, яку дратує будь-який непорядок (38 років).
3. Хлопчикові, який не знає, як познайомитися з дівчинкою (13 років).
4. Підліткові (15 років), який ненавидить людей.
5. Дівчинці (14 років), яка більше всього на світі боїться, що вона негарна, і тому ніхто не звертає на неї уваги.

6. Дівчинці (11 років), яка вдома вкрала гроші і накупила на них гостинців для всього класу.
5. _____ На вибрану тему підготувати есе з питань консультування.
1. _____ Медико-психологічне консультування.
2. _____ Реабілітаційне консультування
3. _____ Експертне консультування.
4. _____ Консультування з питань психічного здоров'я

Примітка Виконані завдання будуть оцінюватись, бали враховуватимуться при складанні іспиту

Змістовий модуль 3. Окремі питання медико-психологічного консультування

Тема 7. Соціально-психологічний підхід: кризове консультування

1. Спеціальні проблеми медико-психологічного консультування
2. Механізми компенсації в забезпеченні психічного здоров'я
3. Особливості короткострокового консультування.
4. Психологічна допомога при посттравматичних стресових розладах. 5. Типи та причини ПТСР.

Література:

1. _____ *Абрамова Г.С.*
Практикум по психологическому консультированию. – Екатеринбург:

Деловая книга, 1995.

2. _____ Колесникова Г.И., Психологическое консультирование. Серия «Высшее образование». Ростов-на-Дону: Феникс, 2004. – 187-211с
3. _____ Немов Р.С. Психологическое консультирование: Учеб. Для студ. Вузов. – М.: Гуманит. Изд. центр ВЛАДОС, 2001. – 190-196 с.
4. _____ Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. – Санкт-Петербург: «Питер», 1998.
5. _____ Таланов В. Л., Малкина-Пых И. П. Справочник практического психолога. - СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003.
6. _____ Хомич Г.О.,Р.М. Ткач, Основи психологічного консультування. К.:МАУП,2004.с.111-

Спеціальні проблеми медико-психологічного консультування

Механізми компенсації в забезпеченні психічного здоров'я

Інтерес до психологічних механізмів не новий. Але особливо помітно він виявлений у психологічній літературі останнього часу. Вивчення того або іншого психологічного механізму передбачає пошук відповідей на такі питання: склад й основна функція психологічного механізму, закономірності його генезису (умови формування, найбільш істотні фактори, що визначають його наступне функціонування), причини й характерні ознаки руйнування (старіння). Поняття механізму компенсації, прийняте в психології, припускає заміну недорозвинених або порушених психічних функцій шляхом використання збережених або перебудови частково порушених функцій

Механізм компенсації відіграє одну з головних ролей у житті людини. Звернувшись до психологічного словника А. В. Петровського та М. Г. Ярошевського, ми знайшли таке визначення компенсації психічних функцій – відновлення нерозвинутих чи порушених психічних функцій шляхом використання збережених чи перебудови 136 частково порушених функцій¹.

При компенсації психічних функцій можливим є залучення до її реалізації нових нервових структур, які раніше не брали участі у здійсненні даних функцій. Ці структури функціонально об'єднуються на базі виконання спільного завдання. Відповідно до концепції П. К. Анохіна, вирішальним моментом у створенні нової функціональної системи під час компенсації психічних функцій є оцінка результатів, до яких приводять спроби організму (тварини чи людини) побороти дефект, що здійснюється завдяки наявності —зворотної аферентації¹¹.

Існує два типи компенсації психічних функцій : 1. Внутрішньосистемний, який здійснюється за рахунок залучення збережених нервових елементів тих структур, які постраждали. 2. Міжсистемний, який пов'язаний із перебудовою функційної системи і включення в роботу нових нервових елементів із інших нервових структур.

У людини спостерігаються два вищеперерахованих типи компенсації психічних функцій. Вони мають велике значення у випадках подолання вроджених чи рано виявлених дефектів розвитку. Так, наприклад, компенсація психічної функції зорового аналізатора у сліпонародженої дитини відбувається шляхом розвитку тактильних відчуттів (тобто за рахунок комплексної діяльності рухового і шкіряно-кінестетичного аналізаторів), що потребує спеціального навчання. Загальна теорія компенсації в психології ще не склалася. Разом із тим емпіричний досвід дає змогу говорити про достатню розмаїтість проявів цього феномену в психічному житті людини. Наведемо приклади окремих психічних процесів та особистості в цілому як суб'єкта поведінки і професійної діяльності. Типовий приклад компенсації у сфері психічних процесів сто- сується роботи

пам'яті. Компенсація слабкої механічної пам'яті може бути здійснена за рахунок асоціативної, що в підсумку не призводить до порушення пам'яті в цілому. Слабкий розвиток або порушення пам'яті можна компенсувати шляхом записування або більш чіткою організацією виконуваної діяльності. Недостатній розподіл уваги можна компенсувати за рахунок її переключення.

Певні дефекти зору можна частково компенсувати посиленням розвитку слуху. Інакше кажучи, природний недолік будь-якого органу може бути компенсований іншим, більш управним. Ефект компенсації виявляє себе і під час формування характеру, коли в разі ослаблення якоїсь однієї риси характеру, під час відшкодування цього недоліку розвивається інша. В різних випадках повсякденного життя і трудової діяльності людина використовує певні прийоми самозахисту власної особистості.

Окремі механізми захисту носять досить виражений компенсаторний характер, наприклад: компенсація певних особистісних невдач або незадоволеності основною роботою за рахунок різноманітних захоплень у години дозвілля; звернення до світу фантазій, де людина вільна бачити себе в будь-якій важливій для неї ролі, втілення якої в реальному житті за певних причин є неможливим чи складним.

Недостатня виразність якоїсь особистісної властивості може бути компенсована за рахунок інших властивостей: особам із високими показниками тривожності властивий підвищений самоконтроль, до якого вони звертаються з метою компенсації власної невпевненості в правильності прийнятих рішень. Як указують Г. В. Ложкін, О. В. Носкова, І. В. Толкунова, ряд професій передбачає діяльність людини в екстремальних умовах. До них належить робота в умовах сенсорної ізоляції, тобто в соціально збідненому середовищі. Під впливом цього стресового за своєю природою фактора перебувають космонавти, моряки, учасники різних експедицій та ін. Необхідність довгий час працювати у відриві від дому, родини, в умовах різко обмеженого кола спілкування, інформаційної недостатності – усе це є

загальною відмінною рисою, властивою тією чи іншою мірою згаданим професіям.

Роль компенсації здобуває в них особливий зміст. Наприклад, ведення щоденника допомагає відшкодувати дефіцит спілкування й певною мірою компенсувати зв'язану з ним емоційну напругу. В умовах самотності людина використовує різні способи компенсації відсутності міжособистісних контактів. Прагнучи штучно відтворити порушене соціальне середовище, людина починає розмовляти вголос сама із собою, задаючи собі питання і відповідаючи на них, імітуючи тим самим ситуацію діалогу з уявленим співрозмовником, сперечається сама із собою, доводить щось сама собі тощо

Об'єкти та засоби компенсації можуть належати одній сфері, наприклад коли боксер самовіддано б'ється на рингу, хоча в 138 дитинстві був боязливою дитиною. Така компенсація називається гомогенною. Якщо ж вони не відповідають один одному, то говорять про гетерогенну компенсацію. Наприклад, переживаючи неповноцінність у фізичній активності через вивих тазостегнового суглоба, дитина прагне розвинути свої інтелектуальні здібності, домагається високої успішності у школі. Компенсація може реалізуватися в позитивному й негативному стилях життя. За А. Адлером, ці розходження розрізняються за критерієм соціальної значимості. Позитивно оцінювані в суспільстві види діяльності відображають позитивний стиль життя. До негативного стилю життя відносять невротичну симптоматику, делінквентну поведінку, алкоголізм, наркоманію.

Отже, можемо зробити висновок, що компенсація (від лат. *compensatio* – урівноваження, зрівнювання) є відшкодуванням певних недорозвинених функцій або здібностей шляхом використання інших функцій чи здібностей. Так, учень, котрий не має достатньо високого рівня інтелекту для того, щоб добре вчитися, розвиває себе фізично і стає найсильнішим та найбільш спритним у класі. Компенсацію людиною якого-небудь власного реального або уявного недоліку неадекватно перебільшеними способами

називають гіперкомпенсацією. Наприклад, чоловік або жінка, які вважають себе непривабливими, можуть фліртувати і загравати з особами протилежної статі, щоб довести собі й іншим зворотне. Гіперкомпенсація породжує прагнення особистості до влади, переваги над іншими й відхилення від соціально ціннісних норм поведінки. При сильному вираженні почуттів неповноцінності, що характерно для невротиків, вони можуть ставити перед собою нездійсненні завдання.

В невротика часто спостерігається значна розбіжність між свідомими й неусвідомлюваними цілями, унаслідок чого він ігнорує можливість реальних досягнень і надає перевагу фантазіям на тему власної значимості та вищевартості над іншими. Завдання психолога в цьому випадку – допомогти людині усвідомити неадекватність її мотивів і цілей із метою компенсації неповноцінності в реальних творчих діях.

Оцінка психічного здоров'я при стресових розладах .

Для оцінки психічного стану при стресових розладах використовують діагностичні критерії на основі симптомів, які можна спостерігати у пацієнтів. ПТСР характеризується постійним переживанням симптомів, які включають (1) нав'язливі спогади про подію, що повторюються; (2) сни про подію що повторюються; (3) такі дії, що відповідають ситуації, якби подія повторювалась; (4) інтенсивні тяжкі переживання, які були викликані зовнішньою або внутрішньою ситуацією, що нагадує травмуючу подію або символізує її; (5) фізіологічну реактивність на стимули або ситуації, які нагадують про подію. Розлад також передбачає симптоми уникнення і емоційного ступору. Вони можуть включати (1) зусилля по уникненню думок, почуттів або розмов про подію; (2) зусилля по уникненню діяльності, місць і людей, які асоціюються із подією; (3) нездатність згадати про суттєві аспекти події; (4) помітне зниження інтересу до того, що раніше приносило задоволення; (6) обмеження спектру емоційних переживань; (7) почуття скороченої життєвої перспективи, що супроводжується значною

недостатністю планування майбутнього. Завершують картину симптоми збудження, які не спостерігались до травма-тичної події. Це можуть бути наступні симптоми: (1) складнощі із засипанням і поганий сон; (2) роздратованість і спалахи гніву; (3) труднощі із концентрацією уваги; (4) підвищений рівень підозрливості, постійне очікування небезпеки; (5) гіпертрофована реакція на переляк.

Діагностичні критерії ПТСР Основні прояви ПТСР розбиті на критерії А, В, С, D, Е, які в подальшому диференціюються посимптомно, що дозволяє діагностувати ПТСР як синдром і визначати питому вагу кожного із симптомів. Типові симптоми в даному випадку це унікаюча поведінка в цілому, нав'язливі уявлення і спогади, пов'язаних з психіч-18 Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах ною травмою, нав'язливі думки про неї а також про такі клінічні характеристики, як ідеї самозвинувачення тих, хто вижив, і про соціально направлені переживання, наприклад, розчаруванні в представниках влади, які не змогли попередити психотравмуючу подію.

Згідно з МКХ-10, у розділі F 43 «Реакція на тяжкий стрес і порушення адаптації», виділяються наступні діагностичні рубрики:

F 43.0 Гостра реакція на стрес Рубрика містить транзиторні розлади значної важкості, які розвиваються у осіб без видимих психічних розладів безпосередньо (в межах 1 години) у відповідь на стресові життєві події. За умови зменшення або припинення стресорної дії симптоми мають зменшуватись вже за вісім годин. На тлі продовження дії стресору симптоми мають почати зменшуватись за 48 годин. Ці розлади зазвичай повністю проходять через кілька годин або днів, можуть тривати до одного місяця. Включаються: кризовий стан, гостра кризова реакція, бойова втома, психічний шок.

F 43.1 Посттравматичний стресовий розлад. Клінічні діагностичні критерії: Критерій А (відноситься до травматичної події). Людина була під впливом екстремальної травматичної події, що характеризується двома обов'язковими ознаками: 1. Травматична подія пов'язана з загибеллю або серйозними пораненнями людей, або з можливою загрозою такої загибелі або поранень, при цьому людина може бути як очевидцем страждань інших, так і безпосередньо жертвою. 2. В момент перебування в травматичній ситуації людина повинна відчувати інтенсивний страх, жах і почуття безпорадності. Критерій В (критерій «вторгнення»). Травматична подія нав'язливо повторюється в переживаннях одним (або більше) з наступних способів: 1. Навязливі і повторювані спогади екстремальної події, відповідних образів, думок і почуттів, що викликають важкі емоційні переживання. 2. Повторювані кошмарні сновидіння про пережиту подію.

Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах

19 3. «Флешбек»-ефекти – миттєве, без видимих причин, відродження з патологічною достовірністю і повнотою почуттів травматичної ситуації (почуття, начебто травматична подія відбувається заново) у сполученні з гострими спалахами страху, паніки або агресії, що провокуються несподіваними переживаннями травми. 4. Інтенсивні негативні переживання, викликані зовнішньою або внутрішньою ситуацією, що нагадує про травматичні події або символізує їх. 5. Фізіологічна (вегетативна) гіперреактивність у ситуаціях, що зовні або внутрішньо символізують про травматичну подію. Критерій С («уникання»). Постійне уникання стимулів, пов'язаних із травмою, а також ознаки нумбінгу (numbing) блокування емоційних реакцій, «заціпеніння» (не спостерігалось до травми). Визначається по наявності трьох (або більше) з перерахованих нижче ознак: 1. Зусилля по униканню думок, почуттів або розмов, пов'язаних із травмою. 2. Зусилля по униканню дій, місць або людей, що будять спогади про травму. 3. Нездатність згадати про важливі аспекти травми (часткова

психогенна ам-незія). 4. Помітно знижений інтерес або участь у раніше значущих видах діяльності. 5. Почуття відчуженості або віддаленості від інших людей. 6. Знижена інтенсивність вищих емоцій (нездатність, наприклад до почуття любові). 7. Почуття відсутності перспективи в майбутньому (наприклад, відсутність чекань із приводу кар'єри, одруження, літей).

Критерій D («гіперактивації»). Постійні симптоми гіперактивації (порушен-ня), що не спостерігалися до травми. Визначаються за наявністю, як мінімум, двох з нижчеперелічених симптомів: 1. Труднощі з засипанням або поганий сон (ранні пробудження). 2. Дратівливість або спалахи гніву. 3. Складнощі з зосередженням уваги. 4. Підвищений рівень настороженості, стан постійного чекання загрози. 5. Гіпертрофована реакція переляку.

Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах

Критерій E. Тривалість перебігу розладу. Симптоми, що відносяться до критеріїв B, C і D спостерігаються протягом шести місяців стресогенної дії або після стресорного періоду (в таких окремих випадках початок розладу може бути відстрочений більш, ніж на шість місяців після травми). Критерій F. Розлад викликає клінічно значущий дистрес або порушення адаптації в соціальній, професійній або інших важливих сферах життєдіяльності. Як видно з опису критерію A, визначення травматичної події відноситься до числа першочергових при діагностиці ПТСР. Включається травматичний невроз.

При діагностиці ПТСР клініко-психопатологічне обстеження доповнюється низкою спеціальних клінічних і психодіагностичних шкал і тестів: структуроване клінічне діагностичне інтерв'ю (СКІД), Місісіпська шкала ПТСР і Шкала для самооцінки ПТСР, клінічна діагностична шкала (CAP), опитувальник для оцінки виразності психопатологічної симптоматики (SCL-90-R), MMPI, тест Люшера, тест Бека й ін. F 43.2 Розлади адаптації. Включаються: культуральний шок, реакція горя, госпіталізм у дітей. Розлади

адаптації (F43.2) діагностуються при відповідності стану наступним критеріям : 1) ідентифікований психосоціальний стрес, що не досягає надзвичайного або катастрофічного розмаху, симптоми з'являються протягом місяця; 2) наявність окремих психопатологічних симптомів та порушень поведінки що виявляються при афективних (F30-39) (за винятком маячення та галюцинацій), невротичних, стресових і соматоформних (F40-48) розладах та розладах поведінки (F91), які за критеріями не відповідають в повному обсязі жодному з цих розладів. Симптоми можуть варіювати за структурою і тяжкості. Розлади адаптації в залежності від домінуючих в клінічній картині проявів диференціюються таким чином: F43.20 короткочасна депресивна реакція, це швидкоплинний стан легкої депресії, що триває не більше місяця, з повним відновленням соціального функціонування без формування порушень особистості та поведінки;

F43.21 пролонгована депресивна реакція, це легкий депресивний стан, як реакція на затяжну стресову ситуацію , що триває не більше двох років; F43.22 змішана тривожна і депресивна реакція – представлена, як тривожною, так і депресивною симптоматикою, яка за інтенсивністю не перевищує змішаний тривожний і депресивний розлад (F41.2) або інші змішані тривожні розлади (F41.3); F43.23 переважно з порушення інших емоцій, симптоматика має різноманітну структуру афекту, наявні тривога, депресія, відчуття неспокою, напруженість і гнів.

Симптоми тривоги і депресії можуть відповідати критеріям змішаного тривожного й депресивного розладу (F41.2) або інших змішаним тривожним розладам (F41.3), але їх вираженість недостатня для діагностики більш специфічних тривожних або депресивних розладів. Ця категорія повинна використовуватися і для реакцій дитячого віку, де додатково присутні такі ознаки регресивної поведінки, як енурез чи смоктання пальця; F43.24 з переважно порушеннями поведінки, розлад переважають розлади соціальної поведінки, такі, як агресивні або диссоціальні форми в структурі

реакції горя в підлітковому віці; F43.25 змішаний розлад емоцій і поведінки, який проявляється, як емоційними порушеннями, так і порушення соціальної поведінки; F43.28 інші специфічні переважні симптоми; симптоми не перевищують за тривалістю 6 місяців з моменту припинення дії стресу або його наслідків за винятком затяжних депресивних реакцій (F43.21). F 43.8 Інші реакції на тяжкий стрес F 43.9 Реакція на тяжкий стрес, неуточнена F 62.0 Хронічні зміни особистості після переживання катастрофи. Включається: зміна особистості після перебування в концентраційному таборі, полону з постійною можливістю бути вбитим, тривалий вплив загрозливої життєвої ситуації, такої як стати жертвою тероризму або катувань. «Хронічна зміна особистості після переживання катастрофи» (F 62.0) може розвиватися після ПТСР і є вже практично незворотним хворобливим станом. У цих випадках зміни при стресових розладах мають стабільний характер і проявляються ригідними і дезадаптивними ознаками, що приводять до стійких порушень у міжперсональному, соціальному і професійному функціонуванні (вороже або недовірливе ставлення до зовнішнього світу, соціальна відгородженість, постійне відчуття спустошеності або безнадійності). Особи, які переживають стресові події не обов'язково мають встановлений діагноз саме психіатричного профілю, оскільки в МКБ-10 для таких станів, що відносяться до гострого стресу з відповідними психічними симптомами, можна знайти наступні діагностичні шифри, як фактори, що впливають на стан здоров'я населення і звернення в заклади охорони здоров'я, а саме потенційна небезпека для здоров'я, пов'язана з соціально-економічними і психосоціальними обставинами: • проблеми, пов'язані з фізичними факторами зовнішнього середовища (Z58); • проблеми, пов'язані з труднощами підтримки нормального образу життя (Z73); • особисті потрясіння, що перенесені в дитинстві (Z61.7); • стресовий стан, що не класифікується в інших рубриках (Z73.3); • зникнення або смерть члена сім'ї (Z63.4); • жертва злочину або тероризму (Z65.4); • жертва стихійного лиха,

військових і інших ворожих подій (Z65.5). Незважаючи на відсутність психіатричного шифру, допомогу цим людям мають надавати саме психіатри і лікарі-психологи відповідно до вказаного шифру. 2.1.2. Симптоми та проблеми, які зазвичай пов'язують із ПТСР: • Повторне переживання: флешбеки, нічні жахи, повторювані і болісні, інтрузивні образи або чуттєві враження. Ці симптоми можуть містити реконструкцію пережитого досвіду, постійно повторювану гру або страшні сни без розпізнаного змісту. • Уникнення: уникання людей, ситуацій або обставин, що пов'язані з подією або нагадують її.

Перезбудження: надмірна пильність, перебільшена реакція здригання, порушення сну, дратівливість і труднощі зі зосередженістю. • Емоційне оніміння: відсутність здатності переживати почуття, почуття відокремленості від інших людей, відмова від дій, які раніше були важливі, амнезія щодо важливих моментів події. • Депресія. • Зловживання алкоголем або наркотиками. • Гнів. • Фізичні симптоми, які повторюються і не мають жодного пояснення. Оцінка супутніх захворювань і суїцидальності. Саморуйнівна і імпульсивна поведінка хоч і не є частиною основного симптомокомплексу ПТСР, але визнане супутнім проявом, який може впливати на лікування. Відповідно загальноприйнята практика обстеження пацієнта з ПТСР має включати оцінку суїцидального ризику і вивчення історії суїцидальних спроб. Важливо також оцінити такі фактори ризику суїциду, як депресія і зловживання хімічними речовинами. Якщо виявлена схильність до суїциду, вона має лікуватись в першу чергу. Якщо пацієнта неможливо лікувати амбулаторно, має бути рекомендована термінова госпіталізація. Система лікувально-реабілітаційних заходів для потерпілих повинна мати комплексний характер і містити в собі психотерапію, психологічну корекцію, медикаментозну і немедикаментозну терапію. Початок терапевтичного втручання повинний бути, по можливості, максимально раннім, вслід за дією стресора, і мати тривалий характер. Вибір

фармакологічних препаратів і психотерапевтичних методик визначається змістом і особливостями перебігу клінічної картини, а також особистісними і фізіологічними особливостями хворого. Необхідно дотримуватись принципу етапності, що полягає в послідовному застосуванні лікарських засобів з дотриманням термінів призначення, точного дозування препаратів під наглядом фахівців диспансеру, поліклініки, стаціонару, проведенні необхідних психотерапевтичних методик.

Клінічна картина Клінічно ПТСР може характеризуватися повторними кошмарними сновидіннями або нав'язливими спогадами про пережиті психотравмуючі події у сполученні з прагненням уникати всього, що може викликати в пам'яті те, що трапилося. Типова наявність у таких осіб симптомів підвищеної збудливості, генералізованої тривоги, неконтрольованої злості, депресії, емоційних розладів із прагненням до ізоляції й обмеження контактів із зовнішнім світом, дратівливості, безсоння, труднощів концентрації уваги. З даними симптомами й ознаками нерідко сполучаються сексуальні розлади, суїцидальні думки, може відзначатися зловживання алкоголем або наркотиками. До розповсюджених симптомів також відносяться порушення сну у вигляді поверхневого характеру нічного сну, кошмарних сновидінь, зміст яких «дублює» психотравмуючу ситуацію. Особливим симптомом повторного переживання стресора є флешбеки – миттєве, без видимих причин, відродження з патологічною достовірністю і повнотою почуттів травматичної ситуації у сполученні з гострими спалахами страху, паніки або агресії, що провокуються несподіваними переживаннями травми. Вираженими є симптоми уникання – прагнення позбутися будь-яких міркувань, переживань і спогадів про травму. Внаслідок цього виникає почуття віддаленості, відчуженості від оточуючих, щодо виявляється в прагненні до відособленого, ізольованого способу життя. Розповсюдженою є втрата інтересу до колишніх життєвих цінностей. Спостерігається втрата яскравості емоційних реакцій, почуття любові навіть

стосовно найближчих і значущих людей. Ангедоніч- на симптоматика стає джерелом додаткової травматизації хворого. Досить розповсюдженим є симптом психогенної амнезії. Неконтрольовані спалахи гніву з незначних приводів, що часом виливаються в приступи ауто і гетероагресії, хворі вважають однією з основних проблем. У багатьох пацієнтів відзначаються симптоми гіпертрофованої, неадекватної пильності. Розповсюдженими є симптоми депресії. Особливим симптомом є тяжке почуття провини перед загиблими, яке відчують пацієнти, що вижили. На додаток до перерахованих вище симптомів часто спостерігаються вегетативні розлади у тих обставинах, що викликають асоціації з травматичною ситуацією або ще яким-небудь чином з нею пов'язані. Аналіз особливостей клінічної картини ПТСР, проведений Л. Ф. Шестопаолом, Д. М. Болотовим (2008) привів до виокремлення декількох його варіантів, а саме: тривожного, астеничного, дисфоричного, іпохондричного, соматоформного та змішаний. Причому перші три варіанти майже рівномірно розподілені серед 60% пацієнтів з ПТСР, ще понад 30% разом сягають іпохондричний і соматоформний варіанти, а змішана форма ПТСР зустрічається досить нечасто (до 10%). Тривожний варіант ПТСР (так би мовити – найбільш класичний) характеризується високим рівнем немотивованої тривоги, часто сполученим з вегетосудинними пароксизмами, а також нав'язливими переживаннями і уявленнями, що відображають події пережитої пацієнтом психотравмуючої ситуації. Астеничний варіант ПТСР відзначається домінуючими ознаками почуття слабкості та млявості, зниженим фоном настрою на тлі байдужості до колишніх життєвих інтересів, а також проявами пасивності та ангедонії в поведінці. Дисфоричний варіант ПТСР постає як постійне переживання внутрішньої невдоволеності, дратівливості на тлі пригніченого настрою, в сполученні з високим рівнем агресивності та люті, спрямованих на оточуючих. Соматоформний варіант ПТСР демонструє наявне витіснення психотравмуючих переживань у «тілесну сферу», що виявляється у значній кількості скарг переважно соматичного характеру (кардіологічних,

церебральних, гастроентерологічних тощо). Іпохондричний варіант ПТСР характеризується більш вираженими соматичними скаргами в поєднанні з вегето-судинними пароксизмами на тлі депресивного афекту (недиференційована гіпотимія з чіткими тривожно-фобічними включеннями) з подальшим формуванням унікальної поведінки. Водночас пацієнтам зі змішаним варіантом ПТСР притаманні психопатологічні порушення, характерні для різних клінічних варіантів розладу. О.К. Напрєєнко, Т.Є. Марчук (2002), з урахуванням домінування в клінічній картині ПТСР симптомів «занурення» в травматичне переживання, «уникнення», що асоціюють зі стресогенною ситуацією або «аморфних» проявів реагування, виділили наступні варіанти клінічного перебігу ПТСР: астенодепресивний – у 36% таких хворих, паранойяльний – у 24%, ананкастичний – у 13%, істероіпохондричний – у 12% і змішаний – в 15% випадків даного розладу. Вони виділили й типи дебюту ПТСР: астенічний – у 39%, тривожний – у 20%, ананкастичний – у 10%, істеричний – у 10% та змішаний – у 20% цих пацієнтів. При динамічному спостереженні таких хворих помічена тенденція до залежності клінічних варіантів перебігу ПТСР від типів їх дебютів. Так, при астенодепресивному варіанті перебігу даного розладу в більшості випадків відзначався астенічний тип дебюту (у 91% цих хворих), в 6% спостерігався змішаний тип і у 3% – істеричний дебют. Паранойяльному клінічному варіанту ПТСР частіше передував тривожний тип дебюту (82% випадків), у 18% пацієнтів був змішаний дебют. При ананкастичному варіанті у 83% хворих розлад дебютував у вигляді нав'язливих станів, в 17% – змішаним типом. Для істероіпохондричного варіанту ПТСР у 73% випадків був характерний істеричний тип дебюту, у 18% – змішаний та в 9% – астенічний дебют. Змішаному клінічному варіанту були притаманні змішаний (60%), астенічний (33%) і тривожний (7%) типи дебюту. У випадках тяжкого перебігу ПТСР, майже в третини таких хворих вказані автори констатували розвиток (за МКХ-10) стійких змін особистості після перенесеного катастрофічного переживання (СЗОППКП), які мають такі

клінічно окреслені типи перебігу: емоційно-нестійкий, паранойяльний, істеричний і obsесивно-фобічний.

2.1.4 Диференційна діагностика

При проведенні диференційної діагностики необхідно пам'ятати, що в хворих поряд із клінічною картиною ПТСР найчастіше мають місце порушення, що відносяться до інших психічних розладів. У таких випадках може йти мова про сполучену (коморбідну) патологію. Особливо часто спостерігається сполучення ПТСР із депресіями і різними формами хімічної залежності. Також можуть відзначатися сполучення ПТСР із панічними, obsесивно-компульсивними, тривожно-фобічними розладами, суїцидальною поведінкою та інші. У першу чергу диференційна діагностика здійснюється між ПТСР та гострою реакцією на стрес і розладами адаптації. Особливу увагу варто приділити також психічними реакціям у осіб зі струсом мозку. Легкі струси мозку можуть безпосередньо не супроводжуватися очевидними неврологічними знаками, але призводити до затяжної афективної симптоматики і порушень уваги, та легких порушень оперативної пам'яті, зниженню мислення за темпом. Недостатнє харчування, недосипання в ході затяжних стресових впливів також може самотійно призводити до органічних мозкових синдромів, які включають порушення пам'яті і уваги, емоційну лабільність, головний біль і запаморочення. Тривале перебування в середовищі з високим вмістом в повітрі продуктів горіння призводить до накопичення метгемоглобіну в крові, а ці стани можуть проявлятися в'ялістю запамороченнями, відчуттям дереалізації, звуженням свідомості, зниженням чутливості, нестерпним головним болем, неадекватністю поведінки, астеною іноді проявами агресії, втратою контролю над своєю поведінкою. Відрізнити органічні мозкові синдроми, близькі до ПТСР, допомагають наявність змін особистості за органічним типом, зміни сенсорики або рівня свідомості, фокальні неврологічні, деліріозні і мнестичні симптоми, органічний галюциноз, стану інтоксикації і абстиненції. Діагностичну картину може ускладнювати зловживання алкоголем, наркотиками, кофеїном і тютюном. Особливо слід звертати увагу на надмірне вживання

кофеїну (чай, кава) разом з тютюнопалінням на фоні хронічного недосипання та перевтоми. Рухова напруженість, тривожні очікування, підвищені пошукові установки можуть зближувати картину ПТСР з картиною при генералізованого тривожно-го розладі. Тут треба звертати увагу на гострий початок і велику характерність фобічної симптоматики для ПТСР на відміну від генералізованого тривожного розладу. Від симулятивного розладу (F68.1) ПТСР відрізняє відсутність узгодженості між собою анамнестичних даних, несподіваної структури симптомокомплексу, антисоціальної поведінки і хаотичного стилю життя в преморбіді, більшою мірою характерних для симулятивних хворих. Від порушень адаптації ПТСР відрізняється великим розмахом патогенності стресора і наявністю подальшого характерного відтворення травми. У тих випадках, коли екстремальна подія є джерелом не тільки психотравми, але й фізичної травми (особливо черепно-мозкової травми), необхідно враховувати аспект коморбідності. Виявлення в клінічній картині наступних порушень вираженої неврологічної симптоматики, головних болів і запаморочень, деліріозних і амнестичних симптомів, органічного галюцинозу, зміни сенсорики, симптомів емоційної лабільності, змін особистості за органічним типом, а також порушень пам'яті і уваги, дозволяє діагностувати органічну патологію. У випадку, якщо перераховані вище порушення сполучаються із симптоматикою ПТСР, необхідно ставити два діагнози.

Діагностика ПТСР за методиками психофізіологічної експертизи
Діагностика ПТСР за методиками психофізіологічної експертизи на прикладі апаратно-програмного комплексу «СПАС». Апаратно-програмний комплекс (АПК «СПАС»), дає об'єктивну кількісну оцінку психоемоційного стану особистості в особливих і екстремальних умовах діяльності, Особливим важливим є проведення ПФЕ у таких випадках: – після дії екстремального стресового фактору (перенесені серйозні психотравмуючі інциденти, ПТСР, психогенні розлади при стихійних лихах і масових

катастрофах, гострих соціальних конфліктах); – гострі та хронічні реактивні стани, невротичні і патохарактерологічні реакції, неврози, неврозоподібні розлади при хронічних психосоматичних захворюваннях; – виняткові стани і деякі інші короточасні розлади психічної діяльності (патологічне сп'яніння, патологічний афект, сутінкові стани свідомості, реакції «короткого замикання»); – перенесені черепно-мозкові травми та хронічні соматичні захворювання; – неадекватна поведінка в екстремальних і аварійних ситуаціях, масових соціальних зворушеннях; Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах 29 – невмотивовані реакції відмови від виконання професійних та інших обов'язків; – антисоціальні, делінквентні вчинки; алкогольні ексцеси; суїцидальні висловлення і спроби.

Специфікація тестів 1. Короточасна і оперативна зорова пам'ять – (КП и ОП).

2. Реакція на об'єкт який рухається (РОР) – динамічний окомір та врівноваженість нервової системи.

3. Тести Шульте, Шульте-Псядло, Шульте-Горбова – розподіл і переключення уваги, репродуктивні імажинітивні якості.

4. Рухливість нервових процесів (ПНП) – диз'юнктивна сенсо-моторна реакція).

5. Сила нервової системи (СНС) – швидкість слухо-моторної реакції на сигнали різного рівня гучності (40-60-80-100 дБА) на обидва вуха, та їхні співвідношення

6. Скорочений багатопрофільний опитувальник особистості – СМОЛ-71 (оцінка Т-балів і часу відповідей).

7. Мінесотський багатопрофільний опитувальник особистості – ММИЛ-377 (оцінка Т-балів і часу відповідей).

8. Метод кольорових виборів М.Люшера – у 2-х варіантах: 8-кольоровий і попарний варіанти з наступним розрахунком 12 показників

(вегетативний коеф., відхиленні від аутогенної норми, тривожність, працездатність та ін.), і реєстрація часу виборів (шок, ввагання, ...).

9. Метод портретних виборів Л.Сонді – з побудовою 4-х векторів і 8-х факторів потягів і акцентуацій характеру особистості, у 2-х варіантах (по передньому і задньому плану).

10. Кваліметрична оцінка адекватності вегетативних проявів та поведінки піддослідних у стресовій ситуації тестування (психоемоційна стійкість).

Медичний психолог (психофізіолог) має можливість підбирати із пакета наявних методик необхідну батарею тестів (за станом піддослідного), а також доповнити існуючими валідними та надійними психологічними тестами. Спочатку піддослідному надається інструкція, а потім – її засвоєння і тренування. Якщо піддослідний не впорався – програма повертається знову до інструкції. Всі результати тестування індивіда (якісно-кількісні та часові) збираються у Протоколі, накопичуються і зберігаються у Базі даних. Інтегровані індивідуальні оцінки формуються за допомогою таблиць стандартизації (за 10-бальною шкалою стенонів). Тестування на комп'ютері, а також на бланку, з подальшим ручним введенням відповідей у цифрову матрицю тесту. Масив індивідуальної інформації (результатів окремих тестів, часу і тривалості тестування) у базі даних (Excel) багато років і будь-якому об'ємі. Це дозволяє за ПІБ, віком, професією, статтю та ін. необхідними показниками знайти більш ранні результати піддослідного і порівняти їх із теперішніми. В умовах, які вимагають швидкої діагностики актуального психоемоційного стану, пропонується батарея методик, яка включає в себе:

Анкета – опитувальник, яка відображає наявність у пацієнта стресогенних факторів, що впливають на якість її життя і погіршують психоемоційний стан.

Опитувальник вегетативних стигм Вейна, який є інформативним при створенні програми фізичної реабілітації. Коротка шкала тривоги,

депресії і ПТСР (вказує на потребу пацієнта в допомозі психолога. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), визначає рівень тривожності і депресії. Коротка шкала оцінки ментального статусу (MMSE), експрес-метод дослідження психічного статусу.

Тест Малювання годинника (визначає наявність значущих когнітивних порушень). Використання всієї батареї методик повинно здійснюватися одночасно, на етапі приїзду пацієнта в санаторій. Після проведення первинної діагностики, отриманні результати інтерпретуються і, у разі виявлення високої вираженості депресії і / або тривожності при використанні коротких шкал, пропонується додатково використовувати наступні методики, для більш поглибленої діагностики цих станів:

Опитувальник депресивності Бека

Шкала тривожності Гамільтона У разі наявності у пацієнта бойового досвіду додатково проводиться діагностика за наступними шкалами: Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду Шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТС)

По завершенню діагностики, на основі отриманих та даних, складається висновок, щодо актуального психоемоційного стану пацієнта. Наявність у пацієнта високого рівня тривожності, вираженої депресії, наявність стресогенних факторів, а також наявність когнітивних порушень, можуть, у свою чергу, вказувати на наявність ПТСР. Ця інформація є допоміжною при створенні персональної програми санаторно-курортної реабілітації у рамках медико-психологічної реабілітації пацієнтів. Для визначення ефективності санаторно-курортної реабілітації, проведення повторної діагностики актуального психоемоційного стану по закінченню строку перебування у санаторії, є обов'язковим.

Координація психологічної допомоги при ПТСР Існує три підходи до надання допомоги людям, які пережили психотравму і страждають від постстресових розладів: медичний, соціальний, психологічний. Медичний підхід пропонує власне лікувальну допомогу, а також організацію

спеціальних місць для надання медичної допомоги (кабінетів, клінік, санаторіїв, реабілітаційних центрів) і т. д. Однак цей підхід розрахований на досить явні медичні прояви й наслідки стресу, якщо застосовується без інших компонентів. Соціальна підтримка, в свою чергу, спрямована на те, щоб допомогти людині утриматися на плаву в житті, тобто мати якийсь прожитковий мінімум-житло і роботу перш за все. Психологічна підтримка надається з метою допомоги в опрацюванні досвіду, породжуваного самої стресової травмою і труднощами пристосування до життя після неї, що дозволяє відчувати себе в гармонії з самим собою та іншими людьми, реалізувати свої можливості і розвиватися як особистості. Ці три сторони – медична, соціальна та психологічна – утворює «трикутник допомоги», свого роду потрійний союз, який тим успішніше й ефективніше, чим більше його учасників усвідомлюють себе як союз і вміють розподіляти і при необхідності гнучко перерозподіляти зусилля.

Глосарій

1. Стрес (від [англ.](#) *stress* — напруга, тиск) — неспецифічна реакція організму у відповідь на дуже сильну дію (подразник) зовні, яка перевищує норму, а також відповідна реакція нервової системи.

2. ПТСР- Посттравматичний стресовий розлад (PTSD, ПТСР, посттравматичний синдром, «комбатський синдром», «в'єтнамський синдром», «афганський синдром», «східний синдром» тощо) — психічний розлад, різновид неврозу, що виникає в результаті переживання однієї чи кількох психотравмуючих подій, таких як, наприклад, військові дії, теракти, аварії чи стихійні лиха, катастрофи, важка фізична травма, побутове чи сексуальне насильство, фактична смерть, або загроза смерті.

3. Дистрес-негативний тип стресу, з яким організм не в силах впоратися. Він підриває здоров'я людини і може призвести до важких захворювань. Від стресу страждає імунна система. У стресовому стані люди частіше виявляються жертвами інфекції, оскільки продукція імунних клітин помітно падає в період фізичного або психічного стресу.

4. Еустрес-поняття має два значення - «стрес, викликаний позитивними емоціями» і «несильний стрес, мобілізуючий організм».

5. Депресія — термін, що використовується для позначення настрою, симптому, та синдромів афективних розладів. Перебіг депресії пов'язаний з низьким рівнем серотоніну в мозку людини. Депресію лікують медикаментозними та психологічними методами.

Завдання тестового контролю.

1. Життєва подія, що зачіпає значущі сторони існування людини і приводить до глибоких психологічних переживань, називається:

- а) стресом
- б) психотравмою
- в) стресом
- г) дистресом
- д) еустресом

2. Найбільш важливою характеристикою життєвої події, здатною викликати невротичні розлади є її:

- а) тяжкість
- б) вираженість
- в) тривалість
- г) глибина
- д) значимість

3. Невротичний конфлікт, який характеризується надмірно завищеними претензіями особистості, що поєднуються з недооцінкою або повним ігноруванням об'єктивних реальних умов або вимог оточуючих, позначається:

- а) істеричним
- б) obsесивно-психастенічним
- в) неврастенічним
- г) психопатичним
- д) іпохондричним

4. Умовно-патогенні психічні травми пов'язані, в першу чергу, з:

- а) системою «умовної приємності»

- б) симуляцією
- в) системою відносин особистості
- г) моральними пріоритетами особистості
- д) властивостями темпераменту і характеру

5. Найбільшу роль в появі і формуванні невротичних розладів грають властивості:

- а) вищої нервової діяльності
- б) темпераменту
- в) характеру
- г) особи
- д) всі відповіді вірні

6. Посттравматичний стресовий розлади пов'язано, в першу чергу, з:

- а) стресом у повсякденному житті
- б) подіями, що виходять за рамки буденного життєвого досвіду
- в) сімейно-побутовими конфліктами
- г) подіями, що поєднують психологічний вплив і черепно-мозкову травму
- д) подіями, що зачіпають кар'єру людини

7. Розлади, що виникають внаслідок складної психогенно-актуальної для великого числа людей соціально-економічною та політичною ситуацією, позначаються:

- а) соціально-стресовими психічними розладами
- б) макросоціальними стресовими розладами
- в) посттравматичним стресовим розладом
- г) невротичними розладами
- д) особистісними девіаціями

8. Диссоціативна ступор характеризується:

- а) станом психомоторного збудження
- б) станом нерухомості
- в) чергуванням станів нерухомості і збудження
- г) станом гучного плачу

д) станом благодушності

9. К. Ясперс описав принципову для діагностики невротичних розладів:

а) тріаду

б) тетраду

в) альтернативу

г) дилему

д) теорему

10. Агорафобія - це

а) нав'язливий страх замкнутих приміщень

б) нав'язливий страх гір

в) нав'язливий страх висоти

г) нав'язливий страх відкритих просторів

д) нав'язливий страх рухомих предметів

11. Виділяються всі перелічені нижче етапи формування невротичних розладів за винятком:

а) когнітивний

б) афективно-мотиваційний

в) антиципаційний

г) психокоректувальний

д) поведінковий

12. Невротичний конфлікт отримує вторинну соматичну відповідь і переробку при:

а) іпохондричних симптомах

б) конверсійних симптомах

в) функціональних симптомах

г) невротичних синдромів

д) псевдоневротичних синдромів

13. Психосоматичні захворювання формуються, як правило, внаслідок:

а) гострих психічних травм

б) хронічних психічних травм

- в) несподіваних психічних травм
- г) внутрішньоособистісних конфліктів
- д) міжособистісного конфлікту

14. До класичних психосоматичних захворювань, що входять в т.зв. «Святу сімку» зараховують всі нижченаведені за винятком:

- а) інфаркту міокарда
- б) цукрового діабету
- в) ревматоїдного артрити
- г) виразкового коліту
- д) бронхіальної астми

15. Основним, внутрішньоособистісним конфліктом при гіпертонічній хворобі є конфлікт:

- а) між потребами панувати і підкорятися
- б) між агресивними імпульсами і почуттям залежності
- в) між потребами в опіці і самостійності
- г) між потребами володіти і віддавати
- д) між любов'ю і ворожістю по відношенню до батьків

16. Підвищена підозрілість в поєднанні зі схильністю до утворення надцінних ідей входить в структуру:

- а) істеричних рис характеру
- б) шизоїдних рис характеру
- в) психастенических рис характеру
- г) паранояльних рис характеру
- д) епілептоїдних рис характеру

17. Нав'язливий страх погладшати, переконаність в надмірній вазі характерні для:

- а) нервової анорексії
- б) паніки
- в) абулії

с) афазії

д) фобії

18. Оцінка ефективності психологічних способів впливу на людину включає всі з нижчеперелічених критеріїв за винятком одного:

а) критерій ступеня симптоматичного поліпшення

б) критерій ступеня усвідомлення психологічних механізмів хвороби

в) критерій ступеня зміни порушених відносин особистості

г) критерій ступеня покращення партнерських (сексуальних) відносин

д) критерій ступеня покращення соціального функціонування

19. Психічні реакції, стану і розвитку, викликані спадково-

конституціональними причинами, відносяться до одного з наступних типів психічного реагування:

а) екзогенному

б) ендогенного

в) психогенного

г) особистісного

д) змішаного

20. Катамнез містить опис

а) всієї історії життя і захворювання

б) життя і проявів хвороби за останні 5 років

в) життя і прояв хвороби, починаючи з моменту останньої виписки з даного стаціонару

г) життя і проявів хвороби, починаючи з моменту виписки з будь-якого стаціонару

д) життя і проявів хвороби, починаючи з моменту першого надходження в даний стаціонар.