МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ, ЗДОРОВ’Я ТА ТУРИЗМУ

КАФЕДРА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ, ЕРГОТЕРАПІЇ

**Кваліфікаційна робота**

**магістра**

на тему: «КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ВІЙСЬКОВИХ- УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ»

Виконав: студент ІІ курсу, групи 8.2272

спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»

спеціалізації 227.1 «Фізична терапія»

освітньо-професійної програми «Фізична терапія»

Номеровський Мирослав Леонідович

Керівник доцент, к.мед.н. Позмогова Н.В.

Рецензент доцент, к.б.н. Страколист Г.М.

Запоріжжя-2024

ЗМІСТ

Реферат…………………………………………………………………....................5

Перелік скорочень, умовних позначень, символів, одиниць і термінів................7

Вступ………………………………………………………………………................8

1. Огляд літератури…………………………………................................................10

1.1 Поняття про ПТСР, етіологія, клініка діагностика.................................10

1.2 Стан реабілітаційної допомоги військових-учасників бойових дій з ПТСР в Україні. Досвід співпраці з міжнародними програмами та зарубіжними установами…………………………………………………....26

1.3 Загальна характеристика комплексної реабілітації пост травматичних стресових розладів у військових-учасників бойових дій у відновленні та інтеграції військовослужбовців у сучасне суспільство................................29

1.4 Основні техніки профілактики та усунення ПТСР: ...............................34

1.4.1 Нервово-м’язова релаксація за Е. Джекобсоном..................................34

1.4.2 Регуляція дихання за методом Г. Бенсона...........................................35

1.4.3 Дихання животом за системою «цигун»..............................................36

1.4.4 Аутогенне тренування за методом В. Шульца....................................37

2. Завдання, методи та організація дослідження……………………....................39

2.1 Завдання досліджень…………………………………………………….39

2.2 Методи досліджень………………………………………………………39

2.3 Організація досліджень………………………………………………….57

3. Результати досліджень…………………………………………………………..59

Висновки………………………………………………………….............................71

Перелік посилань…………………………………………………………...............73

Додатки……………………………………………………………………………...80

РЕФЕРАТ

Дипломна робота складається з 85 сторінок, 8 таблиць, 19 рисунків, 61 літературного джерела.

Об’єкт дослідження – психофізіологічні реакції при реабілітації при посттравматичних стресових розладах.

Метою даної роботи є вивчення ефективності комплексної програми реабілітації посттравматичних стресових розладів у учасників бойових дій.

Методи дослідження – теоретичний аналіз науково-методичної літератури, аналіз медичної документації, обстеження за допомогою Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант), оцінка ступеню больового синдрому в м’язах спини за шкалою БАШ, дослідження функціонального стану хребта щодо обмежень рухів тулуба за допомогою тестів Шобера та Томайера, визначення рівня самопочуття, активності і настрою за опитувальником САН, а також методи математичної статистики.

Результати показників, що характеризують рівень психічних реакцій при ПТСР, ступень больового синдрому та функціонального стану поперекового відділу хребта, отримані в ході дослідження, достовірно вищі (Р < 0,05) в основній групі в порівнянні з показниками контрольної групи.

Отже, комплексну програму реабілітації посттравматичних стресових розладів можна використовувати у відновленні психофізіологічного стану військових-учасників бойових дій.

ПОСТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД, ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІ-УЧАСНИКІ БОЙОВИХ ДІЙ, КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

ABSTRACT

The thesis consists of 85 pages, 8 tables, 19 figures, 61 literary sources.

The object of the research is psychophysiological reactions during rehabilitation for post-traumatic stress disorders.

The purpose of this work is to study the effectiveness of a complex rehabilitation program for post-traumatic stress disorders in combatants.

Research methods – theoretical analysis of scientific and methodological literature, analysis of medical documentation, examination of post-traumatic reactions using the Mississippi scale for assessing post-traumatic reactions (military version), assessment of the degree of pain syndrome in the back muscles according to the BASH scale, study of the functional state of the spine in relation to movement limitations trunk using the Schober and Thomayer tests, determination of the level of well-being, activity and mood according to the SAN questionnaire, as well as methods of mathematical statistics.

The results of indicators characterizing the level of mental reactions in PTSD, the degree of pain syndrome and the functional state of the lumbar region, obtained during the study, are significantly higher (Р < 0.05) in the main group compared to the indicators of the control group.

Therefore, a complex rehabilitation program for post-traumatic stress disorders can be used in the rehabilitation of military personnel participating in hostilities.

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER, MILITARY SERVANTS PARTICIPATING IN COMBAT ACTIONS, COMPLEX REHABILITATION

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ ТА ТЕРМІНІВ

AГ – артеріальна гіпертензія

АТ – артеріальній тиск, мм.рт.ст.

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров’я

БПТ – бойова психічна травма

ГСР – гострий стресовий розлад

КР – криза

КІ – критичний інцидент

КРС – кризова ситуація

КП – кризова подія

НДЗВС – надзвичайна ситуація

ПІР – постізометрична релаксація

ПТСР – посттравматичний стресовий розлад

ТС – травматичні ситуації

ТП –травматична подія, травмуюча подія

ЦНС – центральна нервова система

ВСТУП

Сьогодення наших військовослужбовців – це постійна небезпека, загибель побратимів, значні фізичні та психологічні навантаження, шквал авіаційних ударів та ракетно-артилерійських обстрілів, висока і довготривала інтенсивність бою та низка інших бойових стрес-чинників зумовлює виникнення психологічних розладів. Посттравматичний стресовий розлад є найбільш пролонгованою формою бойової психогенної патології і потребує комплексної реабілітації [1].

Знаходячись в постійній фізичній перевтомі від порушення сну, без шансів на моральне полегшення від невідомості, на фізичні навантаження накладаєються і моральні. Перевтома має наслідки байдужості. Включення байдужості, на здивування, вимикає інстинкт самозбереження і вмикає концентрацію [1, 2].

Страх паралізує і дестабілізує, та може стати чинником неформальних дії у людини. Прояви можуть статись наступного дня чи тижня, або ж через рік, коли занурюєшся у свої спогади та не уявляєш, як тобі насправді пощастило врятуватися та вийти майже неушкодженним при таких жахливих обставинах, тому й наслідки стресів в майбутньому будуть проявлятися по-різному [1, 3].

Реалії сучасної війни вимагають відповідних змін у психологічній підготовці військовослужбовців ЗС України із урахуванням досвіду російсько-української війни і армій провідних країн світу [1, 3].

Бойовий стрес є станом дестабілізуючим, передпатологічним, який обмежує функціональні резерви організму, чим збільшує ризик появи розладів психічної діяльності та інших хворобливих станів. Слід зазначити, що у ході практичної діяльності стало зрозумілим, що в Україні ми маємо особливу соціальну, ментальну та психологічну специфіку бойового стресу, яку необхідно вирізняти та враховувати. Таким чином, бойовий стрес – це переживання, які виникають у військовослужбовця при опосередкованому, чи безпосередньому впливі на нього стрес-чинників бойової діяльності та проявляються у вигляді емоційних, когнітивних, психофізіологічних та поведінкових реакціях. Кожному військовослужбовцю, який приймає участь у бойових діях, необхідно навчитися розпізнавати реакції бойового стресу для того, щоб надати своєчасну першу психологічну допомогу своєму побратиму, а для командирів –знання реакцій бойового стресу та їх своєчасне розпізнання надасть можливість більш ефективно керувати підрозділом, та раціонально використовувати ресурс особового складу [1]. З цією метою, систематично здійснюються заходи психологічної просвіти, які надали можливість отримати військовослужбовцям знання про поведінкові реакції на стресові ситуації, методи і прийоми самодопомоги,допомоги. При цьому, військовослужбовці спроможні самостійно швидко відновлювати власні психічні функції, знімати напругу та надавати первинну психологічну допомогу своїм побратимам [1].

Мета дослідження – визначити ефективність комплексної програми реабілітації посттравматичних стресових розладів у учасників бойових дій.

Об’єкт дослідження – психофізіологічні реакції при посттравматичних стресових розладах.

Суб’єкт дослідження – військові-учасники бойових дій з постравматичним стресовим розладом.

1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1 Поняття про ПТСР, етіологія, клініка діагностика

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) **–** це стан психічного здоров’я, який може виникати у людей, які пережили травматичні події може виникнути у людей, які досвідчують або були свідками травматичних подій, таких як насильство, аварії, природні катастрофи, війна. Цей стан являє собою довготермінову реакцію на стрес, як правило, проявляється в період 4–6 міс і може виникнути як у безпосередніх жертв, учасників, так і свідків травмуючих подій [2].

ПТСР є нормальною реакцією на ненормальну ситуацію. Після травматичних подій цілком нормально втратити віру чи відсторонитися від інших, мати неприємні спогади або проблеми зі сном. Якщо симптоми тривають більше кількох місяців і заважають повсякденному життю, то це може бути ПТСР [3].

До основних діагностичних критеріїв, які містяться в найавторитетнішому посібнику з діагностики та статистики психічних розладів «DSM-V» належать:

-безпосереднє зіткнення (експозиція) зі смертю або загрозою життю;

-інтрузивні симптоми;

-стійке уникання травматичних спогадів та нагадувань про подію;

-негативні зміни у думках та настрої;

-помітні зміни в реактивності;

-тривалість порушень понад один місяць;

-сильний дистрес та порушення важливих сфер життєдіяльності.

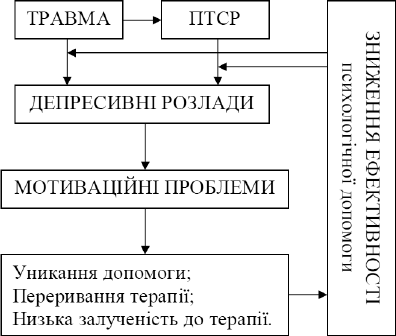
 Будь-яке зіткнення з травматичними подіями спричиняє сильний стрес. У ситуації стресу людська нервова система реагує збудженням, у результаті чого вивільняються гормони (зокрема, норадреналін) необхідні для того, щоб людина швидше зорієнтувалась та відреагувала на загрозу.

Рис 1.1 Цикли ПТСР

При ПТСР порушується функціонування гіпокампу, ділянки мозку, яка відповідає за спогади, їхню автобіографічність - послідовність і зв’язність у цілісну історію життя. Завдяки утворенню нових нервових клітин (нейрогенезу) та зв’язків між ними, усі нові події життя запам’ятовуються та логічно ув’язуються з попереднім досвідом. У результаті надмірного та тривалого збудження нервової системи, діяльність гіпокампу порушується, нейрогенез сповільнюється і людська пам’ять втрачає свою логічну послідовність. Травматична подія ніби випадає з автобіографії і замість того, аби зайняти своє міс це в часі — постійно втручається в життя людини нав’язливими спогадами [4].

Депресія як наслідок переживання травми. Депресія, яка у більшості випадків коморбідна із ПТСР або є самостійним наслідком пережитої травми, значно ускладнює процес травмотерапії, робить його тривалішим і збільшує ймовірність як покинення терапії, так і загалом уникання звернення за сторонньою допомогою [5].

Відповідно до DSM-5, депресивні розлади характеризуються сумним, спустошеним чи дратівливим настроєм, та супроводжуються соматичними та когнітивними змінами, які суттєво впливають на якість життя людини [6].

«Великий депресивний розлад», діагностується у випадку наявності мінімум п’яти із симптомів, присутніх протягом останніх двох тижнів:

-пригнічений настрій протягом більшої частини дня;

-значне зниження інтересу чи задоволення від більшості актив ностей;

-значна зміна ваги тіла чи апетиту;

-надмірна сонливість або безсоння;

-психомоторне збудження або загальмованість;

-відчуття нестачі енергії;

-почуття меншовартості або провини;

-знижена здатність до концентрації уваги [7].

При депресивному розладі страждає й мотиваційна сфера особистості, що проявляється як у повсякденному житті людини (зменшується бажання працювати, спілкуватися, порушується здатність до вольової регуляції, виникає відчуття втрати сенсу життя), так і у став ленні до можливості подолати саму депресію (з’являється байдужість до себе й свого здоров’я, зникає надія, втрачається віра у те, що допомога можлива). Депресія призводить до браку мотивації одужання, яка призводить до зменшення активностей, уникання допомоги [8].

Розберемо, якими розладами супроводжується ПТСР:

-повторне переживання травматичних подій (відчуття, ніби травматичні події відбуваються знову, гнітючі спогади чи сновидіння, бурхлива реакція на нагадування про травматичні події);

-намагання уникнути гнітючих спогадів, думок, почуттів, що стосуються травматичних подій, уникання місць та людей, які викликають спогади про травму. Зіткнення з чимось, що нагадує про травму, викликає гострий стрес, психоемоційне напруження. У ситуації, що нагадує травматичну подію, виникає фізіологічна реакція:

-підвищене потовиділення, оніміння кінцівок, запаморочення, спазм у горлі, слабкість;

-втрата інтересу до раніше значущих видів діяльності (байдужість до всього, чим людина захоплювалася);

-відчуження, відгородженість від оточуючих (відчуття самотності серед друзів чи в колі родини), збудливість та реактивність (надмірна підозрілість та пильність, дратівливість, вибухи гніву та ризикована поведінка);

-розлади сну та складнощі при засинанні (страх заснути, нічні кошмари та видіння [9].

-гнітючий настрій, постійне невдоволення оточенням та собою, апатія, в’ялість реагування на зовнішні подразники;

-надмірна реакція переляку (навіть стук чи незначний шум спонукають хворого кудись втікати, кричати, викликають спогади про травмуючу подію і відчуття безпорадності та незахищеності);

-деперсоналізація (відчуття відстороненості від власного тіла чи психічних процесів) [10].

Психологічне та клінічне визначення кризи різняться між собою. Психологи розуміють кризу як гострий емоційний стан, що виникає внаслідок блокування цілеспрямованої життєдіяльності людини, як дискретний момент розвитку особистості [11]. У клінічній теорії кризи це поняття використовується для позначення такої реакції на небезпечні події, яка переживається як хворобливий стан [12]. Психологічний аналіз кризової події дозволяє виділити основні параметри кризової (травматичної) події:

1) несприятливі умови для життєдіяльності;

2) подія має загрозливий характер;

3) різке зростання внутрішньоособистісної напруженості;

4) виснаження адаптаційних ресурсів і «прорив» адаптаційного бар’єру;

5) зміна динамічних стереотипів поведінки;

6) кризовий стан особистості [13].

Травматична подія має місце тоді, коли вона пов’язана зі смертю, загрозою смерті, важким пораненням або будь-якою іншою загрозою фізичній цілісності; причому дана подія може стосуватися людини прямо або опосередковано − через значимих осіб [10]. Ці ситуації можуть бути або нетривалими, але надзвичайно потужними за силою впливу (тривалість цих подій від декількох хвилин до декількох годин), або тривалими чи такими, що регулярно повторюються. Залежно від цього, можна виділити два типи травматичних ситуацій [14]:

Тип 1. Короткострокова, несподівана травматична подія (сексуальне насильство, природні катастрофи, дорожньо-транспортна пригода, снайперська стрілянина та ін.);

Тип 2. Постійний і повторюваний вплив травматичного стресора − серійна травматизація або пролонгована травматична подія (фізичне або сексуальне насильство, які повторюються, бойові дії та ін. ) [15].

В медичній практиці виділяють гострий стресовий розлад (ГСР) та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Основна відмінність між ГСР і ПТСР – це час, що минув з моменту травматичної події. ГСР діагностується в період від двох днів до одного місяця після травматичного інциденту, а ПТСР діагностується не раніше, ніж через місяць. Перебіг ПТСР визначається як гострий, коли симптоми зберігаються впродовж менше трьох місяців, і хронічний, коли симптоми зберігаються три і більше місяці. У випадках, коли початок симптомів спостерігається через 6 місяців та більше після травматичної події, розлад визначається як ПТСР з пізнім проявом. За даними літератури, частота розвитку ПТСР становить 10-15% серед осіб, які зазнали впливу травматичних подій. Діти, підлітки, люди похилого віку більш вразливі до появи психопатологічних реакцій на стрес. У жінок частота ПТСР в середньому в 2 рази вища, ніж у чоловіків.

Важливо враховувати, що клінічні прояви ПТСР вкрай різноманітні і з часом можуть змінюватися. Перебіг ПТСР хвилеподібний. Характерним є:

- повторне переживання – нав’язливі тривожні спогади про травмуючу подію; кошмарні сновидіння; інтенсивні психологічні страждання або такі реакції організму, як пітливість, прискорене серцебиття й паніка при зіткненні із нагадуванням про травмуючу подію;

- уникнення й емоційне заціпеніння – уникнення занять, місць, думок, почуттів або розмов, пов'язаних з подією; втрата інтересу до діяльності, яка у минулому приносила радість, відсторонення або відчуження від інших, обмеження емоційної реакції (наприклад: нездатність відчувати радість або щастя);

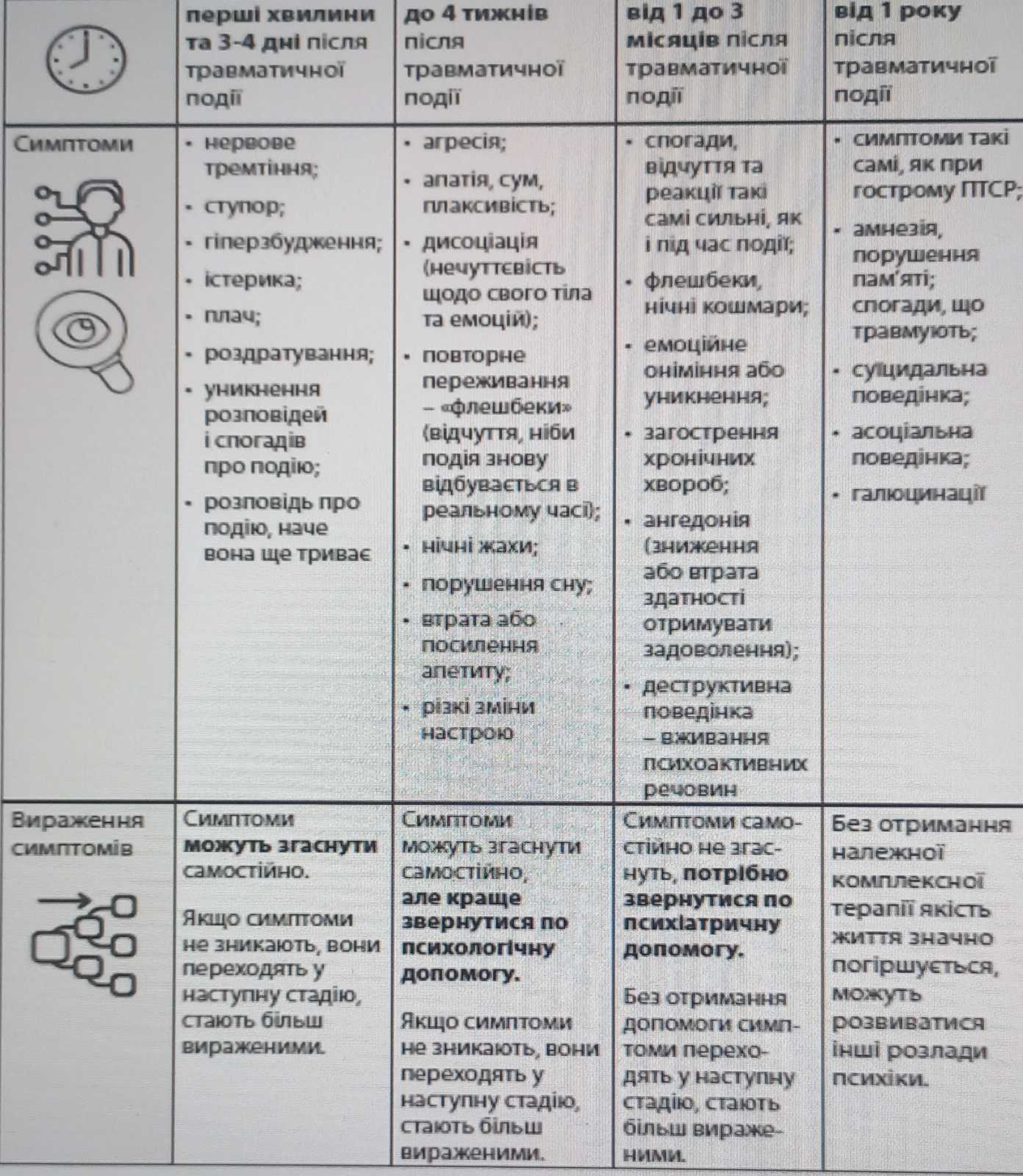
- перезбудження – безсоння, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги, надмірна настороженість.

Може виникати невмотивована агресія, спрямована на випадкових людей, а часто на рідних і близьких. Незрозуміле почуття провини (не виконав місію; не врятував; мав би зараз бути там), почуття недовіри та зради, а також «несправедливості долі»; відчуття відсутності майбутнього тощо. Іноді людина не помічає своїх змін, проте це помічають інші. Оточуючі можуть сприймати людину з ПТСР як таку, яку «підмінили».

Необхідно знати, що ПТСР – це медична проблема, що охоплює людину в цілому – фізично, психічно, емоційно та духовно.

З самого початку лікування необхідно зосередити увагу на необхідності професійної, сімейної та соціальної реабілітації. Наявність симптомів ПТСР не повинна бути перешкодою для професійної та соціальної активності. Досвід військових психологів свідчить, що ПТСР рідко розвивається у людей, які досить швидко включилися в життя соціуму (робота, сім'я, друзі, хобі тощо).

Важливо не уникати участі в програмах психологічної, соціальної та фізичної реабілітації, музикотерапії тощо (при їх наявності). Корисним є опанування психологічними техніками управління стресом (релаксація, дихальні вправи тощо), навчитись відволікатись на позитивні спогади.



Таблиця 1.1 Перехід від травматичної події до ПТСР [ 5 ]

Позитивний вплив музики на психологічний стан людини відомий давно і широко використовується в медицині. Щоденне прослуховування класичної, народної музики – тієї, яка викликає позитивні емоції – теж шлях до одужання. Хороший ефект мають медитаційні техніки у поєднанні з музикою.

Важливо дотримуватись режиму дня, гігієни сну, засад здорового харчування, режиму регулярної фізичної активності, уникання вживання алкоголю [16].

В ситуації кризи, під час спроби взяти під контроль свій стресовий стан, людина переживає певний вид фізичного та психологічного перевантаження. Емоційне напруження і стреси можуть призводити або до опанування новою ситуацією, або до зриву і погіршення виконання життєвих функцій. Хоча деякі

ситуації можуть бути стресовими для всіх людей, вони стають кризами для тих, хто схильний до них в силу особистісних особливостей. У психологічній літературі представлені різноманітні класифікації «складних” ситуацій»: критичні ситуації; ситуації фізичної небезпеки, ситуації невідомості [17]; афектогенні життєві ситуації; конфліктні ситуації, що призводять до психологічної кризи; важкі ситуації, кризові (травматичні) події [27]. Основними ознаками кризової (травматичної, стресової)події є:

1) раптовість настання цієї події;

2) несприятливі умови для життєдіяльності;

3) подія має загрозливий характер;

4) різке зростання внутрішньо особистісної напруженості;

5) виснаження адаптаційних ресурсів і “прорив”

адаптаційного бар’єру;

6) зміна динамічних стереотипів поведінки;

7) кризовий стан особистості [19].

Травматична подія має місце тоді, коли вона пов’язана зі смертю, загрозою смерті, важким пораненням або будь-якою іншою загрозою фізичній цілісності; [21].

В межах цієї проблематики, пропонує використовувати поняття “травматичні ситуації” − це такі екстремальні критичні події, які мають потужний негативний вплив і вимагають від індивіда величезних зусиль щодо опанування ними [22].

Кризовий стан **−** психічний стан людини, яка раптово зазнала суб’єктивно значимої травми (внаслідок непередбачуваної зміни життєвого ладу, внутрішньоособистої картини світу), або яка знаходиться під загрозою виникнення психотравмуючої ситуації [23].

Кризове реагування− реакція на яку-небудь кризову подію, яка відображає суб’єктивну значимість цієї події для індивіда, у вигляді тривоги, страху, фрустрації [24].

Характеристика соматичних проявів кризи.Людина може відчувати фізичні проблеми: нудота і блювота, мимовільне випорожнення кишківника і сечовипускання, сухість у роті, потовиділення, тремтіння, серцебиття, утруднене дихання, запаморочення, позиви до сечовипускання, безсоння і нервова збудливість. Ці проблеми можуть розвиватися досить стрімко, можливо навіть під час події, але, як правило, безпосередньо після неї.

Характеристика психологічних реакцій при кризах. У постраждалого, як правило, виникають афективні (неспокій, плач, гнів, сміх, передчуття, відчуття хаосу) і когнітивні реакції (змінюється сприйняття часу – час зупиняється; з̕ являється відчуття нереальності – «це відбувається не зі мною», «вихід зі свого тіла», «як у кіно», «наче робот»; з̕являється надмірна увага до деталей – суперпам̕ять; звужується свідомість і погіршується пам̕ять. Людина може переживати емоційне зніяковіння і страх від розумового божевілля і втрати контролю. Типовими є труднощі з концентрацією уваги і втратою пам̕яті, виникнення нічних кошмарів.

Характеристика соціальних і поведінкових реакцій при кризах.Поведінкові реакції: метушливість, гіперактивність, дратівливість, нервозність, втрата ініціативи, апатія. Багато людей стають неспокійними, гіперактивними, дратівливими, відчувають душевну порожнечу і відсутність ентузіазму. Внутрішній хаос часто виявляється у фізичному неспокої.



Рис 1.2 Види стресу

Центральним положенням першої концепції стресу Г. Сельє є гомеостатична модель самозбереження організму і мобілізації ресурсів для реакції на стресор. Стрес (від англ. stress – тиск, напруга) являє собою психічний і фізіологічний стан людини, який виникає у відповідь на різноманітні екстремальні впливи.

Стрес, що викликає порушення механізмів саморегуляції, називається «дистресом» (порушення адаптації). Він пов᾽язаний зі «шкідливим» стресом, що призводить до «зламу» механізмів пристосування, часткового або повного порушення узгодженості діяльності систем організму. Зазвичай дистрес є відносно короткочасним психічним станом. Однак, під впливом потужних стрес-факторів (смерть близької людини, важка травма, хвороба, воєнні дії та ін..) він може тривати місяці. Дистрес має виражений негативний вплив на здоров̕ я, виступає одним з типових психічних станів, що періодично виникають в учасників військових конфліктів. Стан дистресу може передувати самогубству [25]

Крім того, між рівнем стресу і спричиненої ним активації нервової системи, з одного боку, і результативністю діяльності – з іншого, немає пропорційної залежності. Вона має вигляд інвертованої u-подібної кривої і носить назву закону Р. Йеркса і Дж. Додсона [26].

Cтрес позитивно впливає на результати діяльності (мобілізує організм і сприяє подоланню труднощів, що виникають) лише до тих пір, поки він не перевищить певного критичного рівня Такий стрес, як було сказано вище, називається еустресом. При перевищенні критичного рівня в організмі розвивається процес гіпермобілізаціі, наслідком якого є порушення механізму саморегуляції і погіршення результатів діяльності, аж до її зриву. Люди з більш слабкою нервовою системою і більш тривожні відповідають високою активацією вже на порівняно прості завдання; ті завдання, які у більш сильного типу викликають відносно невеликий стрес, у «слабких» породжують дистрес [26].

Виділяються різні межі «міцності» поведінки людини в критичних ситуаціях: один тип особистості «розпадається» вже на фізіологічному рівні (занурюється в сон від перевтоми, перестає реагувати на все, що навколо, впадає в «ступор»); інший тип «ламається» на психічному рівні (втрачає силу волі, здатність думати, приймати рішення тощо); треті – на соціально-психологічному рівні (зберігає фізичну і психічну мобілізованість, але зраджує своїм життєвим принципам і настановам; наприклад, жертвує життям оточуючих заради свого порятунку або біжить з поля бою) [22].

На думку Г. Сельє, саме емоційне перенапруження призводить до стану, який називається дистресом [27]. Дистрес ˗ це виснаження, а виснаження організму – це вже не норма, а патологія, іншими словами хвороба [28].

При ситуації вимушеної іміграції переселенців, «наявний психічний дистрес» розвивається, коли цілком сформовані життєві структури руйнуються, і практично не залишається ніяких ясних і чітких орієнтирів, що визначають подальший розвиток подій. Він проявляється у сукупності ознак негативних емоційних станів (депресії, тривоги, ворожості та ін.. [19].

«Еустрес» поєднується з бажаним ефектом – викликає позитивні емоції, які мають стенічний характер, активізує психічні процеси [27,28,29].

У 1956 році, через двадцять років після своєї першої публікації, Г. Сельє визначив стрес як «неспецифічну відповідь організму на будь-яку вимогу, яка йому висувається, перевищуючу певний поріг» [30, 31].

Виходячи з гомеостатичної моделі функціонування організму, вчений розглядав стресори як стимули, що мобілізують його ресурси. Загальний адаптаційній синдром (рис.1.2) у своєму розвитку (розвиток стресу) проходить три стадії – «тріада Сельє».



Рис. 1.3 Зміна резистентності організму на різних стадіях загального адаптаційного синдрому

N – межі нормального рівня резистентності організму; І – стадія тривоги; ІІ – стадія резистентності; ІІІ – стадія виснаження; а – фаза шоку; б –фаза протишоку (пояснення в тексті).

Першою стадією даного синдрому є реакція тривоги (алярм стадія), що розвивається протягом 24-48 годин після дії стресора на організм. В її розвитку виділяють дві фази − шоку і протишоку. Фаза шоку характеризується порушенням функцій низки систем організму (нервової системи, кровообігу, дихання, водносольового обміну, терморегуляції, метаболізму та ін.). Тому у фазі шоку відбувається зниження температури тіла, зниження м̕ язового тонусу та артеріального тиску, втрата рідини тканинами, підвищення проникності клітинних мембран та ін. Опір організму знижується. У фазі протишоку спостерігається посилення продукування гормонів кори надниркових залоз і, тим самим, здійснюється фізіологічний захист від стресу. Включаються захисні механізми, починається мобілізація ресурсів, адаптаційних можливостей.

Крім того, між рівнем стресу і спричиненої ним активації нервової системи, з одного боку, і результативністю діяльності – з іншого, немає пропорційної залежності. Вона має вигляд інвертованої u-подібної кривої і носить назву закону Р. Йеркса і Дж. Додсона [32].

Тобто стрес — це складова людського буття. Будь-яка ситуація видається людиною за стрес. Людина каже: «Чому я? та чому на мою долю це спало?». При цьому людина переконує себе, що все складається погано і підсилює тим самим негативний вплив стресу [33].

Стреси підривають наш імунітет, роблять нас уразливими до інфекцій, порушення роботи шлунково-кишкового тракту, безсоння, різні неврологічні хвороби (рис. 1.3).



Рис. 1.4 Прояви стресу

Стреси бувають гострими й хронічними, що накопичуються поступово. Навіть одиничний супергострий стрес, викликаний, приміром, трагічною подією, може стати причиною серйозної хвороби й навіть смерті. Набагато типовішою, є ситуація, коли людина занедужує в результаті одночасного впливу кількох стресових подій [34].

В 1932 році психолог Уолтер Кенон вперше описав реакцію організму на стрес, яку назвав «реакцією боротьби або втечі», що означає фізіологічна реакція, що виникає у відповідь на небезпечну подію, фізичну травму або загрозу для життя. Він розглядав організм людини як саморегулюючу систему при провідній ролі вегетативної нервової системи [34]. У сучасній науковій літературі термін «стрес» використовується принаймні в трьохзначеннях:[35.]

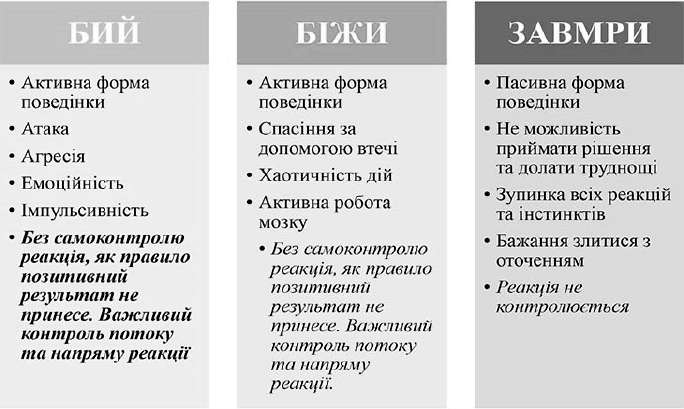
**Саме в цьому сенсі В. Кеннон і Г. Сельє вживали цей термін.

Рис. 1 .5 Функція фізичних (фізіологічних) реакцій

Як підтримка поведінкових дій і психічних процесів із подолання цього стану [36].

Також сформульовані Г.Сельє у книжці «Стрес життя» [37]. Стрес - це стан максимального психічного напруження, що виникає у людини в процесі діяльності або поведінки під впливом несприятливих, значних за силою і довготривалістю зовнішніх і внутрішніх неспецифічних дій, умов середовища [37].

Стрес досліджувало багато вчених Г. Сельє, Р. Лазарус, та інші. Ганс Сельє досліджував стресові реакції, тобто відповідь на зовнішні стресові фактори. Досліди він проводив на мишах, колов їм різні ін’єкції з різними речовинами, в т.ч. з формальдегідом. Але він прийшов до висновку, яку назвав загальна адаптаційна реакція [38].

Згідно з класичною концепцією, на всіх стадіях цього процесу (адаптаційного синдрому) провідна роль належить корі наднирників, які посилено синтезують стероїдні гормони — глюкокортикоїди, які і виконують адаптаційну функцію. Ділянка головного мозку - гіпоталамус (міститься в самому центрі) — виконує роль важливих функцій в організмі людини, які мають безпосереднє відношення до стресу. Він є вищим центром вегетативної нервової системи, і відповідає за координацію нервової та гуморальної системи організму; управляє секрецією гормонів передньої долі гіпофізу, адрено- кортикотропного гормону, який стимулюють наднирники;

Формує емоційні реакції людини; регулює інтенсивність харчування, сну та енергетичного обміну (рис. 1.5).

Для того, щоб подолати стрес, ситуація повинна бути контрольована та керована, в цьому допомагають різного роду поради, психотерапевтичні техніки, щоб емоції стали контрольованими.

Як зазначав Ла Грек, Антоніа Е., що шляхами подолання стресу є: методи релаксації; відпочинок; фізичні вправи; збалансоване харчування. Лише людина може контролювати та запобігти негативному впливу стресу на організм [39].

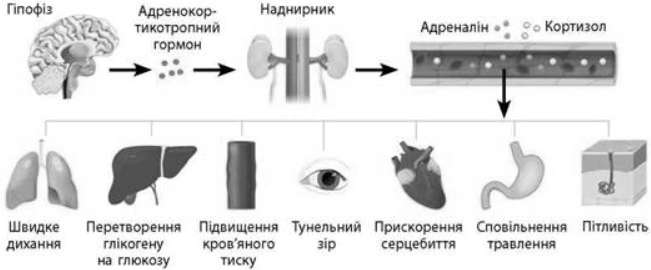


Рис. 1.6 Регулювання інтенсивності харчування та енергетичний обмін

Гострий стрес— це негайна реакція організму на ситуацію (наприклад, загроза і переляк), яка виникає безпосередньо у відповідь на травматичну ситуацію. Характеризується нетривалістю. Такий стрес може виникнути, коли людина дізнається про смерть коханої людини або стає свідком смерті. Симптоми гострого стресу можуть бути: нудота, головний біль, прискорене серцебиття, біль у грудях, різка агресія [40].

Апатія може виникнути після тривалої напруженої, але даремної діяльності; або в ситуації, коли людина зазнає серйозної невдачі, перестає бачити сенс своєї діяльності. Ознаки:байдужне відношення до навколишнього, млявість, загальмованість, мова повільна, з великими паузами.

Ступор — одна з найдужчих захисних реакцій організму. Відбувається після найсильніших нервових потрясінь, коли людина затратила стільки енергії на виживання, що сил на контакт із навколишнім світом у неї вже немає*.* Ознаки:різке зниження або відсутність довільних рухів і мови, відсутність реакції на зовнішні подразники (шум, світло, дотики), «заціпеніння» у певній позі, стан повної нерухомості.

Рухове порушення. Іноді потрясіння від критичної ситуації (вибухи, стихійні лиха) настільки сильні, що людина перестає розуміти, що відбувається довкола неї. Вона не в змозі визначити де вороги, а де свої, де небезпека, а де порятунок. Людина втрачає здатність логічно мислити й приймати рішення, стає схожою «на тварину, що бігає в клітці». Ознаки:різкі рухи, часто хаотичні й безглузді дії, ненормально голосна мова або підвищена мовна активність.

Агресивне поводження — один із способів, яким організм намагається знизити високу внутрішню напругу. Прояв злості або агресії може відбуватися досить тривалий час і заважати самому потерпілому й навколишнім. Ознаки:роздратування, невдоволення, гнів (з будь-якого, навіть незначного приводу); нанесення оточуючим ударів руками або якими-небудь предметами, словесна образа, лайка; м’язова напруга; підвищення кров’яного тиску.

Нервове тремтіння - Тремтіння виникає раптово -відразу після інциденту або через якийсь час. Так організм «скидає напругу». Ознаки:неконтрольоване нервове тремтіння (людина не може за власним бажанням припинити цю реакцію). Виникає сильне тремтіння всього тіла або окремих частин (людина не може утримати в руках дрібні предмети, запалити сірник). [41].

1.2 Стан реабілітаційної допомоги військових-учасників бойових дій з ПТСР в Україні. Досвід співпраці з міжнародними програмами та зарубіжними установами

Сьогодні лікарі надають допомогу військовим, які повертаються із зони бойових дій в умовах величезного напливу постраждали [42]. Стан реабілітаційної допомоги в Україні не зовсім спроможній на таку кількість, тому зарубіжний досвід лікування та реабілітації поранених і постраждалих в такому разі є дуже доречним [10].

Ще до початку повномасштабного російського вторгнення колеги зазначали, що під час бойових дій на сході України кількість пацієнтів із вогнепальними пораненнями кінцівок становила близько 64%. Лікування ПТСР у цих пацієнтів у 82,1% випадків не завершується позитивним результатом. Причинами цього є висока інцидентність розвитку хронічного больового синдрому та збереження стійкості до лікування ПТСР. У 30–40% випадків лікування больового синдрому в пацієнтів із вогнепальними пораненнями та ПТСР не дає позитивного ефекту. У подальшому реконструктивні оперативні втручання необхідно виконувати 35–40% поранених. Це доволі складна картина. [44].

Війна в Україні актуалізувала проблему посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [45].

Результати міжнародних досліджень у країнах, де відбувалася війна, показують, що поширеність ПТСР серед осіб, які перебували в зоні бойових дій (як військові, так і мирні жителі), зростає вдвічі і сягає 15–20%. Дослідження свідчать теж і про позитивну динаміку: велика частина осіб, що пережили психотравмуючу подію, не матиме жодних проблем із психічним здоров’ям; значна кількість людей із ПТСР одужає спонтанно. У значної частини осіб, які пережили психотравмуючу подію, проблеми у сфері психічного здоров’я виникатимуть не одразу, а можуть з’явитися за якийсь час. Ці проблеми можуть проявитися не лише як ПТСР, а й у формі інших розладів, зокрема: зловживання психоактивними речовинами, депресії, тривожних розладів, порушення контролю злості [46].

Про стан і перспективи реабілітації в Україні дискутували на Міжнародній науково-практичній конференції «2022 -World Mental Health Da» (17.10.2022 р., Рівне) [9], яка була присвячена проблематиці медико-психологічної реабілітації та соціальної адаптації учасників бойових дій і вимушених переселенців в Україні [45].

Зарубіжний досвід лікування та реабілітації постраждалих на війні може бути дуже корисним. Однією з переваг такого досвіду є те, що в інших країнах можуть бути доступні нові методики та технології лікування, які ще не використовують в Україні.

Зарубіжний досвід може бути корисним для розвитку та вдосконалення національної системи лікування та реабілітації. Зокрема, його вивчення може допомогти виявити недоліки та проблеми в національній системі та знайти способи їх вирішення [48].

Крім того, зарубіжний досвід може допомогти в підвищенні якості надання психологічної допомоги постраждалим на війні, оскільки можуть використовуватися нові техніки та методики, які були успішно застосовані в інших країнах [10, 48].

В умовах різкого зростання психічних та поведінкових розладів, спричинених пролонгованою російською інвазією та іншими викликами суспільства, ми стали свідками того, що система надання відповідної допомоги та відомчі психологічні служби виявилися такими, принаймні на перших етапах, що потребують перегляду усталених моделей асесменту та інтервенції. [19, 49, 50].

Досвід співпраці з міжнародними програмами та зарубіжними установами, а також нові наукові дослідження дозволяють констатувати перевагу надання психологічних послуг населенню, що постраждало від воєнних дій, саме на базі реабілітаційних закладів на противагу психіатричним, оскільки в більшості випадків лікарі стикаються з психологічними станами та поведінковими розладами, що супроводжуються соматичними, зокрема неврологічними, ускладненнями без розладів психотичного генезу.

Особливого значення набуває залучання до медико-психологічної реабілітації в Україні саме психологів, фахівців як із соматичної, психосоматичної та психологічної медицини, так і з психології, підготовка яких здійснюється на профільних клінічних базах та в реабілітаційних центрах [53, 54,55].

В Україні існує мережа спеціалізованих військових шпиталів та центрів, які надають медичну допомогу пораненим, крім того, медичні послуги військовим надаються в цивільних закладах, через брак ліжко-місць у військових, оскільки наша держава, як звичайна цивілізована, не розраховувала на війну. Це, зокрема, Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь», Український державний медико-соціальний центр ветеранів війни, Госпіталь ветеранів війни «Лісова поляна» (останні два є клінічною базою кафедри загальної і медичної психології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця) та клінічні військові шпиталі в регіонах.

Кафедри університетів активно співпрацють як з військовими, так і цивільними медичними закладами щодо надання науково-практичної підтримки,

Сьогоденний стан реабілітаційної допомоги пораненим, постраждалим військовим в Україні зараз на достатньому рівні, проте є деякі проблеми, які потребують вирішення [51].

Одна з особливостей реабілітації українських військових полягає в тому, що багато поранених мають контузії та інші невидимі пошкодження головного мозку, які можуть впливати на їх поведінку, емоційний стан та інші сфери [52].

Це може ускладнювати реабілітацію та потребувати спеціалізованого підходу, зокрема нейропсихологічного та нейроперсонологічного [ 52 ].

1.3 Загальна характеристика комплексної реабілітації посттравматичних стресових розладів у військових-учасників бойових дій у відновленні та інтеграції військовослужбовців у сучасне суспільство

Травматичний досвід, отриманий під час бойових дій, негативно впливає на стан здоров’я військовослужбовців-учасників бойових дій [23]. Зокрема, після повернення до мирного життя вони переживають нові стреси, пов’язані з соціальною адаптацією, нерозумінням близьких, труднощами в спілкуванні, професійному самовизначенні, самореалізації, створенням сім’ї тощо. Первинний стрес, отриманий під час бойових дій, підсилюється вторинним, що виникає після повернення додому. Цей стан стає внутрішньою основою психологічної та соціальної дезадаптації комбатантів у суспільстві. За прогнозами психіатрів, в кращому випадку, у 20 % з учасників бойових дій в Україні в наступні роки буде діагностовано хронічний посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [24].

З огляду на це, нині виникла потреба в реабілітаційній діяльності від фахівців соціальних служб та проведення комплексної реабілітації. Військовослужбовці Збройних Сил України, які брали участь у бойових діях, вимагають підвищеної соціальної уваги, організації системи комплексної реабілітації [24, 56]. Як свідчать статистичні дані, лише за роки війни на Донбасі в Україні з’явилося більше, ніж 320 тисяч ветеранів, які потребують комплексної допомоги, щоб інтегруватися знову у суспільство. А яка кількість ветеранів передбачається, має виявитись в геть величезні цифри [33].

Процес їхньої інтеграції вимагає створення такої системи реабілітації, яка б передбачала поєднання медичної, соціальної, психологічної та інших її видів. Існуючий в українському суспільстві комплекс заходів, які надають соціальні служби щодо реабілітації військовослужбовців, ветеранів бойових дій, має частковий, безсистемний і фрагментарний характер. Такий стан речей є результатом недосконалості соціального захисту військових (правового, економічного, соціального, психологічного, медичного). Незадоволеність військовослужбовців своїм становищем у суспільстві, посттравматичний стресовий розлад, високий відсоток суїцидів, психологічне неблагополуччя є наслідками, що не дають можливості військовослужбовцям-учасникам бойових дій максимально реалізувати свій потенціал у мирному житті. Важливу роль у цьому процесі покликані зіграти спеціалізовані соціальні служби та установи реабілітації, які мають забезпечити гідні умови для успішної комплексної реабілітації цієї категорії військових.

Реабілітація – медико-психологічна реабілітація у Збройних Силах України являє собою комплекс лікувально-профілактичних, реабілітаційних та оздоровчих заходів медико-психологічного характеру, спрямованих на збереження та відновлення психофізіологічних та психічних функцій. Превентивна реабілітація – відновлення резервів здоров’я практично здорового військовослужбовця до «безпечного» рівня з використанням немедикаментозних засобів.

Клінічна (медична, або лікувальна) реабілітація – комплекс лікувально-діагностичних і лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на своєчасну і точну діагностику, госпіталізацію, а також відновлення і розвиток фізіологічних функцій постраждалого військовослужбовця [33].

Функціональна (фізична) реабілітація – застосування фізичнихв комплексному процесі відновлення здоров’я, фізичного стану і працездатності постраждалих військовослужбовців.

Психологічна реабілітація – частина загального реабілітаційного комплексу (разом із медичною, професійною, соціальною), спрямована на відновлення втрачених (порушених) психічних функцій, соціальної активності, відновлення самооцінки й соціального статусу [57].

Соціальна реабілітація (реадаптація), як комплекс заходів, цей процес націлений на відновлення здатності людини до життєдіяльності в соціальному середовищі й працевлаштуванні [57].

Посилена психологічна увага – система комплексних заходів психологічного характеру, з метою своєчасної профілактики та підвищення рівня його адаптаційних можливостей до умов службово-бойової діяльності та забезпечення психологічного благополуччя, збереження психологічного і фізичного здоров’я, запобігання службовому та побутовому травматизму [58].

Психологічна корекція – цілеспрямований психологічний вплив на військовослужбовця для приведення його психічного стану до норми після виявлення в нього будь-яких психологічних відхилень та відновлення його здатності до виконання службових обов’язків [58].

Психологічна підтримка – система соціально-психологічних, психолого-педагогічних засобів, спрямування зусиль особи на реалізацію власної професійної діяльності [58].

Психологічне консультування – комплекс заходів, які застосовуються (за необхідності) для надання емоційної підтримки і уваги до їхніх переживань, що допомагають прийняти усвідомлене рішення та оцінити психологічні поведінки.

Групове консультування – консультування, учасниками якого в якості отримувачів є двоє чи більше осіб з подібними складними життєвими обставинами або однаковим запитом щодо очікуваної допомоги.

Дистанційне консультування – заочне консультування забезпечує анонімність отримувача соціальної послуги [43].

Кризове консультування – консультування, спрямованої на емоційну підтримку.

Психологічний супровід виконання службово-бойових завдань – комплекс заходів з підтримання оптимального стану психологічного здоров’я військовослужбовців шляхом формування їх психологічної стійкості до впливу стресових чинників [25, 33].

Психопрофілактика – комплекс організаційних, службових, правових, просвітницьких, соціально-економічних, психологічних та медичних заходів.

Психологічне відновлення військовослужбовців – це комплекс заходів, що надається військовослужбовцям в період прибуття до пункту постійної дислокації військової частини після виконання завдань за призначенням із району бойових дій та перед відбуттям їх у відпустку.

Травматичний досвід, отриманий під час бойових дій, негативно впливає на стан здоров’я військовослужбовців-учасників бойових дій. Зокрема, після повернення до мирного життя вони переживають нові стреси, пов’язані з соціальною адаптацією, нерозумінням близьких, труднощами в спілкуванні, професійному самовизначенні, самореалізації, створенням сім’ї тощо. Первинний стрес, отриманий під час бойових дій, підсилюється вторинним, що виникає після повернення додому [24].

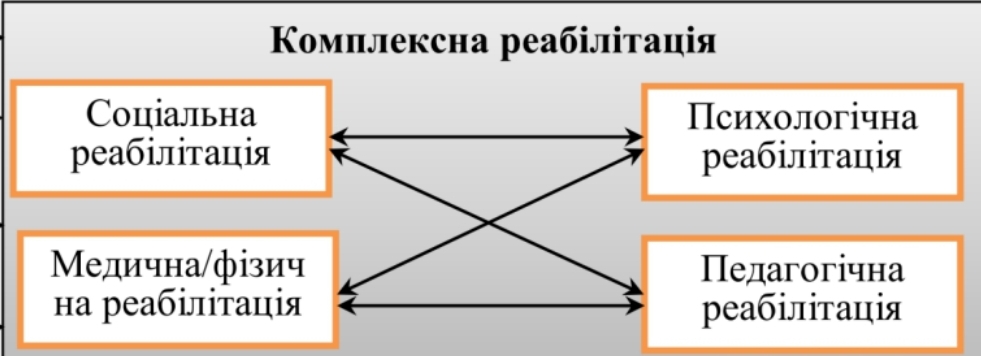


Рис. 1.7 Комплексна реабілітаці ПТСР у військових – учасників бойових дій

Як свідчать статистичні дані, лише за роки війни на Донбасі в Україні з’явилося більше, ніж 320 тисяч ветеранів, які потребують комплексної допомоги, щоб інтегруватися знову у суспільство.  
А яка кількість ветеранів передбачається після закінчення цих сутичок та зіткнень, має виявитись в геть величезні цифри [33].

Незадоволеність військовослужбовців своїм становищем у суспільстві, посттравматичний стресовий розлад, високий відсоток суїцидів, психологічне неблагополуччя є наслідками, що не дають можливості військовослужбовцям-учасникам бойових дій максимально реалізувати свій потенціал у мирному житті [43].

Важливу роль у цьому процесі покликані зіграти спеціалізовані соціальні служби та установи реабілітації, які мають забезпечити гідні умови для успішної комплексної реабілітації цієї категорії військових [59].

Психологи розуміють кризу як гострий емоційний стан, що виникає внаслідок блокування цілеспрямованої життєдіяльності людини, як дискретний момент розвитку особистості [20, 21].

Процес інтеграції у суспільство вимагає створення такої системи реабілітації, яка б передбачала поєднання медичної, соціальної, психологічної та інших її видів. Існуючий в українському суспільстві комплекс заходів, які надають соціальні служби щодо реабілітації військовослужбовців, ветеранів бойових дій, має частковий, безсистемний і фрагментарний характер. Такий стан речей є результатом недосконалості соціального захисту військових (правового, економічного, соціального, психологічного, медичного) [15].

1.4 Основні техніки профілактики та усунення ПТСР:

1.4.1 Нервово-м’язова релаксація за Е. Джекобсоном

У ході виконання прогресуючої м’язової релаксації за допомогою концентрації уваги спочатку формується здатність уловлювати напругу у м’язах і відчуття м’язового розслаблення, потім відпрацьовуються навички оволодіння довільним розслабленням напружених м’язових груп.

М’язи тіла діляться на шістнадцять груп. Послідовність вправ така: від м’язів верхніх кінцівок (від кисті до плеча, починаючи з домінантної руки) до м’язів обличчя (чоло, очі, рот), шиї, грудної клітки, живота і далі до м’язів нижніх кінцівок (від стегна до стопи, починаючи з домінантної ноги). Вправи починаються з короткочасної, 5-7-секундної, напруги першої групи м’язів, які потім повністю розслабляються; увага зосереджується на відчутті релаксації в цій області тіла. Вправа в одній групі м’язів повторюється до тих пір, поки пацієнт не відчує повного м’язового розслаблення; тільки після цього переходять до наступної групи [14].

По мірі набуття навичок у розслабленні м’язові групи укрупнюються, сила напруги в м’язах зменшується і поступова увага все більш акцентуюється на спогаді. На заключному етапі пацієнт після повсякденного аналізу локальної напруги м’язів, що виникає при тривозі, страху і хвилюванні, самостійно досягає м’язового розслаблення і таким чином долає емоційну напругу [60].

1.4.2 Регуляція дихання за методом Г. Бенсона

Антистресове дихання. Повільно виконуйте глибокий вдих через ніс; на висоті вдиху на мить затримайте дихання, після чого зробіть видих як можна повільніше. Це заспокійливе дихання. Воно полягає у відносному вкороченні вдиху, подовженні видиху і паузи після нього. Постарайтеся уявити собі, що з кожним глибоким вдихом і тривалим видихом Ви частково позбавляєтеся від стресового напруження.

2. Хвилинна релаксація. Розслабте куточки рота, зволожте губи. Розслабте плечі.

3. Випийте води невеликими ковтками.

4. Якщо є можливість, вийдіть з приміщення, пройдіться, ритмічно дихайте й обов'язково подовжуйте видих: два кроки - вдих, три кроки - видих, пауза.

5. Увімкніть заспокійливу музику, ту, яку Ви любите, якщо є можливість.

6. Поговоріть на яку-небудь абстрактну тему з будь-якою людиною, яка знаходяться поруч. Якщо ж поруч нікого немає, зателефонуйте друзям чи рідним. Це відволікаюча дія, яка здійснюється «тут і зараз» і покликана витіснити з вашої свідомості внутрішній діалог, наповнений стресом.

Важливо враховувати, що співпраця з лікарем та активна участь у лікуванні значно підвищує вірогідність одужання [16].

Дихальні вправи

Ця техніка включає в себе пояснення того, що тривожність пов’язана зі швидким поверхневим грудним диханням, а також того, що зосередження на повільному, розміреному та черевному диханні призводить до зменшення тривоги. У рамках цієї техніки необхідно навчити особу дихати діафрагмою [14]. Дихальна гімнастика в різному ритмі здійснює масаж черевних органів, усуває явища гіпоксії, дисциплінує морально-вольову сферу і увагу. Показана при емоційній напрузі, порушеннях серцевого ритму, системних неврозах шлунково-кишкового тракту, психогенних порушеннях дихання і при порушенні засинання [15].

Послідовне м’язове розслаблення (релаксація за Джейкобсоном) ефективна при розладах сну і емоційній напрузі. Диференційована релаксація ефективна при неврозах, що супроводжуються спазмом м’язів. Її краще поєднувати з вправами на уявлення тепла, а також зі спеціально підібраними дихальними і гімнастичними вправами. Найкращі результати диференційованого розслаблення спостерігаються при порушеннях серцевого ритму, нейроциркуляторних розладах, відносно добрий ефект спостерігається при писальному спазмі, вагінізмі, і при астазії-абазії (як підготовчий лікувальний прийом).

* + 1. Дихання животом за системою «цигун»

Спеціальні гімнастичні вправи є оздоровчою і тонізуючою гімнастикою (не стільки для скелетної мускулатури, скільки для органів), яка, покращуючи самопочуття і розширюючи фізичні можливості рекабілітанта, сприяє його реабілітації. Ці вправи, що виконуються не автоматично (на відміну від спортивної практики), а виразно, переживаючи кожен рух, тренуючи волю, пам’ять, здатність управляти своїм тілом, дисциплінують емоційну сферу. Вправи можуть запозичуватися з різних гімнастичних систем, відповідно до соматичного стану, віку і фізичних можливостей. Спеціальна гімнастика у комплексі з іншими заходами дає найкращі результати при астеноіпохондричних і системних неврозах (головним чином, серцевої і шлунково-кишкової груп). Треба ретельно стежити, щоб напружилися усі м’язи, які працювали б з реальним предметом, – відчувати м’яч, опір пружини еспандера або вантажу, що піднімається, палицю, що лежить на лопатках. Цей прийом підвищує самоконтроль, тренує волю, активує увагу і застосовується при лікуванні деяких форм неврозів нав’язливих станів [14].

На думку майстрів цигун, багато з нас дихають неправильно, використовуючи менше третини обсягу своїх легенів. Дихальна гімнастика цигун розширює можливості дихальної системи, забезпечуючи постійний обмін кисню і вуглекислого газу, покращуючи кровообіг, сприяючи підтримці фізичної форми, спокійного і ясного мислення. Гімнастичні вправи цигун припускають обов'язкове поєднання фізичних дій з глибоким диханням «животом» (диханням діафрагмою) [57].

1.4.4 Аутогенне тренування за методом В. Шульца

При лікуванні невротичних і психотичних розладів, іноді недостатньо вправ першого ступеня, і виникає необхідність подальшого тренування. Комплексний курс виходить за рамки Аутогенного тренування АТ, оскільки включає прийоми інших психотерапевтичних і лікувальних методик [61]. АТ в цьому курсі об’єднує такі прийоми в єдину систему вправ. Вправи комплексного курсу індивідуальні, назначаються відповідно до конкретного захворювання, містять обов’язкові умови:

1. Вправи на уявлення тепла є розширеними стандартними вправами, вживаними індивідуально, відповідно до конкретного синдрому. Окрім дилятації коронарних судин, ці вправи спрямовані на представлення відчуття локального тепла безпосередньо в органі, який турбує. Вправи цієї групи показані при розладах сну і у тих випадках, коли потрібно досягти розширення периферичних кровоносних судин; загального – при порушеннях артеріального тиску, місцевого – при неврогенних розладах периферичного кровообігу.
2. Вправи на уявлення прохолоди показані при деяких формах судинного головного болю, а також при хворобливих станах, обумовлених зниженим артеріальним тиском.
3. Самоствердження – варіант «сюжетного уявлення», який пропонується особам з переважанням розсудливого мислення. Самоствердження схоже на раціональну психотерапію, що проводиться самим рекабілітантом за завданням лікаря. Хворому дається теза, визначена тема для роздуму, завдання він може виконати усно (бесіда з лікарем, інтерв’ю, повідомлення в групі) або письмово у вигляді реферату, листа. Завдання слід складати з таким розрахунком, щоб рекабілітант не повертався до пережитих невдач. Самоствердження, що правильно проводиться, допомагає здолати конфлікт з довкіллям, дієвий цей прийом і при деяких фобіях, при системних неврозах він застосовується рідше, хоча при невротичних сексуальних розладах у чоловіків він у ряді випадків виявився ефективним.
4. Виховання звичок дозволяє витіснити хворобливу нав’язливість нешкідливим ритуалом, що не обтяжує хворого, оскільки він виразно усвідомлює своє авторство і розуміє, що може управляти новою звичкою. Рекомендуючи, наприклад, в непарні дні починати все з лівого боку, в парні – з правого (одягатися, голитися в певному порядку і тому подібне), ми допомагаємо особі створити індиферентну звичку, що заміщає хворобливу тему. Лікування завершується функціональним тренуванням, що переконує рекабілітанта у тому, що він може здолати хворобу [14].

2 ЗАВДАННЯ, МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Завдання дослідження

Метою даної роботи ми обрали визначити ефективність комплексної програми реабілітації посттравматичних стресових розладів у учасників бойових дій.

Для дослідження нашої мети були поставлені такі завдання, як:

1. Проаналізувати літературу та систематизувати відомості щодо сучасних засобів корекції стресових розладів у військових-учасників бойових дій.

2. Визначити характер посттравматичних реакцій, ступень болю в м’язах та рухливість у поперековому відділі хребта, рівень самопочуття, активності і настрою до та після проведення комплексної програми реабілітації посттравматичних стресових розладів у учасників бойових дій.

3. Дати оцінку ефективності комплексної програми реабілітації посттравматичних стресових розладів у учасників бойових дій.

2.2. Методи дослідження

Для вирішення поставлених завдань була проведена експериментальна робота, в процесі якої використовувались такі методи дослідження:

1. Аналіз та узагальнення літературних джерел.

2. Аналіз медичної документації.

3. Обстеження посттравматичних реакцій за допомогою Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)

4.Оцінка ступеню больового синдрому в м’язах за шкалою БАШ.

5. Дослідження функціонального стану хребта з визначенням обмежень рухів тулуба за допомогою тестів Шобера та Томайера.

6. Визначення рівня самопочуття, активності і настрою за опитувальником САН.

7. Методи математичної статистики.

2.2.1 Визначення ступеню стрессу за Міссісіпською шкалою

Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу – клінічна тестова методика, розроблена в 1987 році Т.M. Кеапе зі співавторами, для діагностики посттравматичних стресових розладів (ПТСР) у військовослужбовців, які виконували завдання в зоні бойових дій. Створена на основі MMPI. 30 питань утворюють три основні шкали, які співвідносяться з трьома групами симптомів ПТСР: 11 питань першої шкали описують симптоми групи “вторгнення”, 11 симптомів другої шкали описують симптоми групи «уникнення», 8 питань третьої шкали описують симптоми «збудливості». П’ять питань, що залишилися, описують симптоми, пов’язані з почуттям провини та суїцидальні схильності [61].

Обробка результатів:

Загальний бал: Σ1+Σ2. Оцінка за кожним пунктом – від одного до п’яти балів. Підраховується сума відповідей на твердження (сумуються відповіді респондента на “прямі” твердження і відповіді за “зворотними” твердженнями, перекодовані наступним чином: відповіді респондента – 1, 2, 3, 4, 5; перекодовані відповіді – 5, 4, 3, 2, 1). Інтерпретація результатів: отримана сума дозволяє поділити досліджуваних на тих, які мають ПТСР і тих, які не мають ПТСР. За даними В.Ю. Шаніна: добре адаптовані – 76 ± 18; - психічні розлади – 86 ± 26; - ПТСР – 130 ± 18 [61]. Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу приведена в ДОДАТКУ А.

2.2.2 Визначення ступеню болю в м’язах попереку за допомогою тестів Шобера і Томайєра

Числові шкали оцінок прості у використанні і можуть бути усними (вербальна числова шкала оцінки) або письмовими (візуально-аналогова шкала).

2.2.3 Візуальна аналогова шкала болю – шкала, якою найчастіше користуються анестезіологи та онкологи. Вона являє собою можливість оцінити інтенсивність болю. Дана шкала являє собою лінію довжиною 10 см, намальовану на чистому аркуші паперу – без клітинок. 0 см – це «болю немає», найправіша точка (10 см) – «біль сама нестерпна, яка ось-ось приведе до загибелі». Лінія може бути як горизонтальною, так і вертикальною.

Пацієнт повинен поставити крапку там, де, як він відчуває, розташовується його біль. Лікар бере лінійку і дивиться, на якій позначці знаходиться точка пацієнта: 0-1 см – біль вкрай слабка;

* від 2 до 4 см – слабка;
* від 4 до 6 см – помірна;
* від 6 до 8 см – дуже сильна;
* 8-10 балів – нестерпний біль.

При оцінці болю лікар не тільки дивиться на цю точку, а й на всю поведінку людини. Якщо людину можна відволікти питаннями, якщо він спокійно пройшов по кабінету до виходу, можливо, він завищує ступінь болю. Тому йому можна запропонувати повторно оцінити свій біль – по тій же шкалі. А якщо це жінка, то попросити порівняти з болем при пологах (вона оцінюється в 8 балів для кожної жінки). Якщо вона говорить: «Ви що, народжувати було вдвічі болючіше», то варто оцінити її біль в 4-5 балів.



Рисунок 2.1. Візуально-аналогова шкала болю ВАШ

2.2.4 Оцінювання рухливості хребта за допомогою методик Шобера і Томайєра

Відповідно до тесту Томайера – відстань від кінчиків пальців рук до підлоги при максимальному нахилі тулуба вперед; нормальний показник – 0–10 см.

Тест Шобера провидиться положенні сточи з прямою спиною. При максимальному згинанні тулуба і заміру відстані між двома мітками на хребті (перша на остистому відростку S1 хребця і друга – на 10 см вище неї) норма – 15 см.

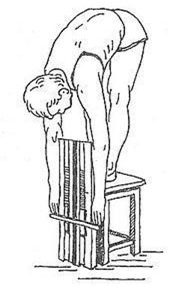


Рисунок 2.2 Тест Томайєра

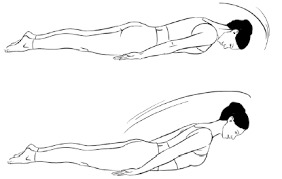


Рисунок. 2.3 Тест Шобера

2.2.5 Тест САН (Самопочуття, активність, настрій)

Ця методика призначена з метою самоконтролю і само­оцінки самопочуття, активності і настрою. Шкала САН складається з індексів (3 2 1 0 1 2 3) і розта­шована між тридцятьма парами слів протилежного значен­ня, що відображують рухливість, швидкість і темп протікан­ня функцій (активність), силу, здоров'я, стомлення (само­почуття), а також характеристики емоційного стану (настрій). Перевагами тесту є його стислість і можливість кількаразового використання впродовж певного часу.

Інструкція.Слід співвіднести свій стан з ознаками за ба­гатоступінчастою шкалою. Ви маєте вибрати і позначити ци­фру що найбільш точно відбиває ваш стан на даний момент. Повний надій чи Розчарований

Обробка та інтерпретація.При обробці ці цифри перекодуються в такий спосіб. Негативні стани за шкалою САН приймаються за 1 бал, наступний за ним за 2 бали і так далі. Слід ураховувати те, - що полюси шкали постійно змінюються. Позитивні стани завжди одержують високі бали, а негативні низькі. За цими балами розраховується середнє арифметичне як загалом, так і окремо за активністю, самопочуттям і настроєм. Зразок перекодування наведений у таблиці.

При оцінці функціонального стану важливі значення окремих показників та їхнє співвідношення. Наприклад, у відпочилої людини оцінки активності, настрою і самопочуття приблизно однакові. У міру наростання втоми співвідношення між ними змінюється за рахунок відносного зниження самопочуття й активності в порівнянні з настроєм.

Ключ.

Питання на самопочуття» 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Питання на активність-3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Питання на настрій-5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Оцінки, які перевищують 4 бали, свідчать про нормальний стан досліджуваного, оцінки нижче 4 свідчать про зворотне. Бланк Тесту САН викладено в ДОДАТКУ Б.

Відмінності між дослідженнями в галузі стресу та травматичного стресу носять методологічний характер. Так, більшість досліджень травматичного стресу сфокусовано на оцінці взаємозв'язку між травмою і викликаними нею розладами, а також оцінці ступеня травматогенності тієї чи іншої події більшою мірою, ніж на її стресогенності.

2.2. 5 Комплексна програма реабілітації

Запропонована нами програма істотно відрізнялася від стандартної програми змістом компонентів, а саме: 1) до кінезотерапії, окрім класичної методики, включався ще один з її видів – постізометрична релаксація м’язів спини; 2) до терапевтичних вправ застосовувався спеціально розроблений комплекс вправ для м’язів спини; 3) до лікувального масажу було включено міопресурний масаж тригерних точок (ішемічна компресія тригерних точок), 4) до нормалізації психоемоційного стану було включено комплекси фізичних вправ для саморегуляції, самомасаж для зняття бойового стресу, робота з біологічно активними точками, регулювання психоемоційного стану за допомогою дихання з урахуванням стандартів НАТО (STANAG 2565, STANAG 7225, STANAG 7226, STANAG 7229) та набутого практичного досвіду у ході ведення російсько-української війни.

Постізометрична релаксація.

Основна мета ПІР − корекція неоптимального рухового стереотипу при пошкодженні ХРС хребта. ПІР багатобічно діє на нейромоторну систему регуляції тонусу поперечно-посмугованого м'яза. По-перше, це сприяє нормалізації пропріоцептивної імпульсації; подруге, встановлює фізіологічне співвідношення між пропріоцептивною та іншими видами аферентації. Результатом цього є відновлення ефективності механізмів гальмування, тобто усунення активності першого пункту генераторної системи. Релаксуючий ефект ПІР практично не реалізується на клінічно здорових м'язах, що виключає побічну дію методики. Постізометрична релаксація є максимально ефективною методикою розслаблення м’язів, що знаходяться навіть в глибоких сегментах опорнорухового апарату. Постізометрична релаксація побудована на м’яких техніках мануального впливу з метою збільшення рухливості хребта та суглобів, відновлення еластичності м’язів та зв’язок. У маніпуляціях проводиться поєднання дозованого розтягування м’язів та зв’язок після узгодження їх напруги пацієнтом. Після такої маніпуляції рефлекторно спрацьовує фізіологічний механізм зниження м’язового гіпертонусу. Саме цей дивовижний та можна сказати чарівний механізм лежить в основі методу постізометричної релаксації, де мануальні прийоми створюють найбільш вигідні та легкі умови, при яких м’язам простіше розслабитися. Постізометрична релаксація м’язів повертає блокованим та важко рухомим суглобам максимальну свободу рухів, усуває хронічний ниючий боль та спазматичну напругу м’язів.

Особливо ефективно проводити сеанси постізометричної релаксації в поєднанні з різними методиками масажу. Після сеансу постізометричної релаксації пацієнт завжди відчуває приємне розслаблення, легкість ходи та повну свободу рухів.

Метод постізометричної релаксації м'язів заснований на тому, що після ізометричної напруги завжди настає фаза рефрактерного абсолютного періоду, коли м'яз не здатен скорочуватися. Фаза ізометричної напруги м'яза триває 9 - 11 секунд, рефрактерного абсолютного періоду − 6 - 8 секунд. Інший метод ПІР м'язів заснований на реципрокному фізіологічному напруженні і розслабленні м'язів синергістів (агоністів і антагоністів) у людини. М’язи згиначі і м'язи розгиначі розташовані по обидва боки осі суглоба. Рухи виконуються при легкому опорі в напрямку, протилежному нормальному руху. Наприклад, якщо необхідно збільшити обсяг згинання, то прийом проводиться проти легкого опору розгинанню. Досягнувши максимального обсягу розгинання, м'яз утримується протягом 9 - 11 секунд, потім дається команда розслабитися (протягом 6 - 8 секунд). Прийом повторюється 3 - 4 рази і з кожним разом досягається все більший обсяг розгинання.

Комплекси фізичних вправ для саморегуляції з урахуванням стандартів НАТО.

Комплекси складаються з досить простих вправ, що займають за часом від 1 до 15 хвилин. Варто відзначити, що попри простоту ефект від їхнього виконання буде досягнутий лише за умови регулярної практики.

Комплекс № 1. Рекомендується при розумовому стомленні, зниженні працездатності. Положення – стоячи. Очі розфокусовані, напівприкриті, м’язи розслаблені. Активно потерти долоні, тильні сторони п’ястей до відчуття тепла. Пальцями погладити голову – від чола до потилиці. Кінцевими фалангами пальців м’яко погладити чоло, щоки, підборіддя, вушні раковини. Повторити 3-4 рази. Розслабивши м’язи шиї, зробити по 3 повні повільні повороти головою у кожний бік. Поклавши підборіддя на груди, напружити м’язи шиї на 4-6 с Виконати 5 кругових махів прямими руками вперед і стільки ж назад. Лівою рукою, енергійно розминаючи, промасажувати плече і передпліччя правої руки. Зробити те саме для лівої руки. Протягом 5 с максимально напружувати грудні м’язи, а потім різко розслабити їх. З’єднавши за спиною прямі руки «у замок», максимально підняти їх, викликавши тим найбільшу напругу між лопатками. Час напруги: 5-7 с. Гребнями стиснутих у кулаки рук енергійно розтерти спину від боків до хребта, послідовно переміщуючи кулаки донизу, від лопаток до талії. Час виконання: 8-10 с. Поклавши ліву долоню поверх правої, круговими рухами розтерти область живота. Час виконання: 8-10 с. Нахилитися назад із напругою в області попереку. Час напруги: 5-7 с. Повністю розслабивши верхню половину тіла, виконати 4-5 повільних присідань.

На вдиху повільно підняти руки через сторони вверх і, ставши на пальці ніг, затримати дихання на 3-4 с. Також повільно через сторони опустити руки з одночасним видихом. Повторити 2-3 рази. Примітка: при виконанні комплексу необхідно чітко зосереджувати увагу на напружених групах м’язів.

Комплекс № 2. Виконується при необхідності зняти зайве нервове збудження. Положення – сидячи. Очі напівприкриті, м’язи розслаблені. Діафрагмальне дихання. Вдих на 4 с, при цьому передня стінка живота випинається вперед. Видих на 4 с із втягуванням передньої стінки живота. Потім затримка дихання на 8 с. Повторити 8 разів (протягом 1 хвилини). Рекомендується при відчутті втоми: енергійно розтерти долоні – 5 с; швидко потерти пальцями щоки вверх-вниз – 5 с; постукати розслабленими пальцями по верхівці голови (“барабанний дріб”) – 5 с; кулаком правої руки інтенсивно розтерти плече і передпліччя лівої руки –8 с. Те саме для правої руки; обережно надавити 4 рази на щитовидну залозу (нижче кадика) великим і вказівним пальцями правої руки; намацати великим пальцем западину в основі черепа, натиснути, порахувати до трьох, відпустити. Повторити 3 рази; щільно захопити великим і вказівним пальцями руки Ахіллове сухожилля, здавити його, відпустити. Повторити по 3 рази для кожної ноги; енергійно потерти гребенем кулака (або п’ятою ноги) підйоми стоп обох ніг.

Комплекс № 3. Рекомендується виконувати при стомленні очей. Положення – сидячи, м’язи розслаблені: на вдиху, не повертаючи голови, скосити очі максимально вправо, на видиху – повернути у вихідне положення. Повторити те ж уліво. Прикрити очі на 4-5 с, розслабитися. Те саме максимально вверх і вниз. Те саме у напрямку лівий верхній кут – правий нижній; скосити очі максимально вправо і повільно описати ними коло максимально можливого радіуса проти годинникової стрілки; те саме за годинниковою стрілкою; прикрити очі, розслабитися (30 с). Комплекс №4. Рекомендується виконувати при головному болі, положення – сидячи, м’язи розслаблені: вдих животом на 4 с, видих на 4 с, затримка дихання на видиху 4 с. Повторити 3-4 рази; одночасно пальцями обох рук натискати на верхівку голови. Час натискання – 45 с. Потім різко забрати пальці. Те саме повторити на потилиці; “барабанний дріб” по верхівці голови розслабленими пальцями обох рук 30–40 с; прикрити очі. Долонями обох рук повільно пригладити волосся від чола до потилиці. Концентрація уваги на поверхні долонь. Повторити 7-10 разів, із кожним разом послабляючи контакт руки з волоссям; долонею енергійно погладити декілька разів задню поверхню шиї. Те саме зробити іншою рукою. Інтенсивно помасажувати долонею комірцеву область (нижче шиї). Повторити іншою рукою; гребенями кулаків обох рук енергійно помасажувати спину. Енергійно напружити витягнуті ноги. Розслабити м’язи пальців ніг і покрутити з напругою стопою кожної ноги в різні боки.

Комплекс № 5. Виконується для зняття втоми. Сісти у крісло, прийняти зручну позу, розслабитися, прикрити очі. Подумки оглянути один за іншим пальці обох рук, уявляючи їх повністю розслабленими, потім так само оглянути передпліччя і плечі. Подумки оглянути м’язи обличчя і шиї, намагаючись розслабити напружені місця. Виконати те саме для ніг і тулуба. Уявити себе там, де вам звичайно буває добре, наприклад, у лісі, в горах, на березі моря. Спробувати відчути шелест листя, звуки прибою, почути клекіт чайок. Енергійно потягнутися, напружити м’язи, встати.

Комплекс № 6. Ці вправи, запозичені у ченців Тибету, мають комплексний оздоровчий і тонізуючий вплив на організм. У перший тиждень вправи виконуються по 3 рази, у другий – 5, у третій – 7 і т. д., до 21 повторення включно. Звичайно ефект спостерігається вже після 2-3 тижнів. Час виконання – ранком або ввечері, за 1-2 години до сну. Стоячи, руки витягнути в сторони. Зберігаючи положення рук, виконати круговий оберт навколо своєї осі за годинниковою стрілкою (якщо дивитися зверху). Лежачи на спині, з витягнутими уздовж тіла руками. Притиснувши долоні до підлоги, підняти голову, торкаючись підборіддям грудей. Після цього підняти прямі ноги вгору під прямим кутом до підлоги. Повернутися у вихідне положення. Стоячи на колінах, п’ясті рук розташовані на задній поверхні стегон, під сідницями. Відкидаючи голову назад і випинаючи грудну клітку, прогнутися назад, спираючись руками об стегна. Повернутися у вихідне положення. Сидячи на підлозі, із притиснутим до грудей підборіддям і витягнутими вперед ногами. Ступні – на ширині плечей. Долоні – з боків від сідниць. Закинувши голову якнайдалі назад, підняти тулуб до горизонтального положення, спираючись на п’ясті та ступні. При цьому гомілки і руки розташовані вертикально. Повернутися у вихідне положення. Лежачи, упор на руках прогнувшись. Тіло спирається тільки на п’ясті та подушечки пальців ніг. П’ясті та ступні на відстані, небагато ширшій плечей. Притискаючи підборіддя до грудей, прогнутися у зворотному напрямку, при цьому тіло приймає положення гострого кута вершиною вверх. Руки і ноги – прямі.

Комплекс № 7. При виконанні значно збільшується енергопотенціал, відновлюється емоційна врівноваженість. Стоячи, ноги ширше плечей. Підняти руки, випрямити, перенести праворуч від себе та уявити кулю між долонями. Ліва рука зверху, права знизу, діаметр кулі – 0,5 м. На вдиху перевернути кулю так, щоб права і ліва руки помінялися місцями. На видиху повільно переносимо кулю ліворуч. На вдиху перевертаємо кулю. На видиху так само повільно переносимо кулю праворуч. Повторити 7-8 разів. Важлива безперервна концентрація уваги на кулі: супроводжуємо її рух поглядом, намагаємося відчути її долонями.

Комплекс № 8. Рекомендується при загальному стомленні. Виконується при досить розвинених навичках у концентрації та візуалізації. Суть – у розслабленні локальних м’язових груп, що досягається зосередженням уваги на них. Складається із чотирьох блоків. Виконується сидячи, очі прикриті. Розслаблюємо по черзі: 1. Бокові частини тіла – бокові частини голови, шийні м’язи, плечові м’язи, м’язи лопаток, передпліччя, п’ясті рук, пальці рук. Закінчуємо зосередженням уваги на середніх пальцях рук (1 хв). 2. Передню частину тіла – обличчя, грудні м’язи, м’язи живота, стегна, коліна, м’язи литок, м’язи стопи, пальці ніг (1 хв) Наприкінці –зосередження на великих пальцях ніг (1 хв). 3. Задню частину тіла: потилиця, поверхня шиї, м’язи спини, п’яти. Закінчуємо зосередженням на області в середній частині підошви (2 хв). 4. Підсумкове розслаблення – голова, шия, плечі, спина, руки і п’ясті, груди, живіт, стегна, литки, стопи.

Комплекс № 9. Дуже добре знімає втому, відновлює працездатність. Лягти на спину, закрити очі, розслабитися. Подумки простежити рух повітря при вдиху і видиху – 2 хв. Після деякої практики на цій стадії відбувається занурення у стан глибокої релаксації, з якого організм виходить через 15–20 хв. Суб’єктивно відчуваючи свіжість, бадьорість, прилив сил. Повільно потягнутися і 2-3 рази глибоко вдихнути та різко видихнути.

Комплекс № 10. Сприяє підвищенню загального тонусу організму. Потерти долоні одну об другу до відчуття тепла. Інтенсивно розтерти пальці лівої руки, по черзі затискаючи їх між вказівними і середнім пальцем правої. Повторити для іншої руки. Обхопивши правою рукою зап’ястя лівої, енергійно розтерти його. Повторити для іншої руки.

Комплекс № 11. Швидко й ефективно відновлює емоційну рівновагу. Стоячи, із закритими очами. Уявимо на відстані 1 м над головою джерело зцілющого золотого світла, маленьке сонечко. Відчуваємо приємне тепло шкірою голови. На вдиху подумки опускаємо потік світла вниз. Постаратися –на це буде потрібно декілька вдихів – довести потік до стоп. Почуваємо в них легке тепло. Безупинно відслідковуємо потік, послідовно наповнюємо золотою енергією п’ята, стегна, таз, живіт і груди. Почуваємо, як тепло струменіє по руках. Якщо потік “не піднімається”, спробуйте уявити контури свого тіла і повільно, знизу догори, “зафарбувати” його золотавим кольором. Уявимо себе в конусі світла, що іскриться, відчуємо його ніжний очищаючий дотик до шкіри. Вправу можна підсилити, уявляючи, що границі тіла поступово зникають, і воно розчиняється у світлі. Але цей варіант краще виконувати сидячи (щоб уникнути втрати рівноваги).

Комплекс № 12. Виконується при відчутті важкості в голові, розумовому стомленні. Натискаючи пальцями на шкіру в районі верхівки черепа, обробити тім’яну область. По черзі натискаючи, обробити точки над бровами. Натиснути трьома пальцями на скроні, чотирма пальцями – на задню поверхню шиї та на потилицю – великим або вказівним пальцем.

Самомассаж для зняття бойового стресу

1. Швидко потерти одну долоню об іншу, поки не відчуєш сильне тепло. Потім прикласти долоні до обличчя і потримати хвилину – дві. Дихати глибоко і повільно.

2. Поставити вказівні пальці між бровами і протягом хвилини повільно масажувати точки в цьому місці. Згідно з китайською медициною, напруження накопичується саме в цій зоні.

3. Потім повільно розвести вказівні пальці, рухаючись по бровах до скронь. Протягом 15 – 20 секунд злегка натискати на скроні. Повернути пальці на перенісся і повторити ще 3 – 4 рази.

4. Злегка нахилити голову, поставити великі пальці в основу шиї (спереду), а вказівні − під мочки вух. Круговими рухами повільно масажувати щелепу, рухаючись до підборіддя. Повторити 2 – 3 рази. Тут проходить шлунковий меридіан, який також регулює почуття тривоги.

5. Покласти одну долоню на лоб, а іншу на підборіддя. Злегка натискати обома долонями протягом 10 секунд. Потім різким рухом прибрати їх з обличчя. Повторити 3 – 4 рази.

6. Знову потерти одну долоню об іншу і прикласти до обличчя. Потім, якщо є можливість, повільно протерти обличчя рушником, змоченим у гарячій воді, або вмитися теплою водою

Методика роботи з біологічно активними точками

Порядок дії на БАТ

1.Активація діяльності головного мозку та розвинення сили волі. По черзі масажувати великим пальцем протилежної руки вказану точку біля розгалуження пальців протягом 1 – 2 хвилин кожну, починаючи з лівої руки.

2. Укріплення бойового духу та емоційного тонусу. 30 круговими рухами масажувати точку біля великого пальця лівої руки. Далі масажувати 30 круговими рухами точку біля внутрішнього згибу ліктьового суглоба, зі сторони великого пальця. Процедуру повторити на правій руці.

3. Позбавлення від безсоння і втомлення. Робити у ліжку перед сном. Не менше 5 – 10 разів попрацювати стопою вверх-вниз, до максимуму, працювати по черзі.

4. Усунення головокружіння з різних причин. З середнім нажимом, обхопити запястя лівої руки та робити нею кругові рухи, по 15 рухів у кожний бік. Повторити на правій руці. У разі повторення стану – знову зробити процедуру, при неодноразовому відновленні цього синдрому впродовж доби – звернутися до медиків

5.Зниження загального потовиділення. Масажувати вказані точки, на кожній руці, протягом 2 – 3 хвилин. Такий стан буває від нервової перенапруги та не залежить від повноти людини.

6. Спокійний сон. Масажувати 4 пальцями лівої руки зазначену зону до 30 секунд, потім масажувати праву зону.

7. Припинення гикавки. Великим пальцем руки, з середнім нажимом надавити точку, що знаходиться на центральній лінії живота та грудей. Натиснути 7 разів по 3 секунди, гикавка швидко зникне.

8. Сильна спрага, обезводнення. Розмістити язик між передніми зубами та дрібними покусуваннями стимулювати вказану точку до 1хвилини, зусилля натиску на язик – середнє. Вказана точка добре вгамовує почуття спраги та регулює водний обмін людини.

9. Астматичний приступ. Великим пальцем правої руки на протязі 10 хвилин масажувати зазначені точки на лівій руці, далі перейти до правої руки. Ноги в тепло, по можливості у гарячу воду.

10. Втрата свідомості, шокові стани, поранення, черепно-мозкові травми, отруєння ядовитими речовинами та газами, психози, епілепсія, тепловий удар. Впливати на точку впливу через точку проекції будь-яким округленим предметом –палець, кулькова ручка, патрон, шомпол від зброї, монета, дно запальнички, сірник, ключі тощо. Схема: 7 кругових рухів за годинниковою стрілкою, 7 натисків, 7 кругових рухів в іншу сторону. Сила натиску – середня, інтенсивність – 2 схеми в хвилину, час впливу – до повернення свідомості у постраждалого, (з практики: цей період складає до 1-3 хвилин)

11. Гострі психічні та емоційні стани ─ різноманітні стреси, неврози, психози. Великим і вказівним пальцями лівої руки, з великим зусиллям, на 30 секунд затиснути суглоб мізинця правої руки. Чим більше перенесене нервове напруження, тим сильнішим має бути натиск по силі і тривалості, але не більше ніж 30 секунд.

12. Гострі серцеві розлади та болі, аритмія, брадикардія. Великим та вказівними пальцями правої руки, з двох сторін, впливати на вказані точки мізинця лівої руки, починаючи від нігтя: 3 (три) середні нажими по 3 секунди на 10 парних точках. На 11 точку впливати попередньо розвівши мізинець та безіменний пальці у сторони.

13. Нормалізація серцевої активності, збереження спокою душі. По черзі масажувати кінчики мізинців протягом 1-2 хвилин кожний, починаючи з лівої руки.

14. Зняття загальної втоми, покращення функцій серця. Коловими рухами масажувати по черзі вказану точку – 2 рази по 1 хвилині на кожній руці.

15. Збереження спокою, вгамування дихання, нормалізація серцевої активності, попередження та звільнення від стану перенапруження 5 разів натиснути великим пальцем на розташовану по середині долоні точку, при натиску робити видох, при ослабленні тиску – вдих. Виконувати процедуру спокійно і неквапливо по черзі на руках. Інтенсивність та кількість нажимів на точку регулювати виходячи із стану самопочуття

16. Зняття стомлення, стимуляція головного мозку, покращення психічного стану 1-2 пальцями руки, масажними круговими рухами за годинниковою стрілкою, впливати на виступаючий шийний хребець 30 разів. Повторити масажування в інший бік 30 разів, далі провести 30 середніх натисків на зазначену точку.

Регулювання психоемоційного стану за допомогою дихання

Заспокійливе дихання. Прийом дозволяє знизити психофізіологічне навантаження, подавити стан паніки, страху. Зробити максимально різкий вдих через ніс, затримати дихання на 3-5 сек. з наступним повільним видихом та затримкою дихання на 1-2 сек. Прийом повторюється 5-6 раз до проявів ознаки стабілізації стану. Місце проведення: різне. Матеріальне забезпечення: не потребує.

Мобілізуюче дихання. Прийом дозволяє збільшити психоемоціональну готовність до виконання різних завдань. В вихідному положенні (стоячи чи сидячи, руки не напружені, зігнуті в ліктях або знаходяться на колінах) зробити повний повільний вдих через ніс, затримка дихання на 3-5 сек. з послідуючим енергійним видихом та затримкою дихання на 1-2 сек. Прийом повторяється 5-6 раз до виникнення ознаки стабілізації стану. Для підсилення ефективності прийому, при його виконанні в положенні стоячи, на останній фазі видиху руки різко опускаються до низу і в сторони. Місце проведення: розташування, клас, ділянка місцевості на полігоні. Матеріальне забезпечення: не потребує.

Міофасциальний масаж

Міофасціальний масаж - це серйозна процедура, яка проводиться за показаннями. Масаж спинних м'язів буває профілактичним і лікувальним. Спочатку потрібно визначити проблемні точки і зони на спині, а потім приступати до їх разминання і розгладженню. Натискання на тригерні точки проводиться строго за методикою точкового масажу Шиацу. Тут не можна перестаратися, щоб не було ускладнень.

Міофасціальний масаж спини призведе до швидкого результату, якщо відразу прибрати основну причину спастичних болів. Потрібно відмовитися від сидячого положення, змінити навантаження на групи м'язів, зайнятися своєю фігурою. Масажну процедуру довіряють професійним масажистам, а також користуються масажерами. Вплив на больові (тригерні) точки виконується за певною технологією, з рівномірним натисканням і паузами. Якщо процедуру проводити з порушеннями, біль тільки посилиться, а м'язи запаляться.

Розслабити м'язи спини при перенапруженні можна спеціальними масажними м'ячиками, валиками, килимками. Такі прості масажери допомагають прибрати першопричину спастичних болів з самого початку при певному дискомфорті в області спини.



Рис.2.4 Міофасціальний масаж спини

2.2.6 Статистична обробка результатів

Статистично оброблявся матеріал по формулам математичної статистики.

Середнє значення:

=∑,

де – вибіркове середнє значення,

хі – значення варіант,

n – об’єм вибірки.

Середнє квадратичне відхилення – найважливіший показник варіювання ознак:

σ= ±,

Також було розраховано похибку середнього арифметичного. Вона є важливішим показником точності вибіркових даних та розраховується за формулою:

mx=,

де mх – стандартна похибка,

σ – середнє квадратичне відхилення,

n – об’єм вибірки.

Вирахування нормованого відхилення – показник різноманітності ознаки, що представляє собою виражене в долях сигми звішене відхилення відповідної варіанти від середньої арифметичної:

де t – нормоване відхилення,

*х* – значення варіант,

– вибіркове середнє значення,

σ - середнє квадратичне відхилення.

Достовірність різниці:

td=,

Показник достовірності (р) знаходимо за таблицею Ст’юдента на підставі данних td та (n1+n2-2).

Всі статистичні розрахунки проводились на комп’ютері за допомогою програми Microsoft Excel.

2.3 Організація дослідження

У відповідності з метою та завданнями експерименту дослідження було організовано на базі одного з навчальних центрів (військової частини) ЗС України та проводилося в три етапи з вересня 2022 року по листопад 2023 року.

На першому етапі роботи було проаналізовано літературу з обраної теми. Були визначені: тема, її актуальність, мета і завдання дослідження.

Для проведення другого етапу роботи було проведено анкетування військовослужбовців за Міссісіпською шкалою (військовий варіант) для виявлення комбатантів з ПТСР. За ПТСР вважали наявність хоча б 1 з маркерів - загальна оцінка понад 87 балів; гіперактивність понад 18 балів; почуття провини та відповідальність понад 9 балів; симптоми вторгнення понад 18 балів та запобігання понад 35 балів.

Випадковим чином було відібрано 20 військовослужбовців з проявами ПТСР, віком 42±4,6 років (від 30 до 50 років). При зборі анамнезу було встановлено наявність у них больового синдрому у м’язах спини, який посилювався на протязі 3±1 років після фізичного, емоційного навантаження. Пальпаторне обстеження виявило наявність міофасціальних тригерних точок поперекової локалізації, свідчило про наявність міофасціального синдрому, обумовленого характером психічних, фізичних навантажень, переохолодженням, неправильним підйом важких предметів, тощо.

Відібрані для реабілітації військовослужбовці випадковим чином були поділені на 2 групи – основну та контрольну у рівній кількості по 10 осіб в кожній. В обох групах, перед проведенням програми, було визначено рівень стресу за Міссісіпською шкалою (військовий варіант), інтенсивність болю в ГОП за шкалою БАШ, рухову активність ГОП та ПОП; проведено оцінку самопочуття, активності, настрою за шкалою САН. Основна та контрольна групи були співставні за віковими та психологічними характеристиками, інтенсивністю болю у м’язах спини та обмеження рухливості у поперековому відділі хребта. Після проведення програми реабілітації всі показники було виміряно повторно. Експериментальна частина роботи тривала з лютого по квітень 2023 року.

На третьому етапі отримані в ході дослідження дані було опрацьовано за допомогою статистичного пакету Microsoft Excel та сформульовано висновки.

Мета комплексної програми реабілітації: максимально можливе відновлення фізичної та психічної активності військовослужбовців шляхом нормалізації психоемоційного стану, усунення хронічного міофасціального больового синдрому у м’язах спини, нормалізації фізіологічної амплітуди рухів поперекового відділу хребта за допомогою методів та засобів фізичної терапії.

Комплексна програма фізичної терапії включала 3 періоди:

Адаптаційний період: щадний режим рухової активності тривав 3 дні. Завдання цього періоду: зменшення стану психоемоційної напруги, зменшення інтенсивності больового синдрому, інактивація тригерних точок. збільшення амплітуди рухів, покращення загального стану організму. Засоби фізичної терапії: терапевтичні вправи за розробленою методикою, мануальний масаж спини та шийно-комірцевої зони з прогріванням міалгічних зон зігріваючим гелем, ПІР.

Тренувальний період: щадно-тренуючий режим рухової активності тривалістю 4 дні. Завдання: зниження больового синдрому; розслаблення спазмованих м’язів спини; покращення трофіки тканей; підготовка до зростаючих навантажень. Засоби: терапевтичні вправи за розробленою методикою, мануальний масаж спини з прогріванням міалгічних зон зігріваючим гелем; міопресура (ішемічна компресія) тригерних точок; ПІР.

Стабілізаційний період: тренуючий режим рухової активності 2 тижні Завдання: ліквідація больового синдрому, інактивація тригерних точок; нормалізація амплітуди рухів, нормалізація психоемоційного стану. Засоби: терапевтичні вправи за розробленою методикою; мануальний масаж спини з прогріванням міалгічних зон зігріваючим гелем; міопресура (ішемічна компресія) тригерних точок; ПІР.

Контрольна група (n=10) займалася за традиційною комплексною програмою фізичної терапії, яка включала наступні компоненти: 1) терапевтичні вправи (класична методика) 2) масаж (за класичною методикою), 3) стандартні методики психорегуляції.

Основна група (n=10) займалася за розробленою нами комплексною програмою фізичної терапії, яка істотно відрізнялася від програми контрольної групи змістом компонентів, а саме: 1) до кінезотерапії, окрім класичної методики, включався ще один з її видів – постізометрична релаксація м’язів спини; 2) до терапевтичних вправ застосовувався спеціально розроблений комплекс вправ для м’язів спини; 3) до лікувального масажу було включено міопресурний масаж тригерних точок (ішемічна компресія тригерних точок), 4) до нормалізації психоемоційного стану було включено комплекси фізичних вправ для саморегуляції, самомасаж для зняття бойового стресу, робота з біологічно активними точками, регулювання психоемоційного стану за допомогою дихання з урахуванням стандартів НАТО (STANAG 2565, STANAG 7225, STANAG 7226, STANAG 7229) та набутого практичного досвіду у ході ведення російсько-української війни.

3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Основним напрямком нашого дослідження була апробація та визначення. ефективності комплексної програми реабілітації посттравматичних стресових розладів у учасників бойових дій. З урахуванням основної мети дослідження в якості методів було обрано обстеження за допомогою Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант), оцінка ступеню больового синдрому в м’язах спини за шкалою БАШ, дослідження функціонального стану хребта щодо обмежень рухів тулуба за допомогою тестів Шобера та Томайера, визначення рівня самопочуття, активності і настрою за опитувальником САН, а також методи математичної статистики.

Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (Mississippi Scale) – опитувальник-самозвіт, спочатку розроблений у 1987 р. T. M. Keane зі співавторами для діагностики ПТСР у військовослужбовців, які побували в зоні бойових дій. Міссісіпська шкала була створена на основі MMPI для діагностики ПТСР. 30 питань утворюють три основні шкали, які співвідносяться з трьома групами симптомів ПТСР згідно DSM-III: питань першої шкали описують симптоми групи вторгнення, 11 симптомів другої шкали – симптоми групи уникнення, 8 питань третьої шкали – симптоми збудливості. П'ять інших питань описують симптоми, пов'язані із почуттям провини і суїцидальних нахилів. Опитувальник складається з 35 питань, відповіді на які даються за 5-бальною шкалою Лайккерта (від 1 до 5). Незважаючи на групування питань у чотири субшкали, вираховується лише один підсумковий коефіцієнт, вираженість симптомів ПТСР коливається від 35 до 175 балів.

На початку дослідження показники прояву ПТСР за за Міссісіпською шкалою в ОГ і КГ були статистично одноріді.

Після проведення програми впливу показники було виміряно повторно. Динаміка показників представлена у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Порівняльна характеристика показників прояву ПТСР за Міссісіпською шкалою в ОГ і КГ, X ±m, бали

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показники прояву ПТСР за Міссісіпською шкалою | ОГ(n=10) | | | КГ (n=10) | | |
| До курсу ФТ | Після курсу ФТ | Приріст % | До  курсу ФТ | Після курсу ФТ | Приріст % |
| (у балах)  (Х ± m) | 105,32±16,52 | 73,76±19,64\* | 30 | 106,74±17,23 | 83,76±19,84\* | 21 |

Примітка \* р ≤ 0,05 при порівнянні результатів

Рис. 3.1 Динаміка показників прояву ПТСР за Міссісіпською шкалою в ОГ і КГ, X ±m, бали

При проведені оцінки показників прояву ПТСР за Міссісіпською шкалою було з’ясовано, що приріст показника в основній групі склав 30 %, а у контрольній лише 21 % з наявністю достовірних відмінностей (р < 0,05) (рис.3.1, 3.2).

Рис.3.2 Різниця приросту показників прояву ПТСР за Міссісіпською шкалою в ОГ і КГ в пацієнтів ОГ і КГ, %

В основній та групі порівняння було визначено постравматичні реакції за методикою «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій» (Т.М. Кеапе)), що була використана для уточнення специфіки прояву ПТСР (таб.3.2). Було встановлено: найбільш вираженим критерієм прояву ознак ПТСР є фізіологічна збудливість. Цей показник виражений у 11 осіб (53%). Основними проявами фізіологічної збудливості стали: порушення сну, що проявляється в нічних кошмарах, спалахи неконтрольованого гніву, агресії; вони можуть проявляти її у відкритій формі навіть до своїх рідних та близьких.

Таблиця 3.2

Критерії прояву ПТСР за методикою «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій», кількість осіб

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Критерії | Кількість військовослужбовців | % |
| Уникнення | 5 | 24 |
| Вторгнення | 4 | 19 |
| Збудливість | 11 | 53 |
| Провина | 1 | 4 |
| Загальна кількість | 20 | 100 |

Інтенсивність больового синдрому у м’язах визначалась за допомогою шкали болю (ВАШ). При дослідженні контингенту осіб визначився середньостатистичний прояв больового синдрому, який дорівнював 6,2±0,82 бали в основній групі, в групі контролю - 6,0±0,71 при максимально можливому – 10 балів, що відповідає середньому рівню інтенсивності больових відчуттів. Порівняння показників основної та контрольної груп за коефіцієнтом Стьюдента свідчить про однорідність обох груп (таб.3.3).

таблиця 3.3

Визначення інтенсивності болю в основній та контрольній групі до проведення фізичної терапії , X ±m, бали

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показники | Максимальний бал | ОГ(n=10) | КГ (n=10) |
| Біль, бали | 10 | 6,2±0,82 | 6,0±0,71 |

Після проходження курсу фізичної терапії відповідно до програм відбулися наступні зміни. Показники середнього рівня болю (рис. 1), яка зафіксована у осіб основної групи знизились з 6,2±0,82 балів до 2,1±0,11\*балів з наявністю достовірних відмінностей (р < 0,05)., що складає різницю 66 %, в контрольній групі було зниження показників з 6,0±0,71балів до 3,3±0,12 балів, що менше ніж в контрольній групі досліджуваних осіб.

таблиця 3.4

Порівняльна характеристика результатів оцінки больового синдрому в пацієнтів ОГ і КГ, X ±m, бали

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показники | ОГ(n=12) | | | КГ (n=12) | | |
| До курсу ФТ | Після курсу ФТ | Приріст % | До  курсу ФТ | Після курсу ФТ | Приріст % |
| Інтенсивність болю, бали | 6,2±0,82 | 2,1±0,11\* | 67% | 6,0±0,71 | 3,3±0,12\* | 50 % |

Примітка \* р ≤ 0,05 при порівнянні результатів

Приріст показників больового синдрому в м’язах спини в основній групі показав приріст на 67 % з наявністю достовірних відмінностей (р < 0,05), в той час, як у контрольній групі сягав 50 % (рис. 3.3,3.4)

Рис. 3.3 Динаміка показників больового синдрому в пацієнтів ОГ і КГ в ОГ і КГ, X ±m, бали

Рис.3.4 Різниця приросту показників больового синдрому в пацієнтів ОГ і КГ, %

Дослідження функціонального стану хребта з визначенням обмежень рухів тулуба проводилась за допомогою тестів Шобера та Томайера. При первинному огляді досліджуваних тест Шобера, при максимальному згинанні тулуба і заміру відстані між двома мітками на хребті (перша на остистому відростку S1 хребця і друга – на 10 см вище неї), показав середнє значення в обох групах 12,6±0,95 см (при нормі 15 см). Відповідно до тесту Томайера (відстань від кінчиків пальців рук до підлоги при максимальному нахилі тулуба вперед; нормальний показник – 0–10 см) середній для обох груп результат склав 17,75±4,1 см. Наведені показники свідчать про значне обмеження рухливості тулуба, обумовленого функціональним станом м’язового апарату на тлі загострення больового синдрому.

Аналіз динаміки показників функціонального стану хребта за допомогою тестів Шобера та Томайера у таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Порівняльна характеристика показників функціонального стану хребта за допомогою тестів Шобера та Томайера у осіб основної і контрольної груп, X ±m, см

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Досліджувані показники | ОГ | | | КГ | | |
| До курсу ФТ | Після курсу ФТ | % | До курсу ФТ | Після курсу ФТ | % |
| Шобера, см | 11,7±1,2 | 14,5±1,5\* | 25 | 11,8±0,7 | 14,3±1,3\* | 7 |
| Томайера, см | 18,3±3,5 | 8,5±2,5\* | 50 | 17,2±4,7 | 12,4±3,5\* | 29 |

Примітка \* р ≤ 0,05 при порівнянні результатів

Виявлена статистично значуща різниця між показниками осіб основної та контрольної груп. Показник тесту Шобера на момент обстеження осіб основної групи збільшився з 11,7±1,2 см до 14,5±1,5 см, в контрольній групі показник збільшився з 11,8±0,7 см до 14,3±1,3 см.

Відповідно до тесту Томайера у досліджуваних осіб основної групи показники знизилися від 18,3±3,5 см до 8,5±2,5 см, що є фізіологічною нормою гнучкості поперекового відділу хребта. В контрольній групі показники тесту Томайера знизились з 17,2±4,7 см до 12,4±3,5 см.

Рис. 3.5 Динаміка показників больового синдрому функціонального стану хребта за допомогою тестів Шобера та Томайера у осіб основної і контрольної груп, X ±m, см

Дослідження функціонального стану хребта за допомогою тестів Шобера та Томайера показало статистично значущу різницю між показниками осіб основної та контрольної груп (p<0,05) (табл. 3.6).

Рис.3.6 Різниця приросту показників функціонального стану хребта за допомогою тестів Шобера та Томайера у осіб основної і контрольної груп, %

При проведені оцінки функціонального стану хребта з визначенням обмежень рухів тулуба за допомогою тестів Шобера показав приріст в основній групі на 25 % з наявністю достовірних відмінностей (р < 0,05), а у контрольній групі - 17 %. При проведені оцінки функціонального стану хребта з визначенням обмежень рухів тулуба за допомогою тестів Томайера показав приріст в основній групі на 50 % з наявністю достовірних відмінностей (р < 0,05), а у контрольній групі 29 %.

Оперативне обстеження психоемоційного стану при первинному обстеженні хворих обох груп (n=20) проводилось за допомогою тесту «САН», відповідно до якого була дана суб'єктивна оцінка емоційних станів, таких як самопочуття, активність, настрій. Результати дослідження шкали «Самопочуття» склали 35±5 балів, шкала «Активність» – 26±6 балів, шкала «Настрій» – 42±4 балів. Середній арифметичний показник всіх трьох шкал склав 34,33±5 балів, що відповідає середньому показнику психоемоційного стану.

Таблиця 3.6

Результати дослідження шкали «Самопочуття» при первинному обстеженні хворих обох груп (n=20) проводилось за допомогою тесту «САН», бали, %

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Психо-емоційний стан | Бали | % |
| Самопочуття | 35±5 | 35 |
| Активність | 26±6 | 25 |
| Настрій | 42±4 | 40 |

При оцінці функціонального стану важливі значення окремих показників та їхнє співвідношення. Наприклад, у відпочилої людини оцінки активності, настрою і самопочуття приблизно однакові. У міру наростання втоми співвідношення між ними змінюється за рахунок відносного зниження самопочуття й активності в порівнянні з настроєм.

Таблиця 3.7

Порівняльна характеристика показників психо-емоційного стану у осіб основної та контрольної груп за шкалою САН (самопочуття, активність, настрій), X ±m, бали

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Психо-емоційний стан | Основна група | | | Контрольна група | | |
| до курсу ФТ | після курсу ФТ | % | до курсу  ФТ | після курсу ФТ | % |
| Загальний показник, бали | 34,3 ±2,7 | 58,3±3,6\* | 71 | 34,1±2,4 | 42,6±4,7\* | 26 |

Примітка \* р ≤ 0,05 при порівнянні результатів

При проведені оцінки показників психо-емоційного стану у осіб основної груп за шкалою САН (самопочуття, активність, настрій) показав приріст 71%, а у контрольній групі лише 26 % (рис. 3.7, 3.8).

Рис. 3.7 Динаміка показників психо-емоційного стану у осіб основної та контрольної груп за шкалою САН, бали

Рис.3.8 Різниця приросту показників психо-емоційного стану у осіб основної та контрольної груп за шкалою САН, %

За результатами суб’єктивної оцінки психоемоційного стану за допомогою тесту «САН» у досліджуваних осіб основної групи виявили більш суттєву позитивну динаміку порівняно з контрольною групою. Середній арифметичний показник всіх трьох шкал у основної групи після фізичної терапії склав 58,3±3,6 бали, що відповідає високому показнику психоемоційного стану, в контрольній групі такий показник склав 42,6±4,7 бали (рис.3.8).

ВИСНОВКИ

1. Аналіз наукової літератури показав, що сьогодення наших військовослужбовців – це постійна небезпека, загибель побратимів, значні фізичні та психологічні навантаження, шквал авіаційних ударів та ракетно-артилерійських обстрілів, висока і довготривала інтенсивність бою та низка інших бойових стрес-чинників зумовлює виникнення психологічних розладів. Посттравматичний стресовий розлад є найбільш пролонгованою формою бойової психогенної патології і потребує комплексного підходу до реабілітації.

2. При проведені оцінки показників прояву ПТСР за Міссісіпською шкалою було з’ясовано, що приріст показника в основній групі склав 30 %, а у контрольній лише 21 % з наявністю достовірних відмінностей (р < 0,05).

Приріст показників больового синдрому в м’язах спини в основній групі показав приріст на 67 % з наявністю достовірних відмінностей (р < 0,05), в той час, як у контрольній групі сягав 50 %.

При проведені оцінки функціонального стану хребта з визначенням обмежень рухів тулуба за допомогою тестів Шобера показав приріст в основній групі на25 % з наявністю достовірних відмінностей (р < 0,05), а у контрольній групі - 17 %.При проведені оцінки функціонального стану хребта з визначенням обмежень рухів тулуба за допомогою тестів Томайера показав приріст в основній групі на 50 % з наявністю достовірних відмінностей (р < 0,05), а у контрольній групі 29 %.

При проведені оцінки показників психо-емоційного стану у осіб основної груп за шкалою САН (самопочуття, активність, настрій) показав приріст 71%, а у контрольній групі лише 26 %.

3.Результати комплексної програми реабілітації посттравматичних стресових розладів у військових-учасників бойових дій дозволили досягти в основній групі кращих результатів, ніж у контингенту осіб контрольної групи. Запропонована програма є ефективнішою за стандартну і відповідає встановленим критеріям ефективності: позитивна динаміка клінічних проявів захворювання; максимально можливе відновлення фізичної активності хворих шляхом усунення хронічного больового синдрому; нормалізація фізіологічної амплітуди рухів та нормалізація психоемоційного стану.

ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Збірник стандартів психологічної підготовки у Збройних Силах України: метод. посіб. / За редакцією генерал-майора В. Клочкова К.: НДЦ ГП ЗС України, 2023. 337 с.
2. Овчаренко О. Ю. Психологія стресу та стресових розладів: навчальний посібник, Київ. університет, Україна 2003. 268 с.
3. Михайлов Б.В., Чугунов В.В., Курило В.О., Саржевський С.Н. Посттравматичні стресові розлади: навчальний посібник. / під заг.ред.проф.Б.В. Михайлова. Вид. 2-е, перероблене та доповнене. Х.: ХМАПО, 2014. 285 с.
4. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах. П.В.Волошин, Н.О. Марута, Л.Ф. Шестопалова та ін. Методичні рекомендації: Харків. 2014, МОЗ України, 79 с.
5. Лесюк О.М., Мась Н.М., Степук Н.Г., Сторожук Н.А. Психолого-педагогічний практикум з психологічного забезпечення професійної діяльності підрозділу : Навчально-методичний посібник. Київ: ВІКНУ, 2018. 92 с.
6. Михайлов Б. В., Зінченко О. М., Федак Б. С., Сарвір І. М. Екстрена медико-психологічна допомога особам з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження: методичні рекомендації, Харків, 2014. 16 с.
7. Михайлов. Б.В. Розлади психіки і поведінки екстремально-психологічного походження *Психічне здоров’я* №2/ 47, 2015. С. 9-18.
8. Назарець Л.М. Особливості взаємодії у конфліктах та конст- руктивні прийоми їх подолання. *Психологія: реальність і перспективи*. Вип. 8. URL: <http://nbuv.gov.ua/UJRN/prp_2017_->197–202 c 8-46.
9. Матяш М.М. Інтерв’ю з експертом. Медико-психологічна реабілітація військовослужбовців в умовах російсько-української війни: етнопсихологічний дискурс, національні перспективи громадського здоров’я | *Укр. Мед. часопис*, 1 (153) Т. I/II 2023
10. Горбунова В. В. Етичні та правові аспекти психологічних досліджень *Практична психологія соціальна робота*. № 3. 2005. С. 18-23.
11. Мусій О.С, Пінчук І.Я., Хаустова О.О. Інноваційні підходи до організації медико-психологічної допомоги післятравматичного стресового розладу: методичні рекомендації.К.: МОЗ України, 2014. 32 с.
12. Кокун О.М., Клочков В.В., Мороз В.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій, метод. посіб. Київ-Одеса : Фенікс, 2022. 128 с
13. ВООЗ, Фундація травми війни, World Vision International. Психологічна перша допомога: посібник для методиста для навчання польових працівників. ВООЗ: Женева, 2013. с.153
14. Наказ Міністерства охорони здоров’я Украйни 23.02.2016 № 121 Уніфікований клінічний протокол первинної вторинної (спеціалізованної) та третинної (високоспеціалізованної) медичної допомоги. Ракція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад 57 с.
15. Kurt Lewin Cassirers Phileonhy of Science and the Social Sciences in Paul. Arthur Schilpp (Ed) The. Library of Living Philosop hy of Ernst Cassirer p 275
16. Волошин П.В., Марута Н.О., Шестопалова Л.Ф. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах. та ін. Методичні рекомендації: Харків. 2014, МОЗ України, 79 с.

18. Кісарчук З.Г., Омельченко Я.М., Лазос Г.П., Литвиненко Л.І. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник. К.: ТОВ “Видавництво «Логос» 2014. 207 с

19. Клинічна психіатрія: В 2 Т. [Текст] переклад/ Г. И. Каплан, Б.Дж. Седок;

20. Магльований С., Кулаков О., Скоропад Н., Paul Kingswood, Бережний І., Скоряк М., Сидорчук Д. Базова загальновійськова підготовка на території Великої Британії: посібник. Видання 02-22: Алдершот: Interflex, 2022. 190 с.

21. Олександровьский Ю.О. Пограничні психічні розлади: посібник для лікарів. М., 2000. 496 с.

22. Oderov A., Matveiko O., Romanchuk S. et al. (2022) Lifestyle Peculiarities of Service- men Suffered a Contusion as a Factor Influencing a Combat Preparedness. Physical Education, Sport and Health Culture in Modern Society, 2(58): 67–78. doi. org/10.29038/2220-7481-2022-02-67-78.

23. Шестопалова Л. Ф. Профілактика посттравматичних стресових розладів у жертв надзвичайних подій: медико-психологічні аспекти. *Гуманітарний часопис*. 2005. № 1. С. 103–108.

24.Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій. Методичний посібник. Київ 2015, 170 с.

25. Котик М.О. Психологія та безпека. Таллін: Валгус,1989. 448 с.

26. Сельє Г. Коли стресс не завдає горя // Невідомі сили в нас. https://pedagogy.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2016/10/%D0%9D%D0%B0%D1%83%D0%B3%D0%BE%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B8%D0%BA\_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F\_%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%83.pdf (дата звернення 10.03.2024)

27. 6. Баженов О.С. Медико-психологічна характеристика різних форм соматоформних розладів (психодіагностичні особливості, пато- психологічні механізми формування, принципи психотерапевтичної корекції): [дис. канд. мед. наук: 19.00.04]. Харків, 2006. 172 с.

28. Пилипака Ю. І., Романюк В. Л. Стрес як загальний адаптаційний синдром та психічне здоров'я особистості // *Психологія: реальність і перспективи*. 2016. Вип. 6. С. 177-182.

29. Нариси про адаптаційний синдром Г. Сел’є <https://www.slideshare.net/vin_library/ss-251052221> (дата звернення 10.03.2024)

30. Семигіна Т., Павленко І., Овсяннікова Є. Охорона психічного здоров’я в умовах війни, пер. з англ..К.: Наш формат, 2017. 1068с. <https://www.academia.edu/38226841/Охорона_психічного_здоров_я_в_умовах_війни_пер._з_англ>. (дата звернення 10.03.2024)

31. Мірошниченко О. А. Діагностика особистості майбутнього психолога / О. А. Мірошниченко // Видавництво Житомирського державного університету. 2011. 178 с

32. Психологічна робота з військово-службовцями-учасниками АТО на етапі відновлення: методичний посібник, Київ, 2017. 284 с.

33. Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками АТО на етапі відновлення: методичний посібник. Київ. 2017, 284 с.

34. Cannon W.B. The Wisdom of the Body. *New York: WW Norton and Company*, 1939. Hans Selye. Stress Without Distress. Philadelphia. URL: <https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4684-2238-2_9> (дата звернення 10.03.2024)

35. Hans Selye. Stress Without Distress. Philadelphia. URL: <https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4684-2238-2_9>

36. Selye H. The stress of life. New York: McGrow-Hill, 1956. 81–94 р.

37. R.S. Lazarus, S. Folkman. Stress, Appraisal and Coping. *New York: Springer*. 1984

38. La Greca Anthony J. The Psycho-social Factors in Surviving Stress. *Death studies.* 1985. Т. 9. No. 1. 23–36 р. URL: https://www.tand- fonline.com/doi/abs/10.1080/07481188508252497

39. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога: методичний посібник. Міністерство оборони України, 2003, с 254

40. Б.В. Михайлов. Розлади психіки і поведінки екстремально-психологічного походження*. Психічне здоров’я* №2/ 47, 2015. С.9-18.

41. Михайлов Б.В., Зінченко О.М., Федак Б.С., Сарвір І.М. Екстрена медико-психологічна допомога особам з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження: методичні рекомендації. Харків, 2014. 16 с.

42. Корольчук М. С., Крайнюк В. М. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах. К.: Ніка-Центр, 2006. 578с.

43. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від від 23.02.2016р. № 121 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ПТСР».

44. Tkach B., Lunov V. (2022) The Brigade Model of Providing Comprehensive Psycho- logical Assistance to Affected Ukrainians in the Conditions of a Full-Scale Russian Invasion. ssrn.com/abstract=4266123.

45. Кондрюкова В.В. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців силових структур, звільнених у запас: навчально-методичний посібник К. : Гнозіс, 2013. 116 с.

46. Silvio J. George Bernard Show’s Pygmalion : A creative response to loss after early childhood trauma // Journal of the American Academy of Psychoanalysis, Sum., v. 23 (2), 1995, Р. 323–334.

47. Lunov V., Maksymenko S., Matiash M. et al. (2023) Ukrainian Syndrome: How Ukrainian Youth Understands the New Norm of Life and Relates to Learning in Face to 2022-Full-Scale Russian Invasion. dx.doi.org/10.2139/ssrn.4324782.

48. Ніколаєнко С.О. Особливості психологічної допомоги учасникам військових дій при посттравматичному стресовому розладі. *Світогляд- Філософія-Релігія* 7, 2014. С. 51–61.

49. Matiash M., Subbota S., Lunov V. (2023) Ukrainian syndrome. Youth in Ukraine in the face of a 2022-Full-scale Russian invasion. dx.doi.org/10.2139/ssrn.4318792.

50. Кучин Ю.Л., Горошко В.Р. (2021) Больовий синдром у пацієнтів із вогнепальними пораненнями кінцівок та посттравматичними стресовими розладами. Медицина невідкладних станів, 17(7): 24–31. doi.org/10.22141/2224- 0586.17.7.2021.244591.

51. Tkach B., Lunov V. (2022) The Brigade Model of Providing Comprehensive Psychological Assistance to Affected Ukrainians in the Conditions of a Full-Scale Russian Invasion. ssrn.com/abstract=4266123.

52. Lunov V., Maksymenko S., Matiash M. et al. (2023) Ukrainian Syndrome: How Ukrainian Youth Understands the New Norm of Life and Relates to Learning in Face to 2022-Full-Scale Russian Invasion. dx.doi.org/10.2139/ssrn.4324782.

53. Кучин Ю.Л., Горошко В.Р. (2021) Больовий синдром у пацієнтів із вогнепальними пораненнями кінцівок та посттравматичними стресовими розладами. Медицина невідкладних станів, 17(7): 24–31. doi.org/10.22141/2224- 0586.17.7.2021.244591.

54. Михайлов Б.В., Богомолець О.В., Вінічук Н.О., Возніцина К.Б., Гайсак М.О., Зайцев Д.В., Жолобов В.М., Лемко І.С., Лупей-Ткач С.І., Мадяр С.А., Мірошниченко О.А., Моісеєнко Є.В., Семикопна Т.В., Сердюк О.І., Сичевський А.С. Інновації у медико-психологічній реабілітації учасників бойових дій та постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій (клінічна настанова) / Під заг. ред. проф. Б.В. Михайлова. Харків-Київ: «Укрпрофоздоровниця» 2019.152 с.

55. Бодров В.А. Психологія професійної придатності. Навчальний посібник для вузів. М.: ПЕР СЭ, 2001. 511 с.

56. Мірошниченко О. А. Діагностика особистості майбутнього психолога. Вид. *Житомирського державного університету*. 2011. 178 с.

57. Психологічний супровід військовослужбовців, які виконують службово-бойові завдання в екстремальних умовах.: методичні рекомендації / Я.В. Маенера, І.В. Воробйова, О.С. Колесніченко та ін. Х.: НАНГУ, 2015. 68с.

57. Albus C., Jordan J., Herrmann-Lingen C. Screening for psychosocial risk factors in patients with coronary heart diseaserecommendations for clinical practice. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2004; 11 (1): 75-9.

58. Медико-психологічна реабілітація учасників АТО в санаторно-курортній мережі (клінічна настанова). Михайлов Б. В. Київ-Харків, 2015. 72с

59. Інновації у медико-психологічній реабілітації учасників бойових дій та постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій (Клінічна настанова) / Під заг. ред. проф. Б.В. Михайлова. Харків Київ: «Укрпрофоздоровниця», 2019. 152 с.

60. Методика і техніка аутотренингу: Методичні вказівки / А.Г. Філатов, А.А. Мартиненко, Т.І. Ахмєтов та ін. Х.: ХМАПО, 2012. 19с.

61. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ, ЗДОРОВ’Я ТА ТУРИЗМУ

КАФЕДРА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ, ЕРГОТЕРАПІЇ

**Додатки**

**магістра**

на тему: «КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ВІЙСЬКОВИХ- УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ»

Виконав: студент ІІ курсу, групи 8.2272

спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»

спеціалізації 227.1 «Фізична терапія»

освітньо-професійної програми «Фізична терапія»

Номеровський Мирослав Леонідович

Керівник доцент, к.мед.н. Позмогова Н.В.

Рецензент доцент, к.б.н. Страколист Г.М.

Запоріжжя-2024

Додаток А

Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій

(військовий варіант)

Реєстраційний бланк

П.І.Б. *(повністю)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата обстеження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_\_\_ Стать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Посада *(підрозділ)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Спеціальність \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Військове звання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Інструкція:* «Нижче наводяться твердження, що узагальнюють різний досвід людей, які брали участь у бойових діях. У кожного твердження є шкала від «1» до «5». Користуючись даною шкалою, вкажіть, в якій мірі Ви згодні або не згодні з даним твердженням. Оберіть тільки один варіант відповіді на кожне твердження, взявши в кружечок цифру у відповідній клітинці»

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Твердження | Абсолютно невірно | Іноді невірно | У деякій мірі вірно | Вірно | Абсолютно вірно |
| 1. До служби в армії у мене було більше друзів ніж зараз | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. У мене немає почуття провини за те, що я робив під час служби в армії | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Якщо хтось виведе мене з терпіння, я швидше за все не стримаюся (застосую фізичну силу) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Якщо трапляється щось, що нагадує мені про минуле, це виводить мене з рівноваги і завдає мені болю | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Продовження додатка А | | | | | |
| 5. Люди, які дуже добре мене знають, мене бояться | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Я здатний вступати в емоційно близькі стосунки з іншими людьми | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Мені сняться ночами кошмари про те, що було насправді на війні | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Коли я думаю про деякі речі, які я робив в армії, мені просто не хочеться жити | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Зовні я виглядаю бездушним | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Останнім часом я відчуваю що хочу покінчити з собою | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся тільки тоді, коли треба вставати | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Я весь час задаю собі питання, чому я ще живий, в той час як інші загинули на війні | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. У певних ситуаціях я відчуваю себе так, ніби я знову в армії | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе більше не спати | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Я відчуваю, що більше не можу | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, мене не зачіпають | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Мене досі радують ті самі речі, що й раніше | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Мої фантазії реалістичні і викликають страх | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Я виявив, що мені працювати неважко після демобілізації | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Мені важко зосередитися | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Я без причини плачу | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Мені подобається бути в товаристві інших людей | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Мене лякають мої прагнення і бажання | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Я легко засинаю | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Від несподіваного шуму я легко здригаюся | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Ніхто, навіть члени моєї родини, не розуміють, що я відчуваю  . | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Я легка, спокійна, врівноважена людина | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Я відчуваю, що про якісь речі, які я робив в армії, я не зможу розповісти кому-небудь, тому що цього нікому не зрозуміти | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Часом я вживаю алкоголь або снодійне, щоб допомогти собі заснути або забути про ті речі, які трапилися зі мною, коли я служив в армії | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Я не відчуваю дискомфорту, коли перебуваю в натовпі | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Я втрачаю самовладання і вибухаю через дрібниці | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Я боюся засинати | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що трапилося зі мною в армії | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Моя пам’ять така ж хороша, як і раніше | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Я відчуваю труднощі в прояві своїх почуттів, навіть по відношенню до близьких людей | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Продовження додатка А

«Ключ»

|  |  |
| --- | --- |
| Відповідь | Номера трердженнь |
| Сума пунктів, які рахуються *в прямих значеннях* (Σ1): | 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35 |
| Сума пунктів, які рахуються *у зворотних значеннях* (Σ2): | 2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34 |

*Обробка результатів*

Загальний бал: Σ1+Σ2. Оцінка за кожним пунктом – від одного до п’яти балів. Підраховується сума відповідей на твердження (сумуються відповіді респондента на “прямі” твердження і відповіді за “зворотними” твердженнями, перекодовані наступним чином: відповіді респондента – 1, 2, 3, 4, 5; перекодовані відповіді – 5, 4, 3, 2, 1).

*Інтерпретація результатів* Отримана сума дозволяє поділити досліджуваних на тих, які мають ПТСР і тих, які не мають ПТСР. За даними В.Ю. Шаніна: - добре адаптовані – 76 ± 18; - психічні розлади – 86 ± 26; - ПТСР – 130 ± 18.

Додаток В

*Типова карта методики САН*

Прізвище, ім'я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Стать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Вік \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,Час \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Самопочуття добре | 3 2 1 0 1 2 3 | Самопочуття погане |
| Почуваюся сильним | 3 2 1 0 1 2 3 | Почуваюся слабким |
| Пасивний | 3 2 1 0 1 2 3 | Активний |
| Малорухливий | 3 2 1 0 1 2 3 | Рухливий |
| Веселий | 3 2 1 0 1 2 3 | Сумний |
| Добрий настрій | 3 2 1 0 1 2 3 | Поганий настрій |
| Працездатний | 3 2 1 0 1 2 3 | Розбитий |
| Сповнений сил | 3 2 1 0 1 2 3 | Знесилений |
| Повільний | 3 2 1 0 1 2 3 | Швидкий |
| Бездіяльний | 3 2 1 0 1 2 3 | Діяльний |
| Щасливий | 3 2 1 0 1 2 3 | Нещасливий |
| Життєрадісний | 3 2 1 0 1 2 3 | Похмурий |
| Напружений | 3 2 1 0 1 2 3 | Розслаблений |
| Здоровий | 3 2 1 0 1 2 3 | Хворий |
| Байдужий | 3 2 1 0 1 2 3 | Захоплений |
| Спокійний | 3 2 1 0 1 2 3 | Схвильований |
| Захоплений | 3 2 1 0 1 2 3 | Сумовитий |
| Радісний | 3 2 1 0 1 2 3 | Печальний |
| Відпочивший | 3 2 1 0 1 2 3 | Стомлений |
| Свіжий | 3 2 1 0 1 2 3 | Виснажений |
| Сонливий | 3 2 1 0 1 2 3 | Збуджений |
| Бажання відпочити | 3 2 1 0 1 2 3 | Бажання працювати |
| Спокійний | 3 2 1 0 1 2 3 | Стурбований |
| Оптимістичний | 3 2 1 0 1 2 3 | Песимістичний |
| Витривалий | 3 2 1 0 1 2 3 | Втомлений |
| Бадьорий | 3 2 1 0 1 2 3 | Млявий |
| Думати важко | 3 2 1 0 1 2 3 | Думати легко |
| Розсіяний | 3 2 1 0 1 2 3 | Уважний |
| Сповнений сподівань | 3 2 1 0 1 2 3 | Розчарований |
| Задоволений | 3 2 1 0 1 2 3 | Незадоволений |