**Спосіб комплексного лікування віддалених проявів посттравматичних стресових розладів у осіб, які пережили надзвичайні події**

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – найчастіша і найбільш несприятлива форма психічного розладу, який виникає як відстрочена та/або затяжна реакція на травматичну ситуацію загрозливого або катастрофічного характеру. Жителі Закарпатської області, особливо молодого віку, що в минулому пережили надзвичайні ситуації (дві катастрофічні повені 1998 та 2001 рр.), є групою ризику, в якій розвинулися різноманітні розлади психічної сфери, питому вагу яких складає симптоматика ПТСР. Було обстежено 161 людина, які в дитячому віці пережили катастрофічні повені на Закарпатті. Методи дослідження: клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, соціально-демографічний.

Результати отриманих клініко-психопатологічних даних дозволили розробити новий спосіб комплексного лікування віддалених проявів ПТСР. Пропонований спосіб лікування базується на необхідності інтегративного (комплексного) характеру впливів, тобто сполучати в собі як немедикаментозні (психотерапевтичні), так і медикаментозні терапевтичні засоби. Вибір фармакологічних препаратів для лікування постраждалих осіб, безперечно, повинен проводитись з урахуванням вікових обмежень, клінічного синдромологічного варіанту віддалених проявів ПТСР (афективно-сенситивного або експлозивно-поведінкового), особистісних і фізіологічних особливостей хворого.

Фармакотерапія хронічного ПТСР призначалась згідно затверджених МОЗ України стандартів лікування даної нозології та мала значну тривалість. У випадку доклінічних віддалених проявів ПТСР медикаментозне лікування мало нетривалий характер і полягало у корекції симптоматичних розладів сну, поведінки, фобій та емоційних розладів. В залежності від клінічних особливостей, наявності коморбідних розладів, базова терапія включала призначення транквілізаторів, снодійних препаратів, антидепресантів з селективною або подвійною дією, β-адреноблокаторів (вегетостабілізаторів), ноотропних і ГАМК-ергічних препаратів, стабілізаторів настрою, іноді – малих доз антипсихотичних препаратів. При цьому диференційований характер фармакотерапії враховував провідний клінічний синдромологічний варіант симптоматики віддалених проявів ПТСР:

- при афективно-сенситивному – базова терапія антидепресантами селективної або подвійної дії доповнювалася призначенням транквілізаторів, а також м’яких нейролептиків з седативною і протитривожною дією;

- при експлозивно-поведінковому – призначалися коректори поведінки, нормотиміки, м’які нейролептики.

За умови присутності вираженої астенічної симптоматики до базової терапії антидепресантами зі стимулюючою дією приєднувалися церебропротектори, при наявності порушень сну – снодійні препарати.

Протягом лікування у пацієнтів зменшувались афективні порушення, які проявлялись, насамперед, у вигляді зниженого настрою, тривожності, звуженні кола загальних інтересів, підвищеній стомлюваності і зниженій активності та ін. Критерієм результативності проведеного лікування стало зменшення виразності ідей провини та песимістичного бачення майбутнього. Вже на початку лікування зменшувались порушення сну в фазі засинання та емоційне забарвлення снів. Інколи недоліком застосування деяких препаратів був виражений седативний ефект в денний час.

Призначення фармакотерапії призвело до зменшення інтенсивності і частоти проявів афективної психопатологічної симптоматики: знизився рівень депресивності, редукувалися напади тривоги, стабілізувався настрій, апетит та нічний сон. Поступово сформувалася впевненість в собі, у своєму майбутньому, зникло почуття відчаю і безпорадності.

Психотерапевтична складова комплексного лікування передбачала врахування пріоритетних завдань та видів психотерапевтичного втручання, які здійснювалися на тлі постійної турботи про встановлення й підтримки достатнього рівню комплаєнсу, а саме:

1. для експлозивно-психопатичного синдромологічного варіанту віддалених проявів ПТСР:

- для виявлення «дефектів» соціальної адаптації, визнання и прийняття факту хвороби, корекції неадекватних реакцій на неї, формування мотивації до фармакотерапії і групової психотерапії, формування адекватних планів на майбутнє – пропонується використання проблемно-орієнтованої психотерапії;

- для ідентифікації проблем та усвідомлення неадекватних когніцій, дистанціювання від них та формування більш гнучких правил поведінки – пропонується використання когнітивно-біхевіоральної психотерапії;

2. для афективно-сенситивного синдромологічного варіанту віддалених проявів ПТСР:

- для оптимізації поведінки, подолання відчуття невпевненості у собі і страху спілкування – пропонується використання поведінкових тренінгів релаксації, самодопомоги, техніки десенсибілізації;

- для подолання страху перед виявленням своїх емоцій та фізичним контактом з оточуючими, підвищення комунікативних здібностей – пропонується застосування тілесно-орієнтованої психотерапії;

- для виявлення і корекції дезадаптивних особистісних установок, формування здібності самостійно визначати життєві пріоритети – пропонується використання когнітивно-біхевіоральної психотерапії;

- для покращення когнітивної диференційованості, соціальної перцепції, комунікативної проблемно-вирішальної поведінки – пропонується використання підтримуючої психотерапії;

- для нормалізації реакції родини на наявність у родича віддалених проявів ПТСР, посилення сімейного опору хворобі, зниження сімейного навантаження – пропонується використання сімейної психотерапії.

Таким чином, підходи до комплексного лікування осіб з віддаленими проявами ПТСР, які перенесли в дитинстві психотравмуючий вплив катастрофічної події, передбачають комплексний характер допомоги і інтеграцію медикаментозних і психотерапевтичних впливів, диференційованих в залежності від клінічного синдромологічного варіанту та механізму його формування.

В результаті впровадження запропонованих лікувальних підходів у пацієнтів встановлена редукція психопатологічної симптоматики (середнє значення загального індексу тяжкості симптоматики становило 0,35, при вихідному значенні 0,63).