



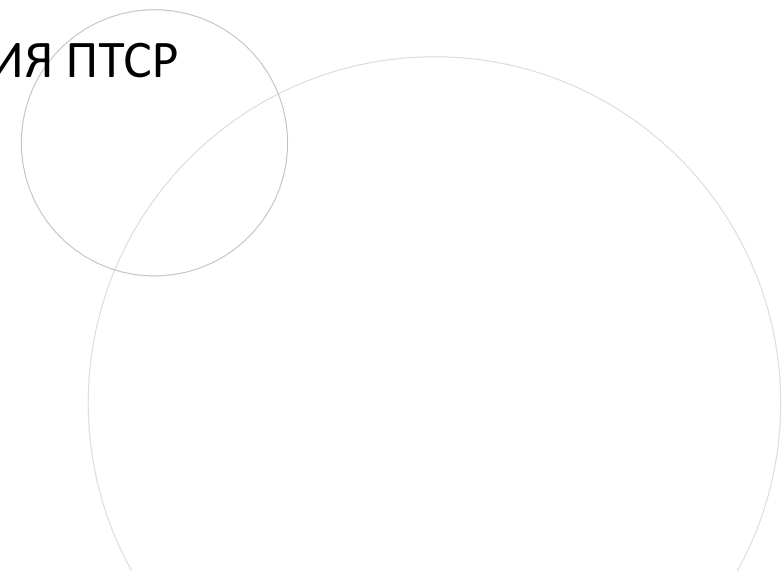
ГБПОУ МО «МОСКОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ №1»



## **УЧАСТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, ПЕРЕЖИВШИМ ТЯЖЕЛЫЙ СТРЕСС И ЧЛЕНАМ ИХ СЕМЕЙ**

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПТСР

ПРЕПОДАВАТЕЛЬ: ЖУКОВА Л.В.





# План

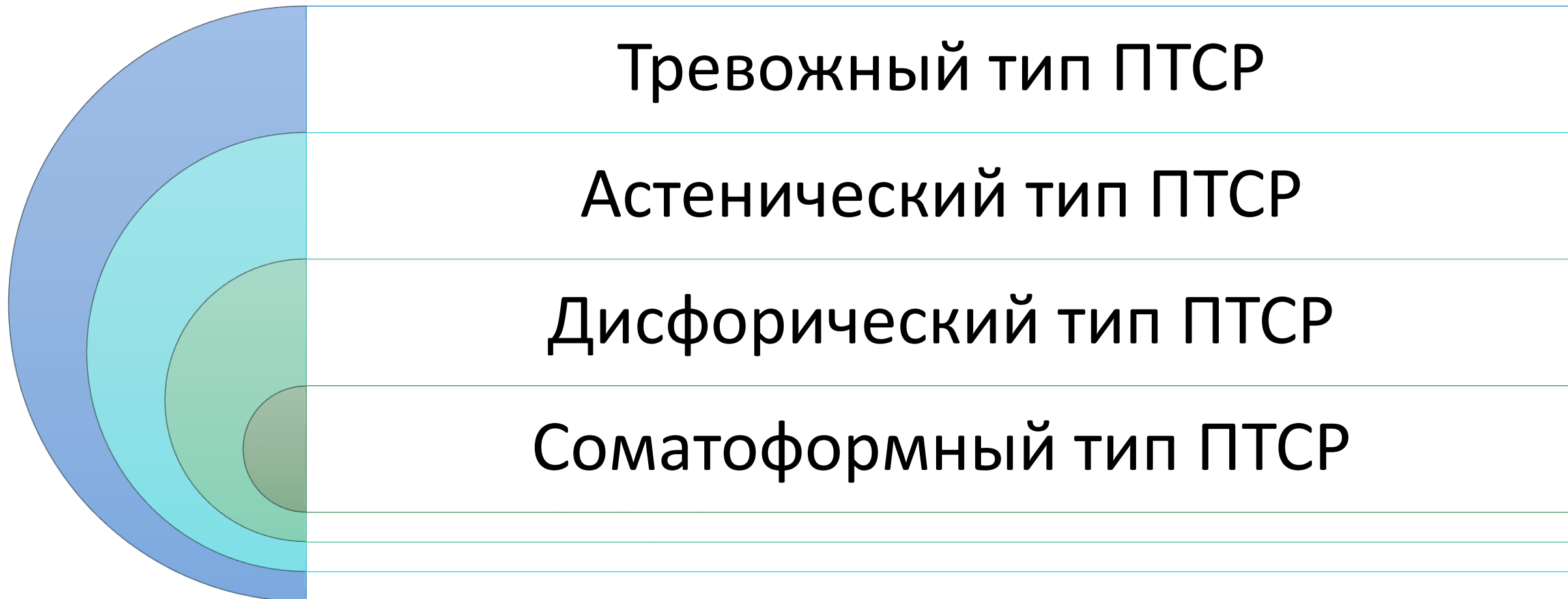
---

- Диагностика ПТСР
- Психофармакотерапия
- Психотерапия
- Другие методы лечения
- Психологический практикум





## Типы ПТСР





## ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПТСР

- раннее выявление стресс-ассоциированных расстройств;
- доступность психолого-психиатрической помощи;
- комплексность в оказании медико-психологической помощи;
- полипрофессиональный подход в оказании помощи;
- ориентация на личностные ресурсы пациента;
- сопровождение на всех этапах лечения и реабилитации;
- поддержка семьи и общества.





## Организация оказания медико-психологической помощи военнослужащим, перенесших боевую психическую травму

---

- Ситуация боевых действий в рамках специальной военной операции (СВО), несущая в себе угрозу жизни и здоровью, является чрезвычайной для человека и требует сложной адаптации. При чем не только для ветеранов боевых действий, принимавших участие в специальной военной операции, но и в не меньшей степени для членов семей погибших при выполнении задач в ходе СВО.
- Особую уязвимую группу составляют участники СВО, имеющие инвалидность и использующие технические средства реабилитации. Индивидуальный подход к каждой категории граждан требуют специальных знаний и подготовленности специалистов, принимающих участие в восстановительном процессе.



## Организация оказания медико-психологической помощи военнослужащим, перенесших боевую психическую травму

Несмотря на очевидность необходимости получения медико-психологической помощи участниками СВО и членами семей погибших, в том числе имеющих инвалидность и использующих технические средства реабилитации, существует проблема недоверия и отсутствия мотивации в обращении у указанной группы граждан за психологической помощью.

Такое недоверие может быть вызвано разными причинами:

- внешними: связанными с культурными традициями,
- внутренними: связаны с непониманием конкретного человека, того, что ему необходима психологическая помощь.



# Последовательность этапов оказания помощи при ПТСР

• психологи и специалисты по социальной работе военкоматов, социальных и силовых структур, медицинских организаций;  
• интернисты, врачи-специалисты и медицинские психологи общесоматической сети

Скрининг

• психиатры, психотерапевты, медицинские психологи амбулаторного звена психиатрической службы

Диагностика

• психотерапевты, врачи-специалисты, медицинские психологи и специалисты по социальной работе организаций медицинской и социальной реабилитации, амбулаторных звеньев общесоматической сети и психиатрической службы;  
• представители религиозных конфессий и общественных организаций

Реабилитация

• психиатры, наркологи, психотерапевты, медицинские психологи амбулаторного и/или стационарного звеньев психиатрической службы

Лечение



## Этап скрининга и раннего выявления

---

- Скрининг ПТСР проводится в военкоматах, социальных и силовых структурах силами психологов и специалистов по социальной работе с последующей маршрутизацией пациентов для оказания необходимой помощи
- Раннее выявление стресс-ассоциированных (включая ПТСР) в организациях общей врачебной практики и первичной медицинской сети может проводиться интернистами, врачами-специалистами и медицинскими психологами. Выявление стрессовых расстройств проводится при наличии жалоб на здоровье, возникших после перенесенной психотравмы
- При выявлении признаков стрессового расстройства, обеспечивается дальнейшая маршрутизация пациента в специализированные учреждения и кабинеты (кабинеты врача-психиатра, психотерапевта, медико-психологической помощи и медико-психологического консультирования)



## Этап диагностики

---

- Оказание медицинской помощи лицам со стрессовыми расстройствами в первичной медицинской сети включает выявление психического расстройства, связанного со стрессом (в том числе ПТСР) и дальнейшую маршрутизацию пациента в специализированные подразделения.
- Наряду с клинико-психопатологическим методом в диагностике ПТСР могут использоваться психометрические шкалы:
  - ✓ Опросник на скрининг ПТСР (Trauma Screening Questionnaire)
  - ✓ Шкала для клинической диагностики ПТСР (Clinical-Administered PTSD Scale, CAPS)
  - ✓ Структурированное клиническое диагностическое интервью (СКИД),
  - ✓ Модуль «Посттравматическое стрессовое расстройство»,
  - ✓ «Миссисипская шкала посттравматического стрессового расстройства» (гражданский и военный варианты) и др.

# Алгоритм диагностики ПТСР



# Дифференциальная диагностика

Острая реакция на стресс также развивается в ответ на травматическую ситуацию экстраординарного характера, однако ее проявления разрешаются в течение трех дней.

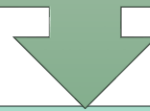
Нередко симптомы ПТСР бывает трудно отличить от проявлений панического расстройства или генерализованного тревожного расстройства, поскольку при всех трех состояниях наблюдаются выраженная тревога и повышенная реактивность вегетативной системы. Здесь важное значение имеет установление временной связи между развитием симптомов и психотравмирующим событием.

Главной отличительной чертой посттравматического расстройства от других форм стресс-ассоциированной психической патологии является отставленный характер, т.е. его развитие происходит после латентного периода (от нескольких недель до шести месяцев).

# Дифференциальная диагностика

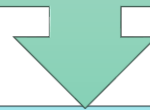
## Травматический стресс

во время действия стресса и до двух суток по окончании его действия



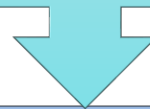
## Острое стрессовое расстройство

в течение одного месяца после критического события



## Посттравматическое стрессовое расстройство

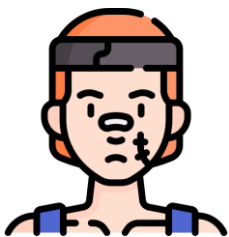
спустя более месяца после критического события



## Посттравматическое расстройство личности

на протяжении всей дальнейшей жизни

# Физикальное обследование



- физикальное обследование рекомендуется с целью исключения соматической патологии и подтверждения психиатрического диагноза, а также для выявления коморбидной патологии;
- рекомендуется начать с наружного осмотра, измерения роста, массы тела, уровня физического развития, визуального исследования целостности кожных покровов с целью исключения соматических заболеваний, выявления следов самоповреждающего поведения, инъекций, оценки соматического статуса;
- пациентам с ПТСР рекомендуется измерить пульс и артериальное давление лежа (после отдыха 5 минут) и стоя (через 3 минуты после вставания) с целью оценки вегетативных проявлений и соматического статуса;
- в дополнение к стандартному физикальному обследованию всем пациентам рекомендовано провести осмотр кожных покровов с целью выявления следов от инъекций для исключения факта приема пациентом ПАВ и выявления следов самоповреждающего поведения.

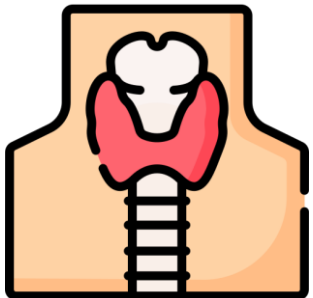
# Лабораторные диагностические исследования



На текущий момент не существует каких-либо лабораторных методов диагностики ПТСР. Основная цель лабораторных обследований - исключение соматических заболеваний, при которых могут наблюдаться симптомы, схожие с ПТСР.

Пациентам с ПТСР рекомендуется:

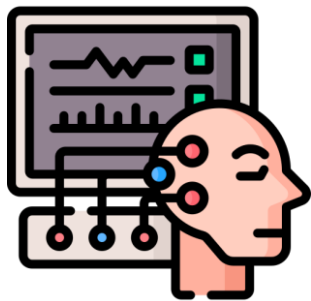
- провести общий (клинический) анализ крови,
- анализ крови биохимический общетерапевтический,
- общий (клинический) анализ мочи для исключения соматической патологии и для оценки рисков развития побочных эффектов при приеме психофармакологической терапии,
- провести анализ крови для оценки функции щитовидной железы: исследование уровня общего трийодтиронина (Т3) сыворотки крови, уровня свободного трийодтиронина сыворотки крови (Т3), уровня общего тироксина (Т4) сыворотки крови, уровня свободного тироксина сыворотки (Т4) крови, уровня тиреотропного гормона в крови для исключения патологии щитовидной.



# Инструментальные диагностические исследования



На текущий момент не существует каких-либо инструментальных методов диагностики ПТСР. Основная цель инструментальных обследований - исключение соматических (в т.ч. неврологических) заболеваний, при которых могут наблюдаться симптомы, схожие с ПТСР.



Пациентам с ПТСР рекомендуется:

- регистрация электрокардиограммы для оценки соматического состояния, исключения сердечно-сосудистой патологии,
- проведение электроэнцефалографии для оценки биоэлектрических потенциалов головного мозга и исключения пароксизмальных состояний,
- проведение дуплексного сканирования транскраниальных артерий и вен для исключения сосудистой патологии,
- проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ).



# Клинико-психологическое психодиагностическое исследование

1. Опросник на скрининг ПТСР (Trauma Screening Questionnaire)
2. Шкала для клинической диагностики ПТСР (clinical-administered ptsd scale - caps)
3. Структурированное клиническое диагностическое интервью (СКИД), модуль I «ПТСР»
4. Шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС) (Impact of Event Scale-R - IES-R)
5. Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций (гражданский и военный варианты)
6. Шкала оценки интенсивности боевого опыта (Combat Exposure Scale – CES)
7. Шкала оценки выраженности психофизиологической реакции на стресс)
8. Опросник перитравматической диссоциации
9. Шкала диссоциации (Dissociative Experience Scale - DES)
10. Шкала безнадежности Бека (Beck Hopelessness Scale, BHS)
11. Опросник для оценки терапевтической динамики ПТСР (Treatment Outcome PTSD Scale - TOP-8)



# ПРАКТИКУМ



Диагностика ПТСР



# СТРУКТУРИРОВАННОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИНТЕРВЬЮ (СКИД) - STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW FOR DSM (SCID)

---

## Назначение

- Структурированное клиническое диагностическое интервью (СКИД) включает ряд диагностических модулей (блоков вопросов), обеспечивающих диагностику психических расстройств по критериям DSM-IV (аффективных, психотических, тревожных, вызванных употреблением психоактивных веществ и т.д.).
- Конструкция интервью позволяет работать отдельно с любым модулем, в том числе и с модулем ПТСР.
- В каждом модуле даны четкие инструкции, позволяющие экспериментатору при необходимости перейти к беседе по другому блоку вопросов.
- Так, при диагностически значимых ответах на вопросы, направленные на критерий А - наличия в опыте респондента травматического события, - интервьюер задает вопросы из следующих блоков, позволяющие получить информацию об уровне выраженности симптоматики, относящейся к другим критериям ПТСР.

## Инструкция.

- В беседе задайте пациенту указанные вопросы, обведите ДА или НЕТ. Если обведен ответ НЕТ со стрелкой, интервью завершается, констатируется отсутствие ПТСР ("ПТСР в настоящее время - НЕТ" в конце модуля).



<b>11</b>	Участвовали ли Вы, имели отношение или были очевидцем экстремальных травматических событий, которые были бы связаны с серьезными травмами, реальной смертью или угрозой смерти по отношению к Вам или кому-то другому?  Примеры травматических событий: серьезная авария, сексуальное или физическое насилие, террористический акт, пребывание в заложниках, похищение, ограбление, пожар, обнаружение трупа, неожиданная смерть, война, природные катаклизмы	→ нет	Да	1
<b>12</b>	В течение последнего месяца, переживали ли Вы заново это событие (например, в мыслях, интенсивных воспоминаниях или физических реакциях)?	→ нет	Да	2
<b>13</b>	В течение последнего месяца:			
<b>a</b>	Избегали ли Вы думать об этом событии, избегали ли Вы вещей, напоминающих Вам о нем?	нет	Да	3
<b>b</b>	Трудно ли Вам вспоминать о каком-либо важном аспекте произошедшего события?	нет	Да	4
<b>c</b>	Снизился ли Ваш интерес к хобби или выполнению социальных обязательств?	нет	Да	5
<b>d</b>	Чувствовали ли Вы себя одиноким или оторванным от других?	нет	Да	6
<b>e</b>	Заметили ли Вы, что Ваши переживания стали чаще?	нет	Да	7
<b>f</b>	Нет ли у Вас ощущения, что эта травма сократила Вам жизнь?	нет	Да	8

## Модуль I. "Посттравматическое стрессовое расстройство"



	ИМЕЕТСЯ ЛИ 3 ИЛИ БОЛЕЕ ОТВЕТОВ ДА В 13?	→ НЕТ	Да	
14	В последний месяц:			
a	Есть ли у Вас трудности со сном?	НЕТ	Да	9
b	Были ли Вы особенно раздражительны, злы или вспыльчивы?	НЕТ	Да	10
c	Трудно ли Вам было сконцентрироваться?	НЕТ	Да	11
d	Вы были нервным или постоянно напряженным?	НЕТ	Да	12
e	Легко ли Вас было испугать?	НЕТ	Да	13
	ПОЛУЧЕНЫ ЛИ ОТВЕТЫ ДА НА 2 ИЛИ БОЛЕЕ ВОПРОСОВ ИЗ 14?	→ НЕТ	Да	
15	На протяжении последнего месяца влияли ли эти проблемы существенно на Ваши рабочие обязанности, социальные обязательства, вызывали ли существенное недомогание?	НЕТ	Да	14
d	Чувствовали ли Вы себя одиноким или оторванным от других?	НЕТ	Да	6
<b>ОТМЕЧЕНО ЛИ 15 КАК ДА?</b>		<b>НЕТ ДА ПТСР в настоящее время</b>		

**Модуль I.  
"Посттравматическое  
стрессовое  
расстройство"**



## Ключ (интерпретация)

- Наличие утвердительных ответов на вопросы, направленные на диагностический критерий А, дают интервьюеру основание для дальнейшей беседы по следующим блокам вопросов, направленных на диагностические критерии В - травматическое событие настойчиво повторяется в переживании, С - постоянное избегание стимулов и блокировка эмоциональных реакций, связанных с травмой, D - постоянные симптомы возрастающего возбуждения, Е - длительность протекания расстройства (более чем 1 месяц), F - расстройство вызывает клинически значимое тяжелое эмоциональное состояние или нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности.
- При необходимости для постановки окончательного диагноза могут привлекаться независимые эксперты.
- Авторами методики предусмотрена возможность ее дальнейших модификаций в зависимости от конкретных задач исследования.

# ШКАЛА ОЦЕНКИ ВЛИЯНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СОБЫТИЯ

## Назначение:

- Шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС) клиническая тестовая методика, направленная на выявление симптомов посттравматического стрессового расстройства и оценку степени их выраженности.
- Шкала состоит из 22 пунктов, которые распределяются в три шкалы: "вторжение", "избегание" и "возбудимость".
- Каждый пункт оценивается как:
  - никогда – 0 баллов,
  - редко – 1 балл,
  - иногда – 3 балла,
  - часто – 5 баллов.

## Инструкция

- Пользуясь данной шкалой, укажите, в какой степени вы согласны или не согласны с данным утверждением. Дайте только один ответ на каждое утверждение: Никогда, Редко, Иногда, Часто. Обратите внимание, что перечисленные симптомы касаются Вашего самочувствия касаясь последней недели Вашей жизни.

# ШКАЛА ОЦЕНКИ ВЛИЯНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СОБЫТИЯ

Обработка полученных данных ШОВТС проводится по ключу:

- **субшкала "вторжение" (IN):** суммируются баллы пунктов 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20; - позволяет выявлять у испытуемого ночные кошмары, навязчивые мысли, связанные с травмирующим событием
- **субшкала "избегание" (AV):** суммируются баллы пунктов 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22; - позволяет выявлять у испытуемого симптомы избегания, включающие попытки смягчения или избегания переживаний, связанных с воздействием кризисного события
- **субшкала "физиологическое возбуждение" (AR):** суммируются баллы пунктов 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21; - позволяет выявлять у испытуемого злость и раздражительность, гипертрофированную реакцию испуга, психофизиологическое возбуждение, обусловленное воспоминаниями о событии, бессонницу.
- Все пункты имеют прямое значение.



	Никогда	Редко	Иногда	Часто
1. Любое напоминание об этом событии заставляло меня заново переживать все случившееся				
2. Я не мог спокойно спать по ночам				
3. Некоторые вещи заставляли меня все время думать о том, что со мной случилось				
4. Я чувствовал постоянное раздражение и гнев				
5. Я не позволял себе расстраиваться, когда думал об этом событии или что-то напоминало мне о нем				
6. Я думал о случившемся против своей воли				
7. Мне казалось, что всего случившегося как будто бы не было на самом деле или все, что тогда происходило, было нереальным				
8. Я старался избегать всего, что напоминало мне о случившемся				
9. Отдельные картины случившегося внезапно возникали в сознании				
10. Я был все время напряжен и сильно вздрагивал, если <u>что то</u> внезапно пугало меня				
11. Я старался не думать о случившемся				
12. Я понимал, что меня до сих пор буквально переполняют тяжелые переживания по поводу того, что случилось, но ничего не делал, чтобы их избежать				

## ШКАЛА ОЦЕНКИ ВЛИЯНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СОБЫТИЯ

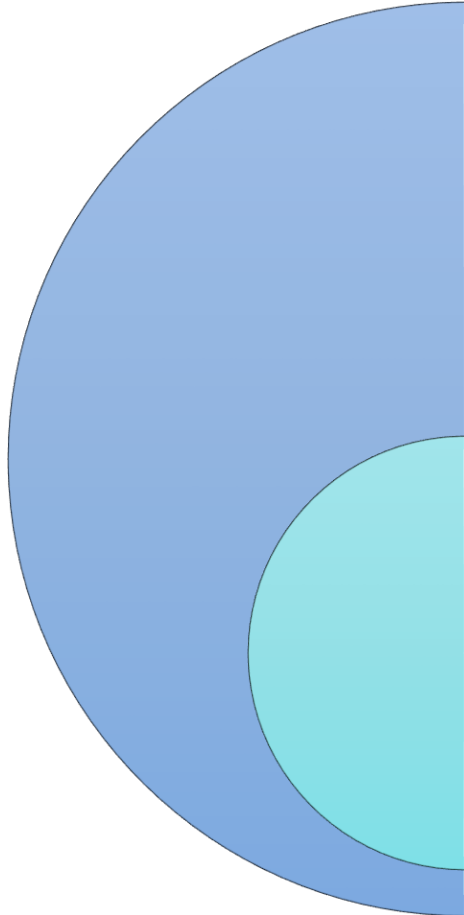


	Никогда	Редко	Иногда	Часто
13. Я чувствовал что-то вроде оцепенения, и все мои переживания по поводу случившегося были как будто парализованы				
14. Я вдруг замечал, что действую или чувствую себя так, как будто бы все еще нахожусь в этой ситуации				
15. Мне было трудно заснуть				
16. Меня буквально захлестывали непереносимо тяжелые переживания, связанные с той ситуацией				
17. Я старался вытеснить случившееся из памяти				
18. Мне было трудно сосредоточить свое внимание на чем-либо				
19. Когда что-то напоминало мне о случившемся, я испытывал неприятные физические ощущения - потел, дыхание сбивалось, начинало тошнить, учащался пульс и т.д.				
20. Мне снились тяжелые сны о том, что со мной случилось				
21. Я был постоянно насторожен и все время ожидал, что случится что-то плохое				
22. Я старался ни с кем не говорить о случившемся				

## ШКАЛА ОЦЕНКИ ВЛИЯНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СОБЫТИЯ



## Этап лечения



Лечение пациентов с ПТСР в медицинских организациях как амбулаторного, так и стационарного звеньев обеспечивают психиатры, наркологи, психотерапевты, с участием медицинских психологов.

Пациентам с ПТСР в качестве основной терапевтической стратегии с целью повышения эффективности лечения рекомендована комбинация психофармакотерапии и психотерапии.

# Психофармакотерапия

## Терапия первой линии

Пациентам с ПТСР в качестве препаратов первой линии преимущественно рекомендуется начинать терапию с назначения препаратов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС)

- пароксетин\*\* 20 - 50 мг/сут,
- сертралин\*\* 25 - 200 мг/сут,
- #флуоксетин\*\* 20 - 40 мг/сут
- или #венлафаксина 75 - 225 мг/сут

с целью снижения интенсивности интрузий, снижения чувствительности к внешним и внутренним стимулам, запускающим повторное переживание травматического опыта, уменьшения выраженности аффективных нарушений и стабилизации настроения. Рекомендованная длительность терапии составляет 6 - 12 месяцев, чаще около года после стабилизации состояния.



## Терапия первой линии

Пациентам с ПТСР с выраженной тревогой, страхом, раздражительностью, возбуждением и вегетативными нарушениями на первом этапе терапии рекомендуется краткосрочное применение препаратов из группы производных бензодиазепина с целью купирования тревоги и симптомов из кластера физиологического возбуждения, вегетативных симптомов, психомоторного возбуждения:

- диазепам\*\* 5 - 15 мг/сут (при психомоторном возбуждении, связанном с тревогой, коморбидных острых тревожно-фобических, тревожно-депрессивных состояниях). Дозу обычно делят на 2 - 3 приема. Длительность курса диазепама\*\* не должна превышать 4 недель, в тяжелых случаях допускается до 8 - 12 недель, включая время постепенного прекращения
- лоразепам\*\* 2 - 10 мг/сут (при тревоге, раздражительности, нарушениях сна, вегетативных нарушениях). Обычно назначают 2 - 3 мг/сут, разделенные на 1 - 3 приема, а затем при необходимости, увеличивают суточную дозу препарата до поддерживающей, которая чаще всего составляет от 2 мг до 6 мг в сутки, разделенная на 1 - 3 приема. Для купирования симптомов рекомендуется применять как можно меньшие эффективные дозы. Дозу лоразепама\*\* необходимо увеличивать постепенно, начиная с увеличения дозы, применяемой вечером. Максимально можно назначить до 10 мг в сутки. При нарушениях сна, вызванных тревогой, обычно назначают раз в сутки перед сном от 2 до 5 мг лоразепама\*\*
- клоназепам\*\* 1 - 4 мг/сут (при выраженном/пароксизмальном страхе, психомоторном возбуждении на фоне реактивных психозов). Для купирования симптомов рекомендуется применять как можно меньшие эффективные дозы. Дозу обычно делят на 2 - 3 приема. При необходимости дозу увеличивают постепенно, каждые 3 дня, не более чем на 0,25 - 0,5 мг, до момента достижения соответствующего терапевтического эффекта или максимальной суточной дозы
- алпразолам 0,25 - 4,5 мг/сут (при тревожных расстройствах, коморбидном паническом расстройстве или депрессивном расстройстве доза может достигать до 6 - 10 мг/сут). Начинают применение с минимальных доз (0,25 - 0,5 мг/сут) с последующим увеличением сначала в вечерние, затем в дневные часы в течение нескольких дней или недель. При тревожных состояниях начальная суточная доза составляет 0,75 - 1,5 мг и может быть увеличена до 3 - 4,5 мг/сут. Курс лечения алпразоламом допустим до 3 месяцев, прекращение терапии следует проводить в течение 2 - 6 недель, снижая суточную дозировку не более чем на 500 мкг каждые 3 дня, допускается более медленная отмена.

## Терапия первой линии

- Пациентам с ПТСР, в клинической картине которых имеются расстройства, сопровождающиеся эмоциональным напряжением, тревогой, вегетативными расстройствами, апатией, усталостью и подавленным настроением рекомендовано применение тофизопама для купирования этих проявлений (50 - 300 мг/сут).
- Пациентам с ПТСР, в клинической картине которых имеются расстройства, сопровождающиеся тревогой, эмоциональным напряжением, вегетативными расстройствами, соматоформными нарушениями, невыраженным психомоторным возбуждением, беспокойством, нарушениями сна рекомендовано применение алимемазина (15 - 80 мг/сут) для купирования этих проявлений.
- Пациентам с ПТСР в качестве анксиолитиков альтернативным производным бензодиазепаина рекомендовано назначение этифоксина (150 - 200 мг/сут) для устранения тревоги, страха, внутреннего напряжения, раздражительности, а также признаков повышенной настороженности и вегетативного возбуждения.
- Пациентам с ПТСР рекомендуется применение анксиолитиков, не относящихся к группе производные бензодиазепаина - #гидроксизина\*\* (25 - 100 мг/сут) при наличии коморбидных тревожных расстройств для снижения уровня тревоги.
- Пациентам с ПТСР рекомендуется применение анксиолитиков, не относящихся к группе производные бензодиазепаина - бупирона (20 - 30 мг/сут) при наличии коморбидных тревожных расстройств для снижения уровня тревоги.



# Психофармакотерапия

## Терапия второй линии

- В качестве препаратов второй линии рекомендовано применение неселективных ингибиторов обратного захвата моноаминов - #амитриптилин\*\* 75 - 150 мг/сут перорально и #имипрамин\*\* 75 - 250 мг/сут и #миртазапина (30 - 60 мг/сут) с целью купирования симптоматики.
- Следует учитывать имеющийся у #амитриптилина\*\* и #имипрамина\*\* риск передозировки и большую выраженность побочных эффектов, а также более низкую приверженность терапии у этих препаратов. Не рекомендуется назначение этих препаратов пациентам с высоким суицидальным риском без постоянного наблюдения. В ряде исследований была показана эффективность применения антидепрессанта #миртазапина. Длительность терапии также составляет 6 - 12 месяцев.

## Терапия третьей линии

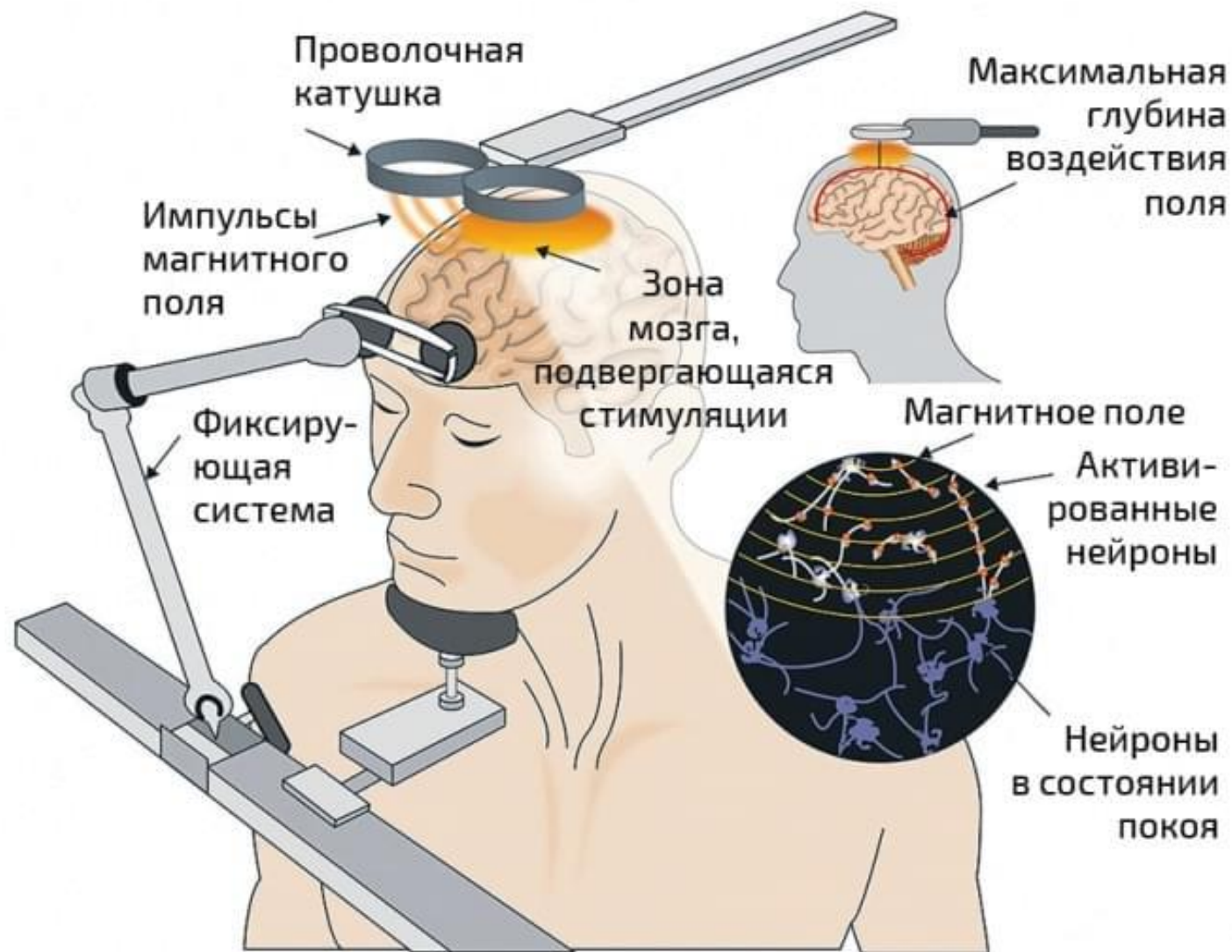
- Пациентам с ПТСР при неэффективности терапии антидепрессантами или их сочетания с производными бензодиазепамина рекомендуется назначение препаратов третьей линии с целью купирования симптоматики
- Пациентам с ПТСР в качестве альтернативы, при отсутствии ответа на предыдущие курсы терапии, может быть назначен противоэпилептический препарат #ламотриджин в дозировке 25 - 500 мг/сут или #топирамат\*\* (200 - 400 мг/сут) с целью повышения эффективности лечения
- Титровать дозу #ламотриджина следует еженедельно, особенно если в клинической картине ПТСР имеются выраженные колебания настроения, трудности аффективной регуляции или имеется коморбидное расстройство зрелой личности. Следует иметь в виду частые кожные высыпания вплоть до токсического эпидермального некролиза в качестве частых побочных эффектов. #Ламотриджин может назначаться как дополнение к основному курсу терапии.
- Терапию #топираматом\*\* рекомендуется начинать с низкой дозы с последующим постепенным подбором эффективной дозы. Подбор дозы начинают с 25 - 50 мг, принимая их на ночь в течение 1 недели. В дальнейшем с недельными или двухнедельными интервалами дозу можно увеличивать на 25 - 50 мг и принимать ее в два приема. При подборе дозы необходимо руководствоваться клиническим эффектом. У некоторых пациентов эффект может быть достигнут при приеме препарата 1 раз в сутки. Для достижения оптимального эффекта лечения препаратом #топирамат\*\* не обязательно контролировать его концентрацию в плазме крови.
- Пациентам с ПТСР при отсутствии эффекта на предыдущие курсы терапии или при наличии таких симптомов как вторгающиеся мысли о травматическом событии, флэшбеки, эксплозивность, агрессивное поведение, нарушения сна, а также при наличии диссоциативных симптомов, дезорганизованного поведения, коморбидных психотических расстройств рекомендовано назначение антипсихотических средств в соответствии с показаниями.



# Ритмическая транскраниальная магнитная стимуляция

- Среди **нефармакологических биологических методов** терапии ПТСР наиболее изученной является ритмическая транскраниальная магнитная стимуляция (рТМС).
- У пациентов с недостаточным ответом на лекарственную терапию транскраниальная магнитная стимуляция может применяться в качестве третьей линии терапии.
- Транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) — метод, основанный на стимуляции нейронов головного мозга переменным магнитным полем и регистрации ответов на стимуляцию с помощью электромиографии. Его суть заключается в возникновении под действием сильного магнитного поля деполяризации мембран нервных клеток.





# ПРИНЦИП ДЕЙСТВИЯ

Основные протоколы терапевтической ТМС, рекомендуемые к использованию в клинической практике

Заболевание/состояние	Протокол стимуляции с наибольшей степенью доказанной эффективности	Уровень доказательности (Европейские рекомендации)
Двигательные нарушения после инсульта	Низкочастотная стимуляция зоны М1 контралатерального очагу поражения полушария в остром и подостром периодах	С
	Низкочастотная стимуляция зоны М1 контралатерального очагу поражения полушария в хроническом периоде	В
Афазия Брока	Низкочастотная стимуляция правой нижней лобной извилины	Необходимо проведение дополнительных исследований
	Высокочастотная стимуляция левой нижней лобной извилины	То же
Афазия Вернике	Низкочастотная стимуляция правой верхней височной извилины	» »
	Режим сТBS левой (контралатеральная) нижней теменной коры	С
Неглект-синдром	Низкочастотная стимуляция (контралатеральная) левой нижней теменной коры	Необходимо проведение дополнительных исследований
	Высокочастотная стимуляция зон М1 обоих полушарий	С
БП Дистония	Низкочастотная стимуляция PMC, М1 или S1	Необходимо проведение дополнительных исследований
	Высокочастотная стимуляция М1, противоположная стороне боли	А
Нейропатическая боль Мигрень	Высокочастотная стимуляция левой М1 или DLPFC	Необходимо проведение дополнительных исследований
	Одиночные стимулы затылочной коры при начале мигренозного приступа	То же
КРБС 1-го типа Фибромиалгия	Высокочастотная стимуляция М1, противоположная стороне боли	С
	Высокочастотная стимуляция левой М1 или DLPFC или низкочастотная стимуляция правой DLPFC	Необходимо проведение дополнительных исследований
Эпилепсия Тиннитус	Низкочастотная стимуляция эпилептического фокуса	С
	Низкочастотная стимуляция контралатеральной к шуму в ушах височно-теменной коры	То же
Спинальная спастичность	Высокочастотная стимуляция зон М1	» »
Депрессия	Высокочастотная стимуляция левой DLPFC	А
	Низкочастотная стимуляция правой DLPFC	В
Тревожность	Высокочастотная стимуляция правой DLPFC при постстрессовом тревожном расстройстве	С

Примечание. Эффект: А — определенный, В — вероятный, С — возможный.



# ПРАКТИКУМ



Анализ ситуаций

# Ситуация 1 «Агрессия»

- Поведение пациента еще до вступления в диалог – обращают внимание его телесные проявления: скованное, напряженное тело, кисти, сжатые в кулаки, недовольная мимика, учащенное и громкое дыхание. Громкая речь, возможны оскорбления, угрозы и отказ от продуктивной коммуникации.

## Тактика

1. Предоставьте возможность выговориться – «выпустить пар».
2. Контролируйте громкость и тональность своего голоса.
3. Если человек громко говорит и даже срывается на крик,
4. оппонент тоже невольно повышает голос. Избегайте доминирующих, саркастических или заискивающих тональностей.
5. Сохраняйте зрительный контакт, но избегайте прямого взгляда.
6. Соблюдайте геометрию общения.
7. Следует соблюдать взаимное расположение собеседников в пространстве, которое минимизирует проявление вербальной и физической агрессии. Специалисту рекомендовано положение стоя, в том время, как пациенту с проявлениями агрессии рекомендовано предложить сесть на стул или кресло – проявлять агрессию сидя сложнее.
8. Узнайте причину беспокойства (гнева) и предложите варианты решения проблемы.



## Ситуация 2 «Растерянность»

- Еще до вступления в диалог обращает внимание внешние проявления растерянности – рассеянный взгляд, с длительной фокусировкой на предметах, медленная походка и движения, сниженная координация, невыразительная мимика. При диалоге – затруднение в ответах на вопросы, сложность в формировании причины обращения, замедленная и тихая речь. Отмечается затруднения в установлении контакта со специалистами, либо коммуникация становится непродуктивной.
- Растерянность – это защитная реакция на непредвиденные и стрессовые события. Растерянность сопровождается снижением самоконтроля, мыслительной способности и возможностью принимать ответственные решения.

## Ситуация 2 «Растерянность»

### Тактика

1. Установите прямой зрительный контакт, при этом ненадолго отводя и возвращая взгляд. Это позволит пациенту сфокусироваться на собеседнике, не теряя при этом чувства психологической безопасности.
2. Говорите четко и эмоционально модулировано. Важно, чтобы ваша речь была громче речи пациента, но не выше допустимого, чтобы не провоцировать реакцию тревоги.
3. Задавайте простые и понятные вопросы, помогающие сосредоточиться на текущей ситуации и прояснить потребность пациента. Вопросы должны быть открытыми: *«Что Вы делали после того, как...?»*, *«Какую рекомендацию Вы получили от ...?»*, *«Как вы действовали в ситуации когда Вам отказали ...?»*, наводящими: *«Что произошло после...?»*, *«Правильно ли я понимаю, что ...?»*
4. Проявляйте эмоциональную поддержку. Внимательно слушайте, принимайте «открытые» позы, кивайте и улыбайтесь в подходящие моменты, демонстрируйте заинтересованность и готовность прийти на помощь.
5. Определите запрос или предмет обращения.
6. Предложите варианты решения сложившейся ситуации. Важно четко и по шагам проинструктировать пациента в необходимых действиях.
7. Предложите помощь коллег.

## Ситуация 3 «Признаки стрессового расстройства»

- Пример 1. До вступления в диалог с пациентом обращает на себя внимание: бедная мимика или скорбное выражение лица, рассеянный взгляд, слезы, замедленные походка и движения. В диалоге речь тихая, замедленная, ответы на вопросы с промедлением. Отмечается сложность с формулированием причины обращения, резко сниженный фон настроения.
- Пример 2. До вступления в диалог, внешнее поведение пациента – без каких-либо особенностей. Поведение ровное, на вопросы отвечает ровно и спокойно, четко формулирует причину обращения. При продолжении диалога пациент быстро истощается, теряет нить диалога, раздражается, проявляет признаки агрессии или срывается на плач. Возможны проявления вегетативных реакций – испарина на лбу, одышка. Отмечается периодическое вздрагивание в ответ на какой-либо звук.
- В данных примерах у человека отмечаются признаки постстрессовых расстройств, что говорит о необходимости обращения за помощью к специалистам – психологам, врачам-психотерапевтам, врачам-психиатрам.



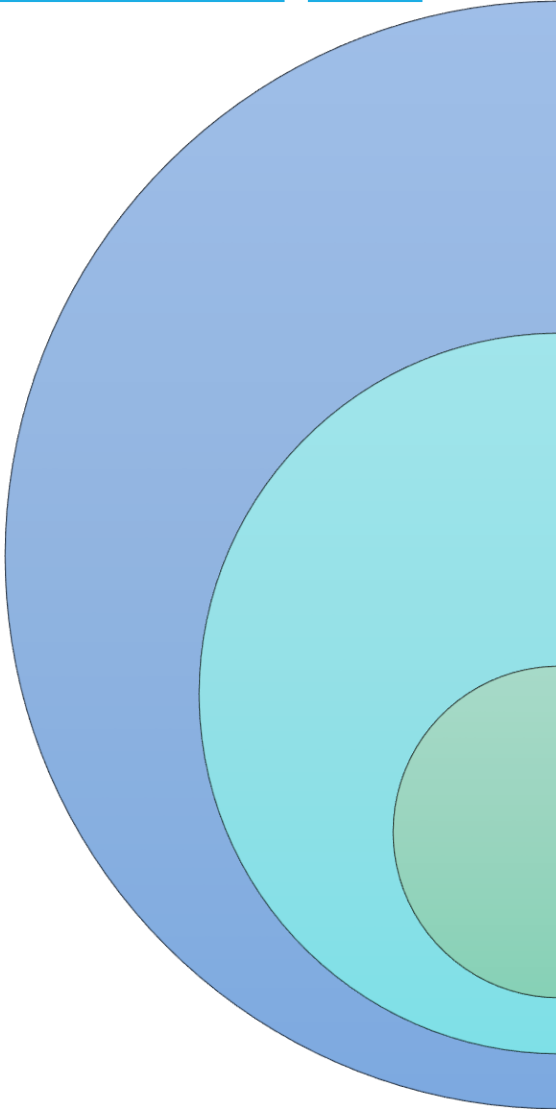
## Ситуация 3 «Признаки стрессового расстройства»

### Тактика

1. Возможно применение тактики из ситуации 2.
2. Высока вероятность, что вербальный контакт с пациентом не будет носить продуктивный характер.
3. У пациента могут отмечаться приступы плача, тревоги и беспокойства, кроме того, у лиц с признаками стрессового расстройства отмечается вторичное снижение мыслительных способностей - проявляются сложности с концентрацией внимания и запоминанием, замедление мышления – все что значительно затруднит эффективную коммуникацию.
4. В ходе диалога мягко обращайтесь внимание пациента на проявления постстрессовых расстройств, сопровождая фразами: «Наверное Вам сложно сфокусироваться на нашей беседе – возможно это признак эмоционального истощения, ведь вы так долго находитесь в ситуации стресса», «Я вижу, что Вам сложно сдерживать раздражение, не вините себя, скорее всего это влияние длительного стресса».



# Психотерапия



Основными задачами **психотерапевтического лечения** пациентов с ПТСР являются снижение интенсивности интрузий, снижение чувствительности к внешним и внутренним стимулам, запускающим повторное переживание травматического опыта, уменьшение выраженности аффективных нарушений, избегающего поведения и восстановление межличностной и социальной адаптации.

**Семейная психотерапия** является значимым вспомогательным, но не основным методом психотерапии ПТСР. Системная семейная психотерапия ориентирована на коррекцию нарушений семейных отношений, возникших в результате болезни или смерти члена семьи. Доказано, что страдающие ПТСР ветераны войн демонстрируют высокий риск возникновения межличностных, в том числе семейных, проблем.

**Групповая психотерапия** и тренинг рекомендуются как часть психотерапевтической программы лечения ПТСР. Наиболее эффективными являются: поддерживающая групповая терапия, когнитивно-поведенческая групповая психотерапия. На этапе психологической реабилитации большое распространение получили тренинги управления стрессом и тренинги восстановления социальных навыков. Одним из достоинств групповой психотерапии является возможность оказания помощи большему (в сравнении с индивидуальной) количеству пациентов.

# Варианты психотерапии

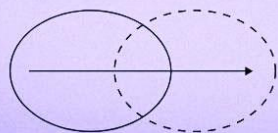
## ТЕРАПИЯ ПРИНЯТИЯ И ОТВЕТСТВЕННОСТИ

ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ, ОСНОВАННАЯ НА ТЕОРИИ РЕЛЯЦИОННЫХ ФРЕЙМОВ (КОГДА ЯЗЫКОВОЕ МЫШЛЕНИЕ ВЛИЯЕТ НА ВНУТРЕННИЙ ОПЫТ И ПОВЕДЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА).

НАПРАВЛЕНА НА ИЗМЕНЕНИЕ ОТНОШЕНИЯ ЛЮДЕЙ К СОБСТВЕННЫМ МЫСЛЯМ, ЧУВСТВАМ, ВОСПОМИНАНИЯМ И ФИЗИЧЕСКИМ ОЩУЩЕНИЯМ, А ТАКЖЕ НА ПРОЯСНЕНИЕ ЦЕННОСТЕЙ И СООТВЕТСТВУЮЩИХ ИМ ДЕЙСТВИЙ

### КНИГИ:

- «ОСВОБОЖДЕННЫЙ РАЗУМ» СТИВЕНА ХЕЙСА
- «ТЕРАПИЯ ПРИНЯТИЯ И ОТВЕТСТВЕННОСТИ» КИРКА ШТРОСАЛА



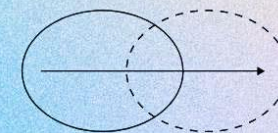
## ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ АКТИВАЦИЯ

ТЕРАПИЯ, КОТОРАЯ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ДЕПРЕССИЯХ И ФОКУСИРУЕТСЯ НА ТОМ, ЧТОБЫ ВЕРНУТЬ ПАЦИЕНТУ СПОСОБНОСТЬ И ПРИВЫЧКУ К ДЕЙСТВИЯМ, ДАЖЕ ЕСЛИ У ТОГО ОТСУТСТВУЕТ ЖЕЛАНИЕ ИХ СОВЕРШАТЬ.

ПРАКТИКА ПОКАЗЫВАЕТ, ЧТО ТАКОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПОМОГАЕТ БЫСТРЕЕ И НАДЕЖНЕЕ ВЫХОДИТЬ ИЗ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ

### КНИГИ:

- «НАУЧНО ОБОСНОВАННАЯ ПРАКТИКА В КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ» КЕЙТ И ДЕБОРЫ ДОБСОН





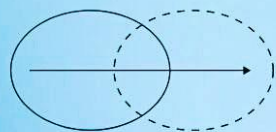
# Варианты психотерапии

## КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

ПОМОГАЕТ ЛЮДЯМ ОПРЕДЕЛЯТЬ  
И ИЗМЕНЯТЬ НЕЭФФЕКТИВНЫЕ СПОСОБЫ  
МЫШЛЕНИЯ, КОТОРЫЕ ОКАЗЫВАЮТ  
НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ НА ЭМОЦИИ,  
И В РЕЗУЛЬТАТЕ МЕНЯТЬ  
ПОВЕДЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА

### КНИГИ:

- «КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ» ДЖУДИТ БЕК
- «КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ. ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО» ЛЕСЛИ СОКОЛ И МАРСИ ФОКС



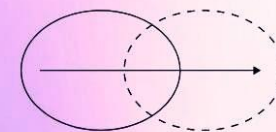
## ЭКСПОЗИЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ

С ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ СТРАХИ  
СОХРАНЯЮТСЯ У ЧЕЛОВЕКА ИЗ-ЗА ИЗБЕГАНИЯ  
ПУГАЮЩИХ СТИМУЛОВ – ТОГО, ЧТО НАПОМИНАЕТ  
О ПРИЧИНЕ СТРАХА. НО ИЗ-ЗА ИЗБЕГАНИЯ У ЧЕЛОВЕКА  
НЕТ ВОЗМОЖНОСТИ ЭТОТ СТРАХ ПРЕОДОЛЕТЬ.

ТЕРАПИЯ ПОМОГАЕТ ЧЕЛОВЕКУ ПОСТЕПЕННО  
СОПРИКАСАТЬСЯ СО СВОИМ СТРАХОМ, НАЧИНАЯ  
С СИТУАЦИЙ, ВЫЗЫВАЮЩИХ ЛЕГКУЮ ТРЕВОГУ,  
И ЗАКАНЧИВАЯ БОЛЕЕ ИНТЕНСИВНЫМИ

### КНИГИ:

- «ТЕРАПИЯ ОКР МЕТОДОМ ЭКСПОЗИЦИИ И ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ РИТУАЛОВ. РАБОЧАЯ ТЕТРАДЬ» ЭЛНЫ ЯДИН





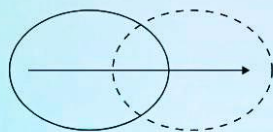
# Варианты психотерапии

## EMDR-ТЕРАПИЯ

ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ И ПЕРЕРАБОТКА С ПОМОЩЬЮ ДВИЖЕНИЙ ГЛАЗ. МЕТОД РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДЛЯ ОБЛЕГЧЕНИЯ ДИСТРЕССА, СВЯЗАННОГО С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ВОСПОМИНАНИЯМИ И ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТРАВМИРУЮЩИХ СОБЫТИЙ

### КНИГИ:

- «ПСИХОТЕРАПИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ТРАВМ С ПОМОЩЬЮ ДВИЖЕНИЙ ГЛАЗ» ФРЭНСИН ШАПИРО



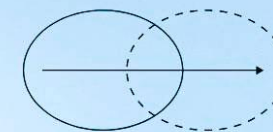
## ТЕРАПИЯ, ОСНОВАННАЯ НА ПЕРЕНОСЕ

МЕТОД ХОРОШО ЗАРЕКОМЕНДОВАЛ СЕБЯ В РАБОТЕ С ПОГРАНИЧНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ. В ЕГО ОСНОВЕ – ИДЕЯ, ЧТО ПРОБЛЕМЫ КЛИЕНТОВ ПРОЯВЛЯЮТСЯ НЕ ТОЛЬКО В ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ, НО И В ОТНОШЕНИЯХ С ТЕРАПЕВТОМ.

ТЕРАПЕВТ ИСПОЛЬЗУЕТ ЭТО, ЧТОБЫ ПОМОЧЬ КЛИЕНТУ СФОРМИРОВАТЬ НОВЫЕ, АДАПТИВНЫЕ СПОСОБЫ МЫШЛЕНИЯ И ПОВЕДЕНИЯ

### КНИГИ:

- «ПСИХОТЕРАПИЯ, ФОКУСИРОВАННАЯ НА ПЕРЕНОСЕ, ПРИ ПОГРАНИЧНОМ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ» ФРЭНКА ЙОМАНСА И ОТТО КЕРНБЕРГА





# Варианты психотерапии

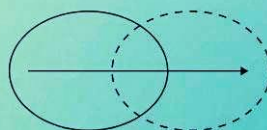
## МОТИВАЦИОННОЕ ИНТЕРВЬЮ

КРАТКОСРОЧНЫЙ МЕТОД ТЕРАПИИ, НАПРАВЛЕННЫЙ НА УСИЛЕНИЕ МОТИВАЦИИ КЛИЕНТОВ К ИЗМЕНЕНИЯМ. БЫЛ СОЗДАН ДЛЯ РАБОТЫ С ХИМИЧЕСКИМИ ЗАВИСИМОСТЯМИ, НО СЕЙЧАС ПРИМЕНЯЕТСЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ И СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ.

ФОКУСИРУЕТСЯ НА СИЛЬНЫХ СТОРОНАХ И РЕСУРСАХ ЧЕЛОВЕКА ВМЕСТО ПОИСКА ПРОБЛЕМ ИЛИ ДЕФИЦИТОВ

### КНИГИ:

- «МОТИВАЦИОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ: КАК ПОМОЧЬ ЛЮДЯМ ИЗМЕНИТЬСЯ» УИЛЬЯМА МИЛЛЕРА И СТИВЕНА РОЛЛНИКА

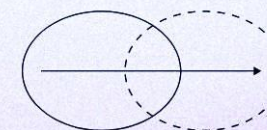


## ДИАЛЕКТИКО- ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

ДОЛГОСРОЧНАЯ КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ДЛЯ ЛЮДЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ. ОНА УЧИТ КЛИЕНТОВ ПОВЕДЕНЧЕСКИМ НАВЫКАМ, НАВЫКАМ ОСОЗНАННОСТИ, ПРЕОДОЛЕНИЯ СТРЕССА, ОБЩЕНИЯ, РЕГУЛЯЦИИ ЭМОЦИЙ

### КНИГИ:

- «РУКОВОДСТВО ПО ТРЕНИНГУ НАВЫКОВ ПРИ ТЕРАПИИ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ» МАРШИ ЛАЙНЕН





# Противопоказания к психотерапевтическому лечению

- 1) пациенты со страхом перед самораскрытием и преобладанием отрицания в комплексе используемых механизмов психологической защиты;
- 2) пациенты с недостаточной мотивацией к изменениям очевидной вторичной выгодой от болезни;
- 3) пациенты с низкой интерперсональной сенситивностью;
- 4) пациенты, которые не смогут регулярно посещать сеансы психотерапии;
- 5) пациенты, которые не будут участвовать в процессе активной вербализации и слушания в индивидуальной и групповой психотерапии;
- 6) пациенты, чьи характерологические особенности не позволят им конструктивно работать в индивидуальной и групповой психотерапии и извлекать из этой работы пользу (которые постоянно отыгрывают свои эмоции вовне в качестве защитной реакции, а не наблюдают за своим психологическим состоянием; или пациенты с серьезным негативизмом или ригидностью);
- 7) пациенты в состоянии алкогольного или наркотического опьянения;
- 8) пациенты в остром психотическом состоянии.

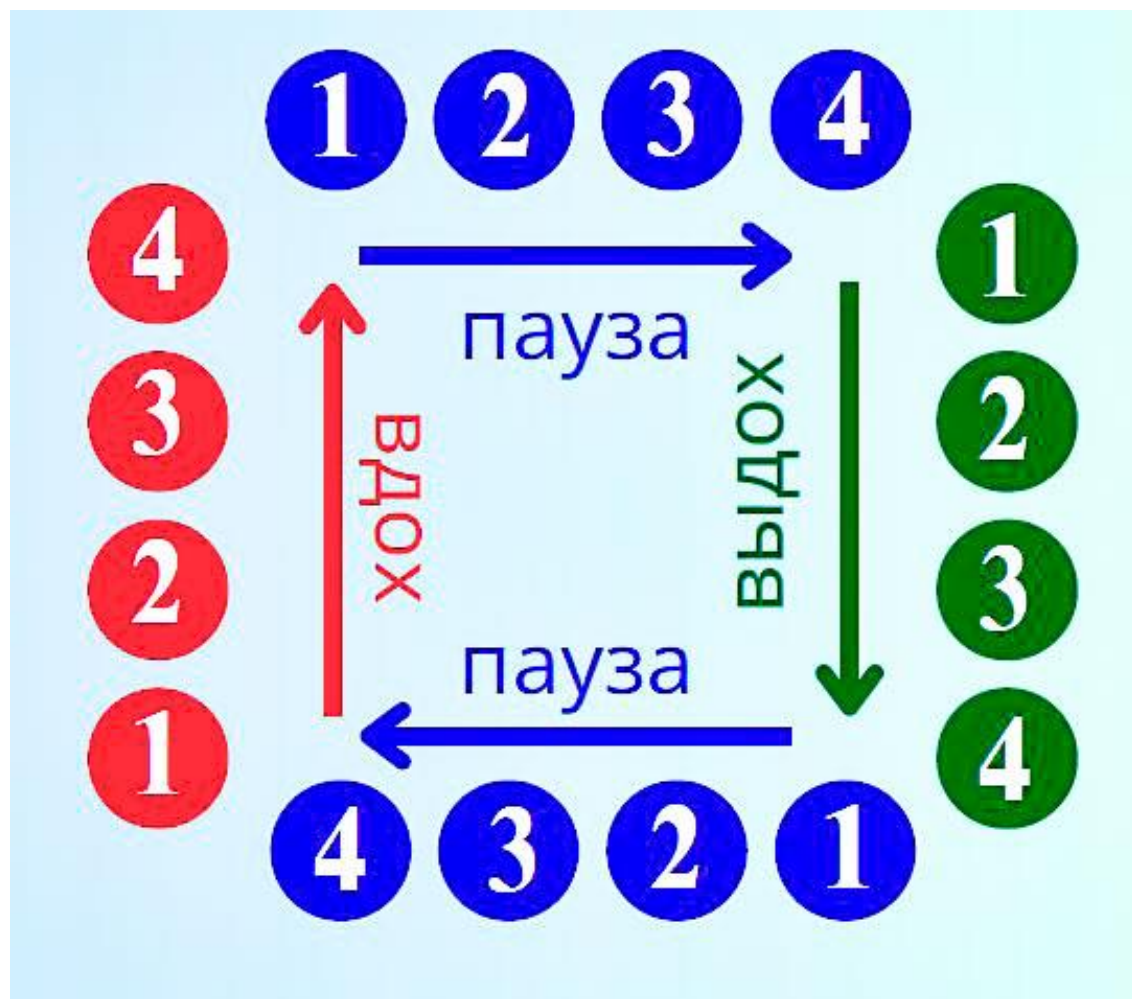


# ПРАКТИКУМ



Техники снижения тревоги и стресса

# ДЫХАНИЕ ПО КВАДРАТУ



- Дыхание выполняется по принципу 4x4, поэтому и называется «по квадрату»: мы делаем вдох на 4 счёта, далее задерживаем дыхание 4 счёта, выдох на 4 счёта и снова задержка на 4 счёта.
- Медленный глубокий вдох (1-2-3-4) – задержка (1-2-3-4) – медленный выдох (1-2-3-4) – задержка (1-2-3-4) – и снова вдох (1-2-3-4) ...



# ТОЧЕЧНАЯ ТЕХНИКА СНЯТИЯ СТРЕССА

Эффективная техника, которая позволяет снять усталость, успокоить нервы и избавиться от стресса и тревожности за несколько минут. В восточной медицине особое значение придается не только разным частям тела, но и пальцам рук. Каждый из них считается связанным с одной из эмоций или чувств. Считается, что нажатием или массажем точек на пальцах можно облегчать различные виды боли.

- **Большой палец:** озабоченность, нервы и стресс.
- **Указательный палец:** страхи.
- **Средний палец:** раздражение и гнев.
- **Безымянный палец:** депрессия, грусть и нерешительность.
- **Мизинец:** пессимизм, упадок сил и тревожность.

Объяснение эффективности этой техники основано на том, что руки связаны нервами с мозгом, точнее, с той его областью, которая отвечает за эмоции. Прижимаем пальцы левой руки к ладони и накладываем на них пальцы правой руки. Затем нажимаем на палец, который соответствует проблеме. Упражнение выполняется 30 секунд, затем отдых 30 секунд. Это упражнение по мере необходимости





# ТЕХНИКА ЗАЗЕМЛЕНИЯ

Назови



Осознанность поможет справиться с внутренней тревогожностью, переключая внимание на то, что вокруг.

Это полезно, когда чувствуешь, что мысли, эмоции выходят из-под контроля.



## Этап реабилитации

---

- Чрезвычайно важно обеспечить лицам с ПТСР после курса основного лечения (особенно лицам с тяжелыми физическими и психическими последствиями) длительный этап реабилитации, сопровождения и поддержки.
- Особенностью данного этапа является междисциплинарный характер оказываемой медицинской помощи при тесном межведомственном взаимодействии, осуществляемом на региональном уровне.
- Реабилитацию пациентов с ПТСР обеспечивают организации медицинской и социальной реабилитации.
- Медицинская реабилитация осуществляется в региональных центрах медицинской реабилитации, амбулаторных звеньях общесоматической сети и психиатрической службы – силами психотерапевтов, врачей-специалистов, медицинских психологов и специалистов по социальной работе.



# Реабилитационные методы

Отмечено положительное влияние физических упражнений и физической активности на тяжесть симптомов ПТСР - снижение симптомов депрессии и тревоги, плохого качества сна, снижение злоупотребления психоактивными веществами, повышение качества жизни.

Рекомендованы комбинированные упражнения (тренировки с отягощениями, аэробные упражнения, силовые упражнения, традиционная оздоровительная гимнастика), проводимые в течение 12 недель, три раза в неделю в течение 30 - 60 минут на процедуру.

## Физические упражнения:

- сочетают дыхание с различными движениями, увеличивающими экскурсии грудной клетки,
- дыхание сочетают с боковыми наклонами и поворотами туловища, максимальным использованием вспомогательной дыхательной мускулатуры, сопротивлением дыханию, упражнениями на расслабление мышц плечевого пояса, рук, туловища, (маховые движения для рук, наклоны туловища вперед, произнесение жужжащих, свистящих и шипящих звуков и др.),
- занятия продолжительностью 15 - 20 мин проводят 2 - 3 раза в неделю на протяжении не менее 4 нед.



# Реабилитационные методы

## Дыхательная гимнастика:

- **Выдох с сопротивлением.** После достаточно глубокого вдоха следует как можно медленнее выдохнуть через трубочку в воду. Упражнение повторяют 4 - 5 раз в день по 10 - 15 мин.
- **Диафрагмальное дыхание.** Исходное положение - лежа на спине. На счет 1-2-3 сделать мощный, длительный, глубокий выдох с вовлечением мышц брюшного пресса (при этом живот нужно сильно втянуть), на счет 4 - сделать диафрагмальный вдох, предельно выпячивая живот. Затем, быстро сократив мышцы живота и глухо покашлять. Упражнение выполняют лежа, сидя, стоя, во время занятий бегом или ходьбой.

# Биологическая обратная связь (БОС-терапия)

Метод биологической обратной связи (БОС-терапия) является частью немедикаментозной терапии. Он основан на принципе саморегуляции пациентом физиологических функций организма, которые не контролируются сознанием.

Биологическая обратная связь — или аппаратный аутотренинг — это возможность с помощью специальной компьютерной программы научиться регулировать свое состояние, постепенно избавляясь от беспокоящих симптомов.





## Гидротерапия для коррекции астено-невротического и иммуносупрессивного синдромов



- Ванны пресные лечебные. Проводят при температуре 38 С, ежедневно или через день по 10 - 15 мин, курс - 10 - 18 процедур. Повторный курс через 1 - 2 мес.
- Ванны ароматические лечебные. Применяют различные экстракты. Продолжительность процедур 10 - 15 мин для хвойных, 8 - 10 мин - для скипидарных ванн, ежедневно, курс - 10 процедур.



- Ванны контрастные лечебные. Проводятся с поочередным погружением в воду с температурой 38 - 42 С (2 - 3 мин) и 15 - 25 С (1 мин, в т.ч. с целью тонизации нервной системы последнее пребывание в данной процедуре), 3 - 6 переходов, курс - 8 - 10 процедур.



- Душ лечебный. Применяют нисходящие души - дождевой, игольчатый души холодной (18 - 20) и горячей (40 - 42) температуры среднего давления назначают по 3 - 7 мин; возможно применение этих душей с чередованием подачи холодной и горячей воды (15:30 с соответственно); струевые души (Шарко и шотландский с давлением 150 - 250 кПа, а также циркулярный - 100 - 150 кПа) той же температуры, назначают по 3 - 5 мин, курс - 8 - 10 процедур.



## Терапия с применением технологий виртуальной реальности с целью повышения устойчивости к восприятию психотравмирующих стимулов

- Виртуальная реальность позволяет вовлекать пациентов в мультисенсорные виртуальные среды (особенно в варианте интерактивной виртуальной реальности в сочетании с физическими нагрузками), специально адаптированные к раздражителям, которых они опасаются, индивидуальным и контролируемым образом, что приводит к более активному участию пациента и применяется в рамках комбинированной игровой психотерапии и экспозиционной терапии.
- Данный метод дает возможность проводить коррекцию восприятия пациентом психотравмирующих стимулов. Процедуры проводят ежедневно или через день, на курс 10 - 15 процедур продолжительностью 15 - 25 минут.





# Санаторно-курортное лечение



- Круглосуточная аэротерапия. Процедуры предусматривают максимально длительное пребывание пациента на свежем воздухе (включая сон в открытых климатопавильонах. Продолжительность воздействия определяют по холодовой нагрузке при фиксированной ЭЭТ. Для курсового проведения процедур используют умеренный (до 3 - 4 ч) и интенсивный (до 6 - 8 ч) режимы воздействия, курс - 10 - 12 процедур.
- Гелиотерапия. Гелиотерапию проводят по слабому и умеренному режимам, курс - 12 - 24 процедуры.
- Талассотерапия. Назначают по режиму умеренной (100 - 140 кДж/м<sup>2</sup>) или интенсивной (140 - 180 кДж/м<sup>2</sup>) холодовой нагрузке при температуре воды не ниже 18° и 16 °С соответственно.



# ПРАКТИКУМ



Восполнение ресурса



## Упражнение «16 ассоциаций»

---

- Упражнение может помочь осознать психологические проблемы, если Вы хотите лучше разобраться в собственных чувствах и понять, что Вам на самом деле нужно.
- Чтобы упражнение было результативным, его следует выполнять в абсолютном умиротворении и одиночестве.
- Подумайте о своей проблеме, обозначьте ее одним словом.
- К примеру, если Вы считаете, что на данный момент испытываете финансовые трудности – пусть это будет слово “деньги”, а если Вы считаете себе одиноким – напишите слово “любовь”. Нарисуйте на листе бумагу табличку.





# Ключ (интерпретация)

---

- 1 столбец - уровень Реальности. То что на поверхности.
- 2 столбец - уровень Разума. Что я об этом думаю на самом деле.
- 3 столбец - уровень Чувств. То, что я чувствую в связи с этим на самом деле.
- 4 столбец - корень проблемы или самые значимые вопросы.
- 5 столбец - ключ Бессознательного

Если в последующие несколько дней Вы не будете выпускать из головы ключевое слово, пытаться прикладывать его к различным сферам своей жизни, то может появиться о много мыслей, которые помогут вам лучше разобраться в себе и своем подсознании.



# ФОРМЫ ДНЕВНИКОВ САМОНАБЛЮДЕНИЯ И ТРЕНИРОВОК

## Дневник стрессовых ситуаций

Дата/ время	Ситуация, в которой возникает напряжение или тревога	Уровень тревоги в баллах (0–100)	Мысли	Физические ощущения

## Дневник релаксации

Дата/ время тренировки	Уровень напряжения перед тренировкой в баллах (0–100)	Уровень напряжения после тренировки в баллах (0–100)	Области легкого расслабления	Области затруднений в расслаблении



# ФОРМЫ ДНЕВНИКОВ САМОНАБЛЮДЕНИЯ И ТРЕНИРОВОК

## Самонаблюдение и релаксация в ситуациях с небольшим уровнем напряжения

Дата/время	Ситуация, в которой возникает напряжение или тревога	Мысли	Физические ощущения	Уровень напряжения в баллах (0–100)	Релаксация	Уровень напряжения после релаксации в баллах (0–100)
					Да (нет)	

## Самонаблюдение и релаксация в стрессовых ситуациях

Дата/время	Ситуация, связанная с напряжением или тревогой	Первые признаки (сигналы) тревоги		Уровень напряжения в баллах (0–100)	Релаксация	Уровень напряжения после релаксации в баллах (0–100)
		Мысли	Физические ощущения		Да (нет)	

## Самонаблюдение и релаксация в течение дня

Дата	Период времени			
	Утро (7 <sup>00</sup> –11 <sup>00</sup> )	Полдень (11 <sup>00</sup> –15 <sup>00</sup> )	Послеобеденное время (15 <sup>00</sup> –19 <sup>00</sup> )	Вечер (19 <sup>00</sup> –23 <sup>00</sup> )
Уровень напряжения до релаксации в баллах (0–100)				
Уровень напряжения после релаксации в баллах (0–100)				



# УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ БЫСТРОГО СНЯТИЯ НАПРЯЖЕНИЯ

## Упражнение I

- **Фаза напряжения:** Согните руки, держа их перед грудью параллельно полу. Закройте глаза, дышите легко и равномерно, крепко сожмите кулаки. Затем резко напрягите все мышцы рук: от плеча до кисти. Кулаки надо сжать так, чтобы мышцы начали вибрировать. Продолжайте дышать легко и равномерно. Напрягайте мышцы до такой степени, чтобы появилось легкое ощущение боли.
- **Фаза расслабления:** Опустите руки так, чтобы они свободно повисли вдоль тела. Расслабьте мышцы рук. Полностью расслабьтесь. Медленно вдыхайте и выдыхайте. Сосредоточьтесь на ощущениях тяжести и тепла в ваших руках, затем откройте глаза.
- **Контроль:** Если вы не можете дышать и напрягаться одновременно, необходимо потренироваться. Вы получите желаемый результат, если полностью сконцентрируетесь на мышечном усилии и дыхании. Если ваши руки после упражнения стали теплыми, значит, вы хорошо поработали. Если нет, попробуйте сначала.
- **Использование:** Применяйте это упражнение, чтобы освободиться от внутреннего напряжения перед важной встречей, выступлением или принятием решения. Используйте упражнения, когда хотите достичь быстрого физического расслабления или когда вы оказываетесь в стрессовой ситуации. Применяйте также это упражнение, когда раздражаетесь или беспокоитесь, вместо того чтобы, скажем, курить.

## Упражнение II

- **Фаза напряжения:** Лягте спиной, на пол или другую жесткую поверхность. Полностью вытяните ноги, положите руки вдоль тела. Дышите легко и свободно. Крепко сожмите ягодицы. Затем напрягите икры и бедра. Напрягите все ваше тело, одновременно делайте равномерные вдохи и выдохи – удерживайте напряжение примерно минуту. Старайтесь не выгибаться вверх, чтобы не получился «мост». Даже когда вы достигли уровня максимального напряжения, ягодицы должны касаться пола.
- **Фаза расслабления:** Позвольте напряжению полностью уйти. Возьмитесь руками за колени и покачайтесь так несколько раз, чтобы расслабить мышцы позвоночника.
- **Контроль:** Если упражнение удалось, вы почувствуете расслабление и тепло во всем теле. Если вы слишком сильно вытягивали ноги, у вас может появиться ощущение покалывания в стопах и икрах.
- **Использование:** Для быстрого расслабления и освобождения от напряжения; для расслабления мышц позвоночника; для уменьшения боли в спине.



## Восполнение ресурса

Совет №1

**Проведите в тишине  
не менее 30 минут**



И если есть желание —  
сделайте медитацию

Совет №2

**Поговорите с теми, кто  
вас вдохновляет**



Желательно с близкими  
вам людьми



## Восполнение ресурса

Совет №3

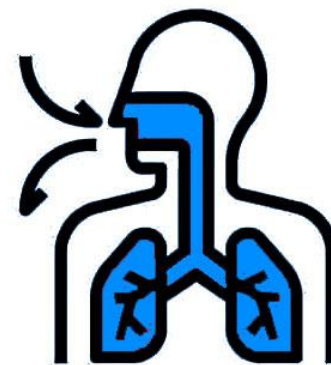
**Выполните физические упражнения**



Но не переусердствуйте: порой достаточно 20-минутной зарядки

Совет №4

**Сделайте дыхательные упражнения**



Все просто: вдох — 8 секунд,  
выдох — 16 секунд



## Восполнение ресурса

Совет №5

**Отправьтесь на прогулку в новое место**



Парк, улица, поле —  
все что душе угодно

Совет №6

**Выспитесь наконец**



Здоровый сон — основа физического  
и ментального здоровья



## Восполнение ресурса

Совет №7

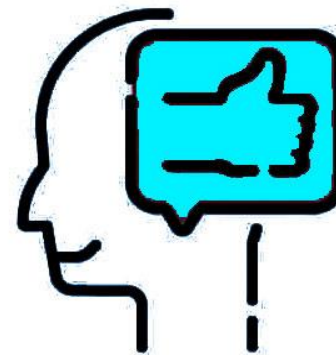
**Примите  
прохладный душ**



Или просто умойтесь

Совет №8

**Подумайте  
о хорошем**



Или вспомните  
счастливые моменты



## Восполнение ресурса

Совет №9

**Сделайте то, что вам  
нравится больше всего**



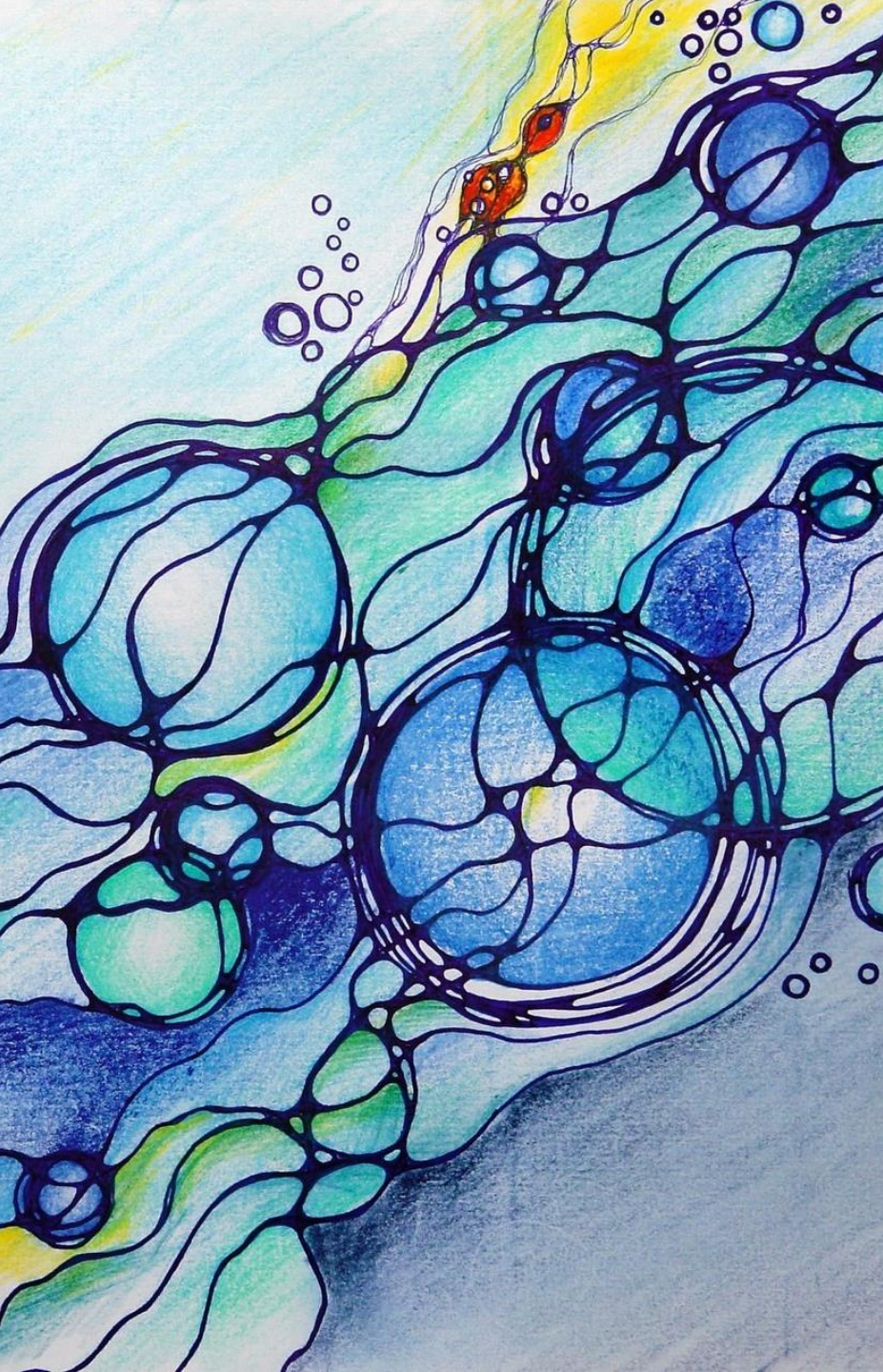
Выбор за вами

Совет №10

**Наведите порядок**



В реальной и виртуальной жизни



**БЛАГОДАРЮ ЗА  
ВНИМАНИЕ!**



---

Творческих  
успехов!

