



ТІМЧЕНКО Євген Євгенович,

асистент, Львівський національний медичний
університет імені Данила Галицького
ORCID ID: 0000-0001-9307-302X

ЄВСТРАТЬЄВ Євген Євгенович,

канд. фарм. наук, доцент, Львівський національний
медичний університет імені Данила Галицького

ОЛІЙНИК Сергій Петрович,

канд. фарм. наук,
фармацевтична компанія «Нобель-Україна», Київ.
ORCID ID: 0000-0003-1034-4918
Україна

РАЦІОНАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ І ЛІКУВАННЯ МЕДИЧНИХ І ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАТУСУ

На сучасному етапі економічного та політичного розвитку суспільства значно посилюється фактор негативного психогенного впливу на здоров'я населення. Важливість комплексного підходу до здоров'я людини стає особливо очевидною у випадку порушення гармонійної взаємодії організму та особистості людини з навколишнім середовищем на прикладі порушень психоемоційного статусу медичних і фармацевтичних працівників.

Однією з центральних проблем систем охорони здоров'я різних країн за останні роки стала поширеність порушень психоемоційного статусу медичних і фармацевтичних працівників, яка пов'язана зі зростанням вимог до психологічних ресурсів працівника. У свою чергу, це призвело до масових специфічних соціально-психологічних явищ, до яких належать емоційне і професійне вигорання і посттравматичний синдром¹.

У нинішній період глобальної кризи громадської охорони здоров'я через COVID-19 медичні працівники більше схильні до фізичного та психічного виснаження – вигорання через муки прийняття важких рішень, біль від втрати пацієнтів і колег, а також ризик інфікування себе та своїх сімей².

1 Драга Т. М., Мялюк О. П., Криницька І. Я. Особливості синдрому емоційного вигорання у медичних працівників / Т. М. Драга, О. П. М'ялюк, І. Я. Криницька // Медсестринство. 2017. № 3. С. 48–51.

2 Leo, C.G., Sabina, S., Tumolo, M.R., Bodini, A., Ponzini, G. (2021) Burnout Among Healthcare Workers in the COVID 19 Era: A Review of the Existing Literature. Front. Public Health, 9,750529. doi: 10.3389/fpubh.2021.750 529

Професійне і емоційне вигорання має далекосяжні наслідки для медичних і фармацевтичних працівників, пацієнтів та системи охорони здоров'я. Лікарі, які страждають на вигорання, мають більший ризик виснаження, де-гуманізації міжособистісних професійних відношень, зниження особистих і професійних досягнень, збільшення кількості лікарських помилок. Внаслідок важких психічних і фізичних переживань, катастроф, насильств, фізичних каліцтв, участі у військових діях та інших психогеній, у медичних і фармацевтичних працівників розвивається особлива стійка картина психотравмувальних переживань (з тривалим підтриманням перенесеної стресової ситуації), яку виділено в 1980 р. у Міжнародному класифікаторі хвороб (МКХ-10) як самостійну нозологічну одиницю (F43.1) – Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

ПТСР є психічним розладом, що розвивається у деяких осіб після травматичних подій, таких як природні та техногенні катастрофи, обстріли, бомбардування та інші загрози життю під час війни, сексуальне або фізичне насилля, дорожньо-транспортні пригоди, тортури тощо, які пов'язані з загрозою для власного життя (або іншої людини) або фізичної недоторканності та обумовили сильний страх, безпорадність або жах. Інші емоційні реакції пацієнтів включають провину, сором, гнів або емоційне оніміння. Дані щодо поширеності та захворюваності ПТСР в Україні за офіційними даними МОЗ України сьогодні відсутні³.

У сучасній Україні спостерігається збільшення кількості випадків цього синдрому, на що вказують вітчизняні та закордонні провідні фахівці. Три чверті українців не мають доступу до кваліфікованої допомоги у сфері психічного здоров'я, як констатують у Міністерстві охорони здоров'я України.

Дані, наведені МОЗ, впливають із результатів оцінювання проблематики психічного здоров'я в Україні, проведеної у Львівській, Полтавській та Запорізькій областях Міжнародним медичним корпусом, Світовим банком, Швейцарським бюро співпраці. «Державні університети не завжди можуть забезпечити належної якісної підготовки кадрів, а приватні заклади пропонують навчання психотерапевтів, яке іноді не базується на науково-обґрунтованих підходах до лікування. За відсутності системи ліцензування і сертифікації професіоналів і навчальних центрів, спеціалісти та пацієнти вимушені робити свій вибір наосліп. Громадяни часто стикаються з психологічними бар'єрами: сором, брак довіри до системи охорони здоров'я, недостатній обсяг інформа-

3 Наказ МОЗ України від 23.02.2016 р. № 121 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі». URL : https://dec.gov.ua/wpcontent/uploads/images/dodatki_/2016_121_PTSR/2016_121_YKPMD_PTSR.pdf?fbclid=IwAR067yDcA17RTXg67qO3m5jk6gnQmaS5HAe49cy0WzBggEciVhmhD_hTg7k (18.09.2022).

ції та рівень обізнаності, висока вартість лікування, страх перед можливістю поширення інформації про свою проблему, негативний досвід попередньої допомоги, географічна віддаленість», — йдеться в повідомленні МОЗ. У МОЗ наголосили, що проблеми з психічним здоров'ям в Україні є тісно пов'язаними з бідністю, безробіттям і відчуттям небезпеки, які посилюються у зв'язку з війною, розв'язаною агресивним нападом Російської Федерації⁴.

Настанова з клінічної практики Американської психіатричної асоціації (APA's Clinical Practice Guideline) рекомендує, як мінімум, чотири втручання для лікування ПТСР. Основні втручання є варіантами когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) відомої як раціональна реабілітація. Категорія КПТ охоплює різні типи та елементи лікування, що використовуються когнітивно-поведінковими терапевтами, тоді як терапія когнітивної обробки, когнітивна терапія та тривалий контакт є більш спеціалізованими методами лікування, які зосереджуються на конкретних аспектах КПТ.

Когнітивно-поведінкова терапія (Cognitive Behavioral Therapy) зосереджується на взаємозв'язку між думками, почуттями та поведінкою та зазначає, як зміни в будь-якому одному домені можуть покращити функціонування в інших доменах. Наприклад, зміна некорисного мислення людини може призвести до більш здорової поведінки та покращення регуляції емоцій. КПТ спрямована на поточні проблеми та симптоми та зазвичай проводиться протягом 12-16 сеансів в індивідуальному чи груповому форматі⁵. Лікарі, які використовують КПТ, можуть заохочувати пацієнтів переоцінити свої моделі мислення та припущення, щоб виявити некорисні моделі (які часто називають «викривленнями») у думках, такі як надмірне узагальнення поганих результатів, негативне мислення, яке применшує позитивне мислення, і постійне очікування катастрофічних результатів, до більш збалансованих і ефективних моделей мислення. Вони мають на меті допомогти людині переглянути своє розуміння травматичного досвіду, а також розуміння себе та своєї здатності впоратися. Вплив розповіді про травму, а також нагадування про травму чи емоції, пов'язані з травмою, часто використовуються, щоб допомогти пацієнту зменшити уникання та дезадаптивні асоціації з травмою. Мета полягає в тому, щоб повернути пацієнту відчуття контролю, впевненості в собі та передбачуваності, а також зменшити поведінку втечі та уникнення. Управління стресом і планування потенційних криз також можуть бути важливими компонентами лікування КПТ. Лікар разом із пацієн-

4 Експерти Світового банку дали оцінку галузі психічного здоров'я в Україні — повідомлення МОЗ України від 3 листопада 2017 року. URL : <https://moz.gov.ua/article/news/eksperti-svitovo-go-banku-dali-ocinku-galuzi-psihichnogozdorovja-v-ukraini>. (21.09.2022)

5 Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults, (2017) American Psychological Association. URL : <https://www.apa.org/ptsd-guideline>.

том має певну свободу у виборі елементів когнітивно-поведінкової терапії, яка буде найбільш ефективною для будь-якої конкретної людини⁶.

Терапія когнітивної обробки (Cognitive Processing Therapy) — це особливий тип когнітивно-поведінкової терапії, який допомагає пацієнтам навчитися змінювати та оскаржувати некорисні переконання, пов'язані з травмою. Терапія когнітивної обробки зазвичай проводиться протягом 12 сеансів і допомагає пацієнтам навчитися зменшувати симптоми ПТСР. Роблячи це, пацієнт створює нове розуміння травматичної події, щоб зменшити її постійний негативний вплив на поточне життя. Лікування починається з психопросвіти щодо ПТСР, думок і емоцій. Пацієнт починає краще усвідомлювати зв'язок між думками та емоціями та починає ідентифікувати «автоматичні думки», які можуть підтримувати симптоми ПТСР. Пацієнт пише заяву про вплив, де описує поточне розуміння того, чому сталася травматична подія, і вплив, який вона мала на переконання щодо себе, інших і світу. Як тільки пацієнт розвине навички ідентифікації та вирішення некорисного мислення, він використовує ці навички, щоб продовжувати оцінювати та змінювати переконання, пов'язані з травматичними подіями. На цьому етапі лікар допомагає пацієнту розвинути здатність використовувати ці адаптивні стратегії поза лікуванням для покращення загального функціонування та якості життя⁷.

Когнітивна терапія (Cognitive Therapy) передбачає зміну песимістичних оцінок і спогадів про травму з метою переривання тривожних моделей поведінки та/або мислення, які заважали повсякденному житті. Ця терапія ПТСР є похідною від когнітивно-поведінкової терапії. Когнітивна модель припускає, що в людини розвинеться ПТСР, якщо вона сприймає травматичну подію таким чином, що викликає відчуття серйозної загрози. Це може статися або через вкрай негативну оцінку травми чи її наслідків, або через порушення автобіографічної пам'яті про травму. Лікування передбачає зміну песимістичних оцінок і спогадів про травму, щоб перервати моделі поведінки та/або мислення, які заважали повсякденному життю людини. Лікар працює з пацієнтом, щоб визначити відповідні оцінки, спогади та тригери травми, які підтримують специфічні симптоми ПТСР у пацієнта. Лікар допомагає пацієнту припинити поведінку та спосіб мислення, які можуть зменшити відчуття поточної загрози, але в довгостроковій перспективі фактично підтримувати симптоми ПТСР. Лікар і пацієнт націлені на

6 Ehlers, A. (2013). Trauma-focused cognitive behavior therapy for posttraumatic stress disorder and acute stress disorder. In Simos, G., & Hofmann, S. G. (eds). CBT for anxiety disorders: A practitioner book (pp. 161–190). New York, NY: Wiley.

7 Monson, C.M., Resick, P.A., Rizvi, S.L. Posttraumatic stress disorder. In D.H. Barlow (Ed.), Clinical handbook of psychological disorders (5th ed.,). New York, NY: Guilford Press. 2014, pp. 80–113; Resick, P. A., Monson, C. M., Chard, K. M. (2016) Cognitive processing therapy for PTSD: A comprehensive manual. New York, NY: Guilford Press.

такі речі, як роздумування і придушення думок. Вони розповідають про те, як ці поведінкові та когнітивні стратегії порушують повсякденну поведінку та потенційно сприяють збереженню симптомів ПТСР. Пацієнта заохочують відмовитися від цих некорисних стратегій або спробувати поведінкові експерименти, щоб подолати або скасувати їхній вплив⁸.

Тривалий контакт (Prolonged Exposure) – це специфічний тип когнітивно-поведінкової терапії, який навчає людей поступово наближатися до спогадів, почуттів і ситуацій, пов'язаних із травмою. Більшість людей хочуть уникати всього, що нагадує їм про пережиту травму, але це підсилює їхній страх. Людина може зменшити симптоми ПТСР, активно навчаючись, що спогади та сигнали, пов'язані з травмою, не небезпечні і їх не потрібно уникати. Лікування проводиться протягом приблизно трьох місяців із щотижневими окремими сеансами. Лікарі починають з огляду лікування та розуміння минулого досвіду пацієнта, продовжують психоосвіту, а потім, як правило, навчають дихальній техніці для подолання тривоги. Зазвичай після оцінки та початкового сеансу починається експозиція. Оскільки це викликає велику тривогу у більшості пацієнтів, лікар наполегливо працює над тим, щоб терапевтичні стосунки сприймалися як безпечне місце для зустрічі з дуже страшними подразниками. Експозиція як уявна, так і *in vivo* використовується в темпі, який диктує пацієнт. Пацієнта заохочують кинути виклик самому собі, але робити це поступово, щоб досягти певного успіху в протистоянні подразникам, що викликають страх і впоратися з пов'язаними емоціями⁹.

Настанова з клінічної практики Американської психіатричної асоціації умовно рекомендує ще три методи психотерапії. Усі втручання, які отримали умовну рекомендацію, мають докази того, що вони можуть призвести до хороших результатів лікування; однак докази можуть бути не такими переконливими, або баланс користі від лікування та можливої шкоди може бути менш сприятливим, або втручання може бути менш застосовним для різних установ лікування або підгруп осіб з ПТСР. Додаткові дослідження можуть призвести до зміни рекомендацій.

Коротка еклектична психотерапія (Brief Eclectic Psychotherapy) поєднує елементи когнітивної поведінкової терапії з психодинамічним підходом. Вона фокусується на зміні емоцій сорому та провини і має на меті змінити хворобливі думки та почуття, які є результатом травматичної події. Згідно

8 Ehlers, A., Clark, D. M. (2000) A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*;15(3), pp. 249-275. DOI: 10.1016/S00 05-7967%2899%2900123-0; Ehlers, A., Hackmann, A., Grey, N., Wild, J., Liness, S., Albert, I., Deale, A., Stott, R., Clark, D.M. (2014) A randomized controlled trial of 7-day intensive and standard weekly cognitive therapy for PTSD and emotion-focused supportive therapy. *Am J Psychiatry*, 171(3), pp.294-304. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.130 40552.

9 Hembree, E. A., Rauch, S. A. M., Foa, E. B. (2003) Beyond the manual: The insider's guide to prolonged exposure therapy for PTSD. *Cognitive and Behavioral Practice*;10(1), pp. 22–30. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(03\)80 005-6](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(03)80 005-6).

з результатами досліджень, що лежать в основі настанови з клінічної практики, лікування складається з 16 окремих сеансів, кожна тривалістю від 45 хвилин до однієї години. Кожна з 16 сесій має певну мету. Це втручання призначене для осіб, які пережили одну травматичну подію. На останньому занятті створюється план запобігання рецидивам, щоб переглянути те, що було отримано під час лікування, і як це можна застосувати в майбутньому¹⁰.

Терапія десенсибілізації та повторної обробки рухів очей (Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy), є структурованим методом лікування, який заохочує пацієнта коротко зосередитися на спогаді про травму, одночасно відчуючи двосторонню стимуляцію (як правило, рухи очей), що пов'язано зі зменшенням яскравості та емоцій, пов'язаних із спогадами про травму. На відміну від інших методів лікування, які зосереджені на прямій зміні емоцій, думок і реакцій, спричинених травматичним досвідом, терапія EMDR фокусується безпосередньо на пам'яті та має на меті змінити спосіб зберігання пам'яті в мозку, таким чином зменшуючи та усуваючи проблемні симптоми.

Наративна експозиційна терапія (Narrative Exposure Therapy – NET) – це лікування осіб, які страждають від складної та множинної травми. Він найчастіше використовується в спільноті та з особами, які зазнали травми внаслідок політичних, культурних чи соціальних сил (таких як біженці). Часто невеликі групи людей отримують від чотирьох до 10 сеансів NET разом, хоча його можна надавати й індивідуально. Зрозуміло, що історія, яку людина розповідає собі про своє життя, впливає на те, як людина сприймає свій досвід і благополуччя. Формування історії життя виключно навколо травматичних переживань призводить до відчуття стійкої травми та страждання. Під керівництвом лікаря пацієнт створює хронологічний наратив свого життя, зосереджуючись головним чином на своєму травматичному досвіді, але також включаючи деякі позитивні події. Висловлюючи розповідь, пацієнт заповнює деталі уривчастих спогадів і розвиває цілісну автобіографічну історію. NET відрізняється від інших методів лікування своєю чіткою спрямованістю на визнання та створення свідчення того, що сталося, таким чином, щоб повернути самоповагу пацієнта та визнати його права людини¹¹.

Сучасні дослідження підтвердили корисність методів когнітивної терапії для зменшення тяжкості симптомів посттравматичного стресового розладу.

10 Lindauer, R. J. L., Gersons, B. P. R., van Meijel, E. P. M., Blom, K., Carlier, I. V. E., Virjlandt, I., Olf, M. (2005) Effects of Brief Eclectic Psychotherapy in patients with PTSD: Randomized clinical trial. *Journal of Traumatic Stress*, 18, pp. 205-212. <https://doi.org/10.1002/jts.20029>.

11 Fazel, M., Stratford, H.J., Rowsell, E., Chan, C., Griffith, H. and Robjant, K. (2020) Five Applications of Narrative Exposure Therapy for Children and Adolescents Presenting With Post-Traumatic Stress Disorders. *Front. Psychiatry*, 11, p.19. doi: 10.3389/fpsy.2020.00019

Ці методи лікування призвели до значного загального зниження тяжкості ПТСР та продемонстрували стійкість цих досягнень після лікування. Однак потенційний вплив лікування на психічне, фізичне та соціальне функціонування після завершення лікування в основному не вивчений. Загалом існує невизначеність щодо того, чи поведінкові втручання є ефективними для зменшення симптомів ПТСР та покращення функціонування та якості життя, якщо розлад викликаний фізичною чи медичною травмою, а не психологічною травмою. Багато пацієнтів, особливо ветеранів, можуть не отримати користі від лікування ПТСР, оскільки вони страждають від супутнього серйозного психічного захворювання. У реабілітаційній літературі недостатньо досліджень на цю тему, проте дослідження інвалідності постійно показують, що працевлаштування відіграє величезну роль в успішному одужанні осіб з психічними вадами, що включають ПТСР. Подальші дослідження мають вивчити їхню ефективність у контексті реабілітаційного менеджменту та зібрати докази щодо цієї популяції¹².

Щоб розробити та вдосконалити втручання для осіб з ПТСР, існує необхідність визначити фактори, які сприяють втручанню, що може додатково покращити результати психотерапії цього розладу. Крім того, незважаючи на накопичення досліджень у цій галузі, на сьогоднішній день жодне дослідження не вивчало шляхи, за допомогою яких когнітивне функціонування може впливати на результати лікування. Наприклад, один із шляхів, за допомогою якого когнітивна дисфункція може вплинути на психотерапію, полягає в прямому обмеженні розуміння, навчання або реалізації лікування або втручанні в здатність пацієнта повторно контекстуалізувати спогади¹³.

Виявлення механізмів, що лежать в основі зв'язку між дисфункцією пам'яті та поганими результатами лікування, має вирішальне значення для надання рекомендацій щодо відповідних цілей реабілітації для зменшення впливу когнітивної дисфункції на результати терапії. Конкретні підходи до реабілітації, які є найбільш прийнятними для покращення результатів терапії при ПТСР, залежатимуть від конкретних недоліків і їх зв'язку з терапевтичними та функціональними результатами.

DOI: 10.51587/9798-9866-95907-2022-009-133-139

- 12 Gimigliano, F., Young, V.M., Arienti, C., Barger, S., Castellini, G. et al. (2022) The Effectiveness of Behavioral Interventions in Adults with Post-Traumatic Stress Disorder during Clinical Rehabilitation: A Rapid Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19, 7514. <https://doi.org/10.3390/ijerph19127514>; Sacks, S.A., Schwartz, B., Mueser, K.T. (2017) A pilot study of the trauma recovery group for veterans with post traumatic stress disorder and co-occurring serious mental illness. *J Ment Health*. 26(3), pp. 237-241. doi: 10.1080/09638237.2016.1222057; Koch, L.C., Lusk, S.L., Hall, A.H. (2021) Complex Posttraumatic Stress Disorder and Rehabilitation Counseling. *Rehabilitation Research, Policy, and Education*, 35(3), pp. 185-200. DOI: 10.1891/RE-21-01.
- 13 Cenker, D.P., Asnaani, A., DiChiara, C., Harb, G.C., Lynch, K.G., Greene, J. and Scott, J.C. (2021) Neurocognitive Predictors of Treatment Outcomes in Cognitive Processing Therapy for Post-traumatic Stress Disorder: Study Protocol. *Front. Psychol.* 12, 625669. doi: 10.3389/fpsyg.2021.625669