

Л. В. Буцька
М. В. Чухраєв

Психофізичні методи діагностики, профілактики та корекції психосоматичних розладів у осіб, що працюють в екстремальних ситуаціях

Л. В. БУЦЬКА, М. В. ЧУХРАЄВ

**ПСИХОФІЗИЧНІ МЕТОДИ
ДІАГНОСТИКИ, ПРОФІЛАКТИКИ
ТА КОРЕКЦІЇ ПСИХОСОМАТИЧНИХ
РОЗЛАДІВ У ОСІБ, ЩО ПРАЦЮЮТЬ
В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЯХ**

(РЯТУВАЛЬНИКИ, ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІ,
УЧАСНИКИ БОЙОВИХ ДІЙ,
СПОРТСМЕНИ ВИСОКИХ КВАЛІФІКАЦІЙ)

Монографія

Київ
ДП «Видавничий дім «Персонал»
2017

УДК 616.895-07-08:615.814.1
Б94

Рецензенти: *В. В. Собецький*, д-р мед. наук, заслужений лікар України,
завідувач відділення Національного військово-медичного
клінічного центру “ГВКГ” Міністерства оборони України
О. О. Древицька, д-р мед. наук, доц. кафедри дитячої
соціальної та судової психіатрії НМАПО
ім. П. Л. Шупіка
О. Л. Туриніна, д-р наук в галузі психології, зав. кафедри
психології МАУП, академік МКА

*Схвалено Вченою радою Міжрегіональної Академії
управління персоналом (протокол № від 16.12.2015)*

Буцька Л. В., Чухраєв М. В.

Б94 Психофізичні методи діагностики, профілактики та корекції психосоматичних розладів у осіб, що працюють в екстремальних ситуаціях: монографія / Л. В. Буцька, М. В. Чухраєв. — Київ : ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. — 268 с. — Бібліогр.: 233–252 с.

ISBN 978-617-02-0276-5

Представлено теоретичні основи і систематизовано відомості про методи психофізичної діагностики і корекції станів осіб, які працюють в умовах високого психофізичного стресу, в тому числі методами рефлексотерапії. Детально описано методи електропунктурної діагностики (метод Накатані) і їх роль у доборі зон рефлексотерапевтичного впливу і психофізіопунктурної корекції, що дають змогу оцінити функціональний стан і провести експрес-діагностику та експрес корекцію вегетативних порушень у пацієнта як в умовах професійної діяльності, так і в умовах само- та взаємодопомоги. Наведено приклади застосування психо-акупунктури при психічному стресі і різних прикордонних психічних станах — депресії, неврозі, посттравматичних переживаннях.

Для військових, кризових і спортивних психофізіологів, психологів, терапевтів, які застосовують у своїй практиці рефлексотерапію, а також фахівців, які працюють в осередках бойових дій та екстремальних ситуаціях.

УДК 616.895-07-08:615.814.1

© Л. В. Буцька, М. В. Чухраєв, 2017

© Міжрегіональна Академія управління
персоналом (МАУП), 2017

© ДП «Видавничий дім «Персонал», 2017

ISBN 978-617-02-0276-5

ЗМІСТ

Вступ	5
РОЗДІЛ 1. Стресові розлади, психічна дезадаптація і психофізична гармонізація функціонального стану організму людини в екстремальних умовах	8
РОЗДІЛ 2. Електропунктурна діагностика (ЕПД) функціонального стану організму людини, що діє в умовах високих психофізичних навантажень	12
2.1. Особливості використання методу Накатані для диференціальної діагностики	13
2.2. Основні положення діагностики та диференціальної діагностики і її місце в клінічній практиці	14
2.2.1. Сутність нормативного коридору	15
2.2.2. Тест Накатані, феномен Ryodoraku	18
2.2.3. Правила проведення діагностики	21
2.2.4. Проведення обстеження за методом Накатані. Побудова карти Ryodoraku, особливості диференційної діагностики	24
2.2.5. Больові синдроми	57
2.2.6. Локалізовані явища на шкірі	65
2.2.7. Діагностика по животу	69
2.2.8. Хвороби накопичення	73
2.2.9. Додаткові дослідження черевної порожнини і передньої черевної стінки	77
2.2.10. Точки А-ШИ, ШОУ-ДАО в тесті Накатані	80
2.2.11. Тест Накатані і “міста” даосів	84
РОЗДІЛ 3. Психофізіотерапевтична система управління функціональним станом осіб, що працюють в умовах високих стресових навантажень	88
3.1. Оцінювання рівня психофізіологічного стану осіб, що працюють в умовах високих стресових навантажень	88

3.2. Перспективи застосування пунктурної фізіотерапії для оцінювання та корекції психофізичного стану осіб, що працюють в умовах стресу	110
3.3. Фізіотерапевтична система управління функціональним станом військовослужбовців	137
РОЗДІЛ 4. Психоакупресура для управління психоматичним станом особи, що працює в умовах стресу	144
4.1. Точки, які використовують для психопунктури	144
4.2. Психологічні методи для корекції психосоматичного стану осіб, що працюють в умовах високих психофізичних навантажень	159
4.3. Психоакупресура для подолання злості, гніву, почуття провини, складних травматичних переживань і депресії.....	168
РОЗДІЛ 5. Оцінювання рівня тривожно-депресивних розладів в учасників бойових дій	203
5.1. Методи оцінювання тривожно-депресивних розладів	203
5.2. Шкала для клінічної діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР) Clinical-administered PTSD Scale – CAPS (Weathers FW et al., 1992; Weathers F. W, 1993)	210
Список літератури.....	233
Додатки.....	253

*Присвячується видатному українському
вченому, неврологу, фізіотерапевту.
Людині з великої літери. Другу і Вчителю.
Самосюку Івану Захаровичу*

ВСТУП

У сучасних умовах організм людини піддається більш високим психічним і фізичним навантаженням, ніж будь-коли. Незважаючи на всі успіхи медицини, число хворих зростає. Приблизно дві третини загальної кількості захворювань повністю або частково визначаються психофізичними факторами, насамперед порушенням механізмів саморегуляції в системі: “опорно-руховий апарат — психічні центри — нервові центри — внутрішні органи”.

Діяльність осіб, які працюють в умовах високих психофізичних навантажень, — військовослужбовців, співробітників органів внутрішніх справ, членів спеціалізованих бригад МНС, медичної служби, спортсменів високих кваліфікацій, рятувальників та інші, — має свою специфіку. Полягає вона у необхідності виконання службових та професійних обов’язків в умовах, ускладнених впливом емоційних і фізичних стресових факторів. Пов’язано це з високими вимогами і відповідальністю за результат, емоційно і соціально напруженою обстановкою, в якій доводиться працювати, з високими фізичними навантаженнями, для військовослужбовців і рятувальників — локальними бойовими діями, стихійним лихом і катастрофами, напруженістю соціально-економічних відносин, масовими заходами, високою можливістю аварій, ризиком травматизації, а іноді й загибелі. До названих категорій осіб пред’являються значно вищі вимоги не лише у плані професійної підготовки, а й у плані особистісних якостей, емоційно-вольової стійкості, характеру поведінки, особливостей реагу-

вання в екстремальній ситуації, до їх фізичного і психічного здоров'я. Водночас ці люди знаходяться під впливом дії тих самих соціально-стресових факторів, що й основна частина населення. Виходячи з цього, вони можуть бути віднесені до групи ризику в плані виникнення у них стресових станів, посттравматичних розладів (ПТСР) і як наслідок — психічної дезадаптації.

Потрібен новий підхід до організації та проведення медико-профілактичних заходів, спрямованих на збереження професіонального довголіття, працездатності тих, хто пов'язаний по ходу своєї професійної діяльності з високими психофізичними перевантаженнями. Відповідно до рекомендацій ВООЗ “Психосоціальна реабілітація. Узгоджене положення” (“Psychosocial rehabilitation. A consensus statement”. WHO \ MNH \ MND \ 96.2; 9p.), розроблених у співпраці із Всесвітньою Асоціацією з психосоціальної реабілітації, стратегія реабілітації людей, які працюють в умовах підвищеного ризику, будується на трьох рівнях.

На *рівні індивідуума*: моніторинг, контроль, підтримання, зміцнення фізичного здоров'я; контроль, моніторинг, підтримання, зміцнення психічного здоров'я; відновлення навичок соціального функціонування (міжперсональне спілкування), аутогенне тренування, фіто-фізіо-терапевтична, фармакологічна підтримка; психологічна підтримка, доступність психосоціальних ресурсів; відновлення професійних навичок, організація дозвілля та житла.

На *рівні психолого-психіатричної служби і кадрових ресурсів*: створення концепції медико-психолого-психіатричної служби і розподіл ресурсів; поліпшення умов у лікувально-профілактичних закладах; навчання співробітників (лікарів, психологів); забезпечення необхідного рівня психолого-психіатричної допомоги.

На *громадському та державному рівні*: вдосконалення відповідного законодавства; посилення ролі споживачів медико-психолого-психіатричної допомоги; підвищення громадської

думки про осіб, які страждають нервово-психічними захворюваннями внаслідок виконання професійних обов'язків.

У книзі представлені теоретичні основи і систематизовані дані про методи психофізичної діагностики і корекції станів осіб, які працюють в умовах високого психофізичного стресу, в тому числі методами рефлексотерапії. Детально описано методи електроakupунктурної діагностики (методи Накатані і їх роль в доборі зон рефлексотерапевтичного впливу) і психофізіопунктурної корекції, що дозволяють оцінити функціональний стан і провести експрес-діагностику та експрес корекцію вегетативних порушень у пацієнта, в тому числі в умовах професійної діяльності, само- та взаємодопомоги.

Також детально описано застосування психоakupресури при психічному стресі і різних прикордонних психічних станах, у тому числі стані депресії, неврозі, при посттравматичних переживаннях. Окремими розділами представлено досвід і критерії оцінювання фізіопунктурної діагностики та корекції психофізичних станів у осіб, які працюють в умовах високих психофізичних навантажень, на прикладі спортсменів високих кваліфікацій.

У четвертій частині книги наведено психометричні таблиці і варіанти їх застосування для практичного оцінювання рівня тривожно-депресивних розладів. Розглянуто практичні методики психофізичної оцінки та роботи органів і функціональних систем на основі вегетативних тестів у поєднанні із застосуванням психометричних таблиць, методики психофізіологічної корекції.

Розділ 1

СТРЕСОВІ РОЗЛАДИ, ПСИХІЧНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ І ПСИХОФІЗИЧНА ГАРМОНІЗАЦІЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ УМОВАХ

Стрес (від англ. *stress* — навантаження, напруга; стан підвищеної напруги) — це сукупність неспецифічних адаптаційних (нормальних) реакцій організму на вплив різних несприятливих факторів-стресорів (фізичних або психологічних), що порушують його гомеостаз, а також відповідний стан нервової системи організму (або організму загалом). У медицині, фізіології, психології вирізняють позитивну (еустрес) і негативну (дистрес) форми стресу. Це визначення дає підстави вважати стрес виявом адаптаційного синдрому. Наслідки протікання стресу особистості залежать від таких якостей:

- властивості особистості та її індивідуальний досвід, що полегшують або ускладнюють адекватну перебудову захисних механізмів;
- індивідуальна значущість для суб'єкта виниклих аспектів взаємин із середовищем, стабільністю психофізіологічних співвідносин і функціональних можливостей.

Вираженість психо-емоційної напруги і вимоги до адаптаційних можливостей будуть посилюватися наростанням по мірі відмінностей між умовами, сформованими раніше у суб'єкта, і тими, що виникли внаслідок обставин. Однак, незважаючи на відсутність універсальних психічних стрес-факторів, слід пам'ятати про взаємозв'язок внутрішнього психологічного середовищного фактора й адаптаційних можливостей суб'єкта. Навіть треновані адаптаційні механізми у людини, звиклої до стресових впливів, незважаючи на оптимальні індивідуальні адаптаційні якості і стереотипи, не мо-

жуть впоратися з руйнуючими для особистості наслідками у катастрофічні періоди. До кризових факторів катастрофічного впливу можна віднести бойовий стрес, який є причиною формування посттравматичних стресових розладів (ПТСР).

У клініко-динамічному плані розрізняють гострі, хронічні та відстрочені посттравматичні стресові розлади.

Виокремлюють чотири критерії діагностики посттравматичного стресового розладу:

- розпізнаний стресор (травмуюче переживання);
- наявність повторного переживання травми (військові нічні кошмари);
- зниження відповідальності та активності в повсякденному житті (втрата інтересу до активної життєвої позиції, соціальна апатія, “афект скутості”);
- за умови, що будь-які два з наступного переліку симптомів не спостерігалися перед травмою: почуття провини того, хто вижив; труднощі концентрації уваги; тривожність; підвищена агресивність; гіперактуалізація; психопатичні вияви. Перебіг хвороби визнається хронічним, якщо зазначені симптоми спостерігалися більш як 6 місяців.

Посттравматичні стресові розлади залишаються у людей надовго навіть після того, як стресове травмування закінчилося. При діагностиці та лікуванні ПТСР потрібно враховувати, що симптоми цього розладу можуть варіювати. У разі відсутності своєчасної та адекватної допомоги, зазначені розлади набувають хронічного характеру і призводять до виражених порушень соціальної адаптації, наростання іпохондрії, що нерідко посилюється алкоголізмом чи наркоманією і є основними патогенними факторами у формуванні поєднаної соматичної та прикордонної психічної патології. В останньому випадку можна виділити провідні варіанти розвитку соматичної і психічної патології: ситуаційний, особистісний, соматичний і церебральний.

При *ситуаційному варіанті* (первинно-психогенному) негативні впливи умов життя руйнують захисні особистісні та біологічні механізми, що призводить до формування соматичних і психічних змін.

При *особистісному варіанті* хронічний емоційний стрес у людей формується на основі дискордантної або різко деформованої особистісної структури, часто в преморбиді відзначаються ознаки акцентуації або психопатизації.

Соматичний варіант розвитку захворювання формується навіть при гармонійній особистісній структурі особи на основі дефектності регуляторних (нейрон-гуморальних) і виконавчих (шлунок, серце, судини) систем.

При *церебральному варіанті* вихідним є те чи інше органічне захворювання ЦНС, або її наслідок (травми, судинна патологія, нейроінфекції, пухлиноподібні процеси). При цьому часто зустрічаються змішані поліморфні поєднання психічної та соматичної патології. Для осіб, що перебували в умовах тривалої адаптаційної напруги, найбільш значущими є три фактори:

- емоційна та фрустраційна напруженість;
- енергетичний потенціал резервних можливостей і стресостійкості;
- контроль соціальної поведінки.

Отже, найбільшого значення набуває медико-психологічна реабілітація як на тлі, так і після перебування в екстремальних і надзвичайних ситуаціях. Медична реабілітація й оновлення функціонального стану осіб, які працюють в умовах високих психофізичних навантажень і стресу, є актуальною проблемою реабілітаційної та спортивної медицини. При цьому важливо в реальному масштабі часу контролювати ефективність реабілітаційного процесу, спостерігаючи за спрямованістю саногенетичних та адаптаційних механізмів (В. В. Власов, 2004; В. П. Губа, 2000; С. І. Гуськов із співавторами, 2000; В. Н. Платонов, 2006; В. Д. Попов, 2002; О. М. Кокун, 2004; Р. М. Баєвський, 2002; В. А. Медик, В. К. Юр'єв, 2001; В. А. Дрюков із співавторами, 2003). У цьому зв'язку заслуговує на увагу поєднання методів електропунктурної діагностики (ЕПД): стандартного електропунктурного діагностичного вегетативного тесту А. І. Нечушкіним (стандартного вегетативного тесту або ЕПД-СВТ, або СВТ) і аурикулярної діагностики (АУД) (О. В. Коркушко, 2001; І. З. Самосюк із співавторами, 2007; Н. В. Чухраєв із співавтора-