

УДК 615.825+616-009+615.862

РОЛЬ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ В СИСТЕМІ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ПІСЛЯТРАВМАТИЧНІ СТРЕСОВІ РОЗЛАДИ

Бабов К.Д.¹, Романчук О.П.², Єнін Р.В.³

47

¹НДІ медичної реабілітації та курортології МОЗ України, м. Одеса

Південноукраїнський національний педагогічний університет ім. К.Д. Ушинського, м. Одеса

³411 Центральний військовий клінічний госпіталь, м. Одеса

Добре відомі клініко-фізіологічні аспекти впливу фізичних вправ на організм пацієнтів з післятравматичними стресовими розладами (ПТСР), які стосуються виврівнювання динаміки процесів збудження та гальмування, координації функції кори і підкоркових структур, оптимізації функції вегетативної нервової системи, доповнюються новітніми даними про підвищення стійкості до стресового чинника за впливу фізичних вправ за рахунок активізації нейропептида Галаніна, який захищає нейрони головного мозку від дегенерації, що відбувається під час стресу.

Дотримання основних принципів лікувальної фізичної культури у пацієнтів з ПТСР у поєднанні з психотерапевтичними впливами в системі медичної реабілітації сприятиме зменшенню розладів вегетативної нервової системи, емоційної сфери та вирішенню виховних завдань, коли відбувається свідомо, активна участь пацієнта у протистоянні різним транзиторним психічним станам (невпевненості, занепокоєння, страху).

Ключові слова: лікувальна фізична культура, медична реабілітація, посттравматичний стресовий розлад.

ТHERAPEUTIC PHYSICAL TRAINING ROLE IN SYSTEM OF MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH POST-TRAUMATIC STRESS DISORDERS

Babov K.D., Romanchuk A.P., Yenin R.V.

¹RSI of Medical Rehabilitation and Balneology, Odessa

²South Ukrainian National Pedagogical University n.a. K.D. Ushinsky, Odessa

³411 Central Military Clinical Hospital, Odessa

Today the problem of post-traumatic stress disorder (PTSD) in Ukraine is extremely important. After weighing the events of recent years, it is safe to say that most citizens is to some extent, exposed to extreme situations that cause mental disorders in the appropriate form of long lagging or reactions to stressful events threatening or catastrophic.

From this perspective, it is important to early diagnosis of PTSD and connecting professionals medical and psychological assistance, whose primary function is to apply psychotherapeutic effects that are realized through suggestive, autosuggestive and autosuggestive-kinesthetic methods. Equally important in recent years given breathing techniques, namely "rebirthing", developed by L. Orr, holotropic breathing, developed and improved methods of S. Grof and «Vivation», developed by John Leonard and F. Louth, which allow you to control the consciousness of the patient, identify the original source of mental disorders and neutralize them.

At the same time to avoid the possibility of natural and preformed physical factors in combination with psychotherapy influences can significantly speed up the recovery process. The first of them is the use of means and methods of medical physical culture, the possibility of which the impact on the patient's unlimited.

First of all, you need to stay on the means and methods used by exercise, because it allows for diversity training to enhance adaptive capacity and functional status of the patient in any stable condition and break abnormal connections that form inadequate psycho-somatic reactions underlying mechanism of many diseases, including PTSD. In addition, the arsenal of exercises includes a number of tools that can be done

Бабов К.Д., Романчук О.П., Єнін Р.В.

Роль лікувальної фвм'ки*культури в системі...

without willful effort (ideomotor, passive, reflex exercises) that allows for one of the basic principles of exercise - a gradual increase in load - considering even the grave condition of the patient, and the combination of exercise of psychotherapy influences and preformed physical factors allows for gradual activation of "willful effort", which is one of the factors that determines the success of not only medical but also social and vocational rehabilitation.

Well-known clinical and physiological aspects of exercise on the body of patients with PTSD related to alignment dynamics of excitation and inhibition, the coordination function of the cortex and subcortical structures, optimizing the function of the autonomic nervous system, supplemented by the latest data on the increased resistance *to* stress factors on the impact of exercise by activating neuropeptide galanin, which protects brain neurons from degeneration that occurs during stress.

Respect for fundamental principles of exercise therapy in patients with PTSD in combination with psychotherapeutic influence in the system of medical rehabilitation will reduce disorders of the autonomic nervous system, the emotional sphere and solving educational problems, when there is a conscious, active participation of the patient in facing various transient mental states (insecurity, anxiety, fear).

Key wo' rds: Therapeutic Physical Culture, Medical Rehabilitation, Post-Traumatic Stress Disorder

РОЛЬ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРЕССОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Бабов К.Д., Романчук А.П.², Енин Р.В.³

¹НИИ медицинской реабилитации и курортологии МЗ Украины, г. Одесса

²Южно-украинский национальный педагогический университет им. К. Д. Ушинского, г. Одесса

³411 Центральный военный клинический госпиталь, г. Одесса

Хорошо известные клинко-физиологические аспекты влияния физических упражнений на организм пациентов с посттравматическими стрессовыми расстройствами (ПТСР), касающиеся выравнивания динамики процессов возбуждения и торможения, координации функции коры и подкорковых структур, оптимизации функции вегетативной нервной системы, дополняются новейшими данными о повышении устойчивости к стрессовому фактору при воздействии физических упражнений за счет активизации нейротропного пептида Галанина, который защищает нейроны головного мозга от дегенерации, сопровождающей стресс.

Соблюдение основных принципов лечебной физической культуры у пациентов с ПТСР в сочетании с психотерапевтическими воздействиями в системе медицинской реабилитации будет способствовать уменьшению расстройств вегетативной нервной системы, эмоциональной сферы и решению воспитательных задач, когда происходит сознательное, активное участие пациента в противостоянии различным преходящим психическим состояниям (неуверенности, беспокойства, страха).

Ключевые слова: лечебная физическая культура, медицинская реабилитация, посттравматическое стрессовое расстройство

Вступ

Проблема післятравматичних стресових розладів (ПТСР) в Україні є надзвичайно актуальною. Адже з урахуванням подій останніх років можна з впевненістю стверджувати, що більшість громадян піддається впливу екстремальних ситуацій, які викликають відповідні психічні порушення у вигляді відставлених або затяжних реакцій на стресові події загрозливого або катастрофічного характеру. Аналіз відомих факторів, які потенціюють розвиток ПТСР, засвідчує, що більшість з них присутні у

нашому повсякденному житті. До найбільш вагомих із них слід віднести: психологічні травми, пов'язані із потенційним ризиком фізичного знищення, емоційним напруженням, втратою житла, роботи, звичного способу життя, військовими діями, терористичними актами, переосмисленням ментальних, релігійних і ідеологічних складових світогляду, а також психологічними характеристиками особистості, які свідчать про її емоційну нестійкість, підвищену тривожність.

Патогенез та клінічні прояви ПТСР

Обов'язковим критерієм ПТСР є їх прямиий зв'язок з тяжким стресорним фактором, який призводить до повторних епізодів нав'язливих спогадів, нічних кошмарів, відчуження, «емоційного заціпеніння» та ангедонії. У більшості випадків ПТСР переходить у хронічний процес, який доволі часто супроводжується психічними розладами — депресією (29% випадків), тривожними розладами (28% випадків), фобіями (12% випадків), алкоголізмом (10% випадків). В той же час описуються захисні механізми при ПТСР: істеричні реакції з нападами, дисоціативними проявами (втрата свідомості, пам'яті); проявами придушення емоцій в фізичному симптомі (істеричні сліпота, глухота, параліч); нав'язливими реакціями у вигляді ритуальних заклинань або дій в період загрози, що насувається. Такі особи живуть в стані напруження адаптаційних резервів, що тісно пов'язано з психологічним і фізіологічним благополуччям. У результаті патологічного процесу можливості пристосування вичерпуються, що передбачає розвиток хронічних змін особистості, які є практично незворотними. У цих випадках зміни особистості мають стабільний характер і проявляються ригідними і дезадаптивними ознаками, що призводять до стійких порушень у міжперсональному, соціальному і професійному функціонуванні (вороже або недовірливе ставлення до зовнішнього світу, соціальна відгородженість, постійне відчуття спустошеності або безнадійності). Згідно з аналізом психопатологічної симптоматики ПТСР виділяють декілька клінічних варіантів: тривожно-депресивний, астено-депресивний, дисфоричний і психосоматичний [6, 28].

Провідне значення у розвитку ПТСР мають поєднані та комбіновані травми, коли на перший план виходять соматогенні чинники: об'єм і ступінь тяжкості травматичного ураження (множинність ураження кісток і м'яких тканин, площа поверхні рани, перебіг репаративних процесів тощо), при якому провідними є такі фактори як больовий і астеничний синдром; гіподинамія, що призводить до дестабілізації роботи дихальної і серцево-судинної систем; ступінь черепно-мозкового ураження [25-27]. Значущим механізмом розвитку психічних розладів є особистісна реакція на політравму [25]. При цьому важливими є зменшення соціальної активності у період перебування у стаціонарі, втрата або важкість подальшого набуття

соціального, соціально-сімейного і професійного статусу з можливою інвалідизацією; безпосередня загроза життю. Має значення недостатня увага персоналу до пацієнтів [34].

При поєднаній травмі відзначаються такі нозогенні порушення, як астенія, депресія і тривожно-фобічні розлади [23, 25]. На думку А.Б. Смулевич [25] вони детермінуються психологічними, соціальними, конституціональними (характерологічні особливості особи) і біологічними факторами. За останні 20-30 років зросла кількість публікацій з вивчення клінічних аспектів нозогенії [1-4, 18-20, 32, 33]. Однак при цьому виникають складності, оскільки нозогенні реакції кваліфікуються в різних діагностичних рубриках МКХ-10, а в багатьох випадках розглядаються в межах ПТСР [31].

В наш час існуючі погляди на чинники розладів психіки пояснюються з позицій психонейроендокринології та психонейроімунології, а саме зв'язком подій зовнішнього середовища з фізіологічними імунною та нейроендокринною відповідями [4, 5, 11, 17, 24, 29, 30]. В останні роки показано нейротропну активність таких медіаторів імунітету, як інтерлейкін 1 (ІЛ-1), інтерлейкін 2 (ІЛ-2), інтерферон (ІФ), тимозін, фактор некрозу пухлини (ФНП), які здатні регулювати функції ЦНС. Пептидні комплекси, які здійснюють нейроімунну взаємодію, мають загальні для цих систем рецептори, що призводить до синтезу іммунокомпетентними клітками нейропептидів [5, 11-13, 30]. А клітини нейроендокринної системи, в свою чергу, продукують деякі лімфокіни і монокіни і відповідають на їх вплив. Структурна спорідненість рецепторів показана, наприклад, для АКТГ, ендорфінів, ІЛ-1 та ІЛ-2. Тобто, ці системи мають однаковий набір сигнальних молекул, в тому числі при відповіді на зовнішні психологічно значущі події. Показано, що у відповідь на травматичний чинник найчастіше спостерігаються ситуативні (нозогенні) депресії, іпохондричні і фобічні розлади, а також особистісні реакції на травму [14, 17, 25, 28].

Реабілітація хворих з ПТСР та роль ЛФК

За даними Смулевич А.Б. [25] найчастіше при травматичних ушкодженнях маніфестують астеничні (до 65-72%) та депресивні (22-45%) розлади різного ступеня вираженості, інші автори вказують на прояви астеничного

синдрому у 72,3% та депресивного, тривожно-фобічного і іпохондричного у 27,7% хворих [23].

Тому у таких випадках важливим є рання діагностика ПТСР та підключення фахівців медико-психологічної допомоги, основна функція яких полягає у застосуванні психотерапевтичних впливів, які реалізуються через сугестивні методи (гіпно-релаксуючі ефекти), ауто-сугестивні (самонавіювання, аутогенне тренування), ауто-сугестивно-кінестетичні методи [10]. Важливе значення у останні роки надається дихальним методикам, а саме «ребетінгу», розробленої Л. Орром [21], холотропного дихання, розробленої та удосконаленої С. Грофом [7, 8] та методики «Vivation», розробленої Дж.Леонардом і Ф.Лаутом [10], які дозволяють коригувати свідомість хворого, виявляти першопричини психічних розладів та нівелювати їх.

В той же час не слід уникати можливості застосування природних та преформованих фізичних факторів, які в комплексі з психотерапевтичними впливами можуть суттєво прискорити процес відновлення. До перших із них відноситься використання засобів і методів лікувальної фізичної культури (ЛФК), можливості якої у впливі на організм хворого необмежені.

В першу чергу, необхідно зупинитись на тих засобах та методах, які використовує ЛФК, адже саме їх розмаїття дозволяє застосовувати тренування для підвищення адаптаційних можливостей та функціонального стану організму хворого у будь-якому стабільному стані, а також розривати патологічні зв'язки, які формують неадекватні психосоматичні реакції, що лежать в основі механізму розвитку багатьох захворювань, в тому числі і ПТСР [4, 26]. Тут, слід нагадати, що протипоказань для використання ЛФК майже не має, а ті, які є, стосуються гострих станів, коли відзначається прогресування патологічного процесу (шок, колапс, кровотеча, гіпертермічна реакція, гострий період травми тощо), або мають тимчасовий характер. Засоби ЛФК у вигляді пасивних вправ та масажу вже починають застосовувати у стані пацієнта «без свідомості». Крім того, арсенал вправ включає низку засобів, які можуть виконуватись без вольового зусилля (ідеомоторні, пасивні, рефлекторні вправи), що дозволяє реалізувати один з основних принципів ЛФК - поступовість збільшення навантаження - з урахуванням навіть тяжкого стану хворого. У подальшому суворо дозовані активні вправи, які мають опиратися на дані

контролю за загальним станом хворого, клінічним перебігом захворювання, адаптаційними можливостями та функціональним станом організму та ураженої системи, дозволяють досягти бажаного результату на всіх етапах медичної реабілітації [9]. В той же час поєднання фізичних вправ із психотерапевтичними впливами та преформованими фізичними факторами дозволяє реалізувати поступовість активізації «вольового зусилля», яке є одним із чинників, що визначає успішність не тільки медичної, але й соціальної і професійної реабілітації [9].

Психотерапію і ЛФК поєднує спільність саногенетичних шляхів, які визначають основу взаємодії цих методів реабілітації, особливо при ПТСР, коли на перший план виходять механізми антистресової дії.

Так, ефективним і апробованим методом поєднаного використання психотерапії та ЛФК є прогресуюча релаксація за Е. Джекобсоном (релаксаційна гімнастика), метою якої є стимуляція пропріоцептивних і кінестетичних відчуттів напруження і переходу до стану релаксації за рахунок послідовного засвоєння серії ізометричних вправ та вправ на розслаблення. В цьому випадку фізичні вправи сприяють примусовому зниженню напруженості, яка не піддається ауто- або гетеросугестивним впливам. Це створює седативний ефект, а вмикання рухового компоненту («вольового зусилля») призводить до форсування сомнолентних станів, зменшує дефіцит навіювання, недостатню віру і, як наслідок, скорочує терміни досягнення позитивного ефекту. Механізм реалізації даного виду поєднаного використання психотерапії та ЛФК пов'язаний з виконанням вправ у «посиланні» та «блокуванні» імпульсів до робочого м'язу. Досягнення стану релаксації після статичного напруження є фізіологічно обґрунтованим, адже під час напруження поступово виникає дефіцит медіаторів нейро-м'язової передачі (ацетилхоліну) у відповідних синапсах, а ізометричне скорочення м'язів викликає дефіцит енергетичних субстратів та порушує роботу актин-міозинового комплексу, що сприяє подальшому мимовільному розслабленню м'язів. Закріплення даного ефекту на рівні умовного рефлексу під час занять ЛФК сприятиме навчанню пацієнта довільній релаксації, що дозволяє справитись з стресом. Слід додати, що психофізичний механізм даного методу оснований на зв'язку негативних емоцій з напруженням м'язів, адже негативні емоції завжди викликають м'язове

напруження. В той же час, керування останнім дозволяє ефективно контролювати свої емоції.

Добре відомі клініко-фізіологічні аспекти впливу фізичних вправ на організм пацієнтів із ПТСР, які стосуються вирівнювання динаміки процесів збудження та гальмування, координації функції кори і підкоркових структур, оптимізації функції вегетативної нервової системи, доповнюються новітніми даними про підвищення стійкості до стресового чинника при впливі фізичних вправ за рахунок активізації нейропептида Галаніна [35], який захищає нейрони головного мозку від дегенерації, що відбувається під час стресу. До цього слід додати, що основною мішенню стресу на центральному рівні є префронтальні ділянки кори головного мозку, які відповідальні за складну когнітивну поведінку, таку як планування, прийняття рішень, регуляція емоцій та стійкість до стресів, а при депресивних реакціях на стрес в них відбуваються процеси атрофії, які пов'язані із зменшенням кількості дендритних виростів та синапсів, що відповідно зменшує нейропластичність системи [35].

В цьому аспекті на перший план виступає такий принцип ЛФК, як систематичність, адже використання засобів психотерапії, які стосуються пояснення, переконання, перемикання уваги на фізичну активність, трудові процеси, а також сугестивних інструкцій, у поєднанні з регулярними фізичними вправами сприяє зменшенню розладів вегетативної нервової системи, емоційної сфери та вирішенню виховних завдань, коли відбувається свідомо, активна участь пацієнта у протистоянні різним транзиторним психічним станам (непевненості, занепокоєння, страху) за рахунок урівноваженості поведінкових реакцій.

З цією метою можуть використовуватися всі засоби ЛФК, які мають загальнозміцнювальний ефект. В той же час, перевага надається вправам помірної інтенсивності, які поєднуються з глибоким диханням, вправам з опором, з обтяженням, зі снарядами, на снарядах, вправам на розвиток координаційних здібностей та тренування вестибулярного апарату, можуть включатися прикладні вправи, елементи кінезотерапії, механотерапії.

Важливим чинником активізації нейропептида Галаніну в префронтальних ділянках кори головного мозку за умов впливу фізичних навантажень є реалізація у процедурі ЛФК загальних принципів тренування,

основними з яких є повторність, регулярність, тривалість, поступовість та адекватність, коли з урахуванням вихідного стану пацієнта з ПТСР, його адаптаційних можливостей та функціонального стану різних органів та систем, проводиться дозований тонізуючий та стимулюючий вплив на ЦНС та організм у цілому.

Тут слід нагадати, що в основі ЛФК лежить призначення режиму рухової активності, який визначає добір засобів та методів. Реалізація цього принципу передбачає суворе дозування фізичних вправ, яке, як ми згадували раніше, починається з використання пасивних впливів.

З покращенням стану пацієнта, з включенням до процедури лікувальної гімнастики активних вправ, вмикаються мотиваційні компоненти психотерапевтичних впливів, коли пацієнт має змогу самостійно регулювати інтенсивність вправ з урахуванням суб'єктивних критеріїв (сон, самопочуття, загальний стан), саме тут важливого значення набувають сугестивні, аутосугестивні та аутосугестивно-кінестетичні методи впливу.

Найбільш ефективним для реалізації принципу тренування в ЛФК є санаторно-курортний етап медичної реабілітації, коли на тлі використання суворо дозованих загальнозміцнювальних та спеціальних фізичних вправ проводиться загартування організму, підвищення працездатності та психологічної стійкості. Широко впровадяться різні види масажу, фізіо- та бальнеопроцедур, акватерапія, прогулянки, екскурсії тощо.

В цьому плані повинен реалізовуватись такий базовий принцип ЛФК як контроль ефективності застосування засобів психофізичної корекції.

Наріжним каменем будь-яких реабілітаційних впливів, в тому числі й ЛФК, є адекватність методів контролю функціонального стану організму та уражених систем, які повинні застосовуватись в межах оперативного та поточного контролю, що б надавало можливість здійснювати моніторинг впливу реабілітаційних заходів [9]. У методичних рекомендаціях, підготовлених Українським науково-дослідним інститутом соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України спільно з Українським науково-дослідним інститутом медичної реабілітації та курортології МОЗ України та Українським науково-дослідним інститутом медицини транспорту МОЗ України «Інноваційні підходи до організації медико-психологічної допомоги післятравматичного стресового розладу» достатньо повно описані напрямки та

методики контролю стану реабілітантів з ПТСР, які передбачають оцінку стану здоров'я, психофізіологічного, психологічного стану, перебігу травм, захворювань та загострень хронічних захворювань, психоемоційних і психосоматичних порушень [6,9,15,29].

Для дослідження психологічної сфери рекомендовано включати виявлення індивідуально-типологічних особливостей (ІТО) особистості, особливостей мотиваційної сфери, актуального психічного стану, внутрішніх конфліктів, для чого можуть бути використані опитувальник ІТО Собчик; особистісні опитувальники Айзенка (ЕРІ), СМОЛ, САН; опитувальник формально-динамічних властивостей індивідуальності В.М. Русалова; тест вибору кольору (Люшера); рельєф психічного стану особистості, бесіда, опитувальники мотивації, шкала рівня реактивної й особистісної тривожності (Спілбергера-Ханіна), тест Ізарда, тест-опитувальник самовідношення В. В. Століна, стрес- та копінг-стратегії Д. Амірхана, С. Фолкмана, С. Хофболла (SACS), Р. Лазаруса - С. Фолкмана, С. Нормана, Місісіпський опитувальник для бойового ПТСР.

Заслуговує на увагу запропонований розробниками методичних рекомендацій АПК «СПАС», який дозволяє дослідити сенсомоторні реакції, увагу, пам'ять стійкість до впливу стресів, втому [15]. Для оцінки функціонального стану організму пропонується використовувати показники адаптаційного потенціалу та індексу Кердо, для чого проводиться реєстрація основних

антропометричних параметрів та параметрів діяльності кардіореспіраторної системи.

На нашу думку, певної уваги заслуговує також комплекс методів саногенетичного моніторингу, запропонований А.В. Паненко [22], який згідно розробленого автором алгоритму дозволяє на підставі результатів дослідження з використанням експресних поліфункціональних методів (спіроартеріокардіоритмографії, комп'ютерного вимірювання рухів та лазерної кореляційної спектроскопії) надати комплексну оцінку стану кардіореспіраторної, психомоторної систем, та системи метаболізму, що є важливим для оцінки впливу реабілітаційних заходів з використанням ЛФК.

Висновки

Лікувальна фізична культура, основні механізми якої пов'язані із тонізуючим, трофічним, компенсуючим та нормалізуючим функції впливами повинна займати одне із провідних місць в системі медичної реабілітації пацієнтів з ПТСР. В процесі реабілітації заняття ЛФК забезпечують боротьбу з гіпокінезією і стимулюють психофізичну активність самого хворого, вдосконалюють компенсації та адаптують його до навантажень побутового та соціального характеру.

Література

- Агеенкова ЕК. Феномены системы. Советская Белоруссия. 1989. Март 4 (53):3.
 - Арсененко ЛД. Психонейроиммунологические аспекты рецидивирующей герпетической инфекции. Сибирский вестник психиатрии и наркологии; 2008 1(48): 103—108.
 - Боденхаймер Б, Холл М. Победы свой страх. М.: Издательство Астрель; 2004.
 - Бройтигам В, Кристиан П, Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. М.: Гэотар медицина; 1999.
 - Ветлугина ТП, Арсененко ЛД, Семке ВЯ. Клинико-биологические факторы риска формирования патологического развития личности при хронической герпетической инфекции. Социальная и клиническая психиатрия; 2014 1:44-48.
- Бабов К.Д., Романчук О.П., Снін Р.В.**

References

- Ageenkova EK. Fenomeny sistemy [Phenomena of system], Soviet Byelorussia. 1989 March;4(53):3.
- Arsenenko LD, Vetlugina TP, Semke VY. Psihonejroimmu-nologicheskie aspekty recidivirujushhej gerpeticheskoj infekcii [Psychoneuroimmunological aspects of recurrent herpes infection]. Siberian herald of Psychiatry and Addiction. 2008; 1 (48):103-108.
- Bodenheimer B, Hall M. Pobedi svoj strah [Conquer your fear]. Moscow: Publisher Astrel; 2004.
- Broytigam V, Christian P, Rad M. Psihosomaticheskaja medicina [Psychosomatic Medicine], Moscow: Geotar medicine; 1999.
- Vetlugina TP, Arsenenko LD, Semke VY. Kliniko-biologicheskie faktory riska formirovanija patologicheskogo razvitija lichnosti pri hronicheskoj gerpeticheskoj infekcii [Clinical and biological risk factors of pathological personality development in chronic herpes infection]. Social and clinical

Роль лікувальної фізичної культури в системі...

- Гриневич ЄГ, Дубинська ЮВ, Олексєенко П. 6
Маркери аутоагресивної поведінки у рятувальників аварійно-рятувальних служб. Український вісник психоневрології; 2008 16/1(54).
- Гроф С. Путешествие в поисках себя. М.; 1994. 7
Гроф С. Холотропное дыхание. Институт трансперсональной психологии; 2001. 8
Муцій ОС, Пінчук ІЯ, Хаустова ОО, Бабов КД, Золотарьова ТА, Шафран ЛМ, Панів БВ, Псядло ЕМ, Горбань АЄ. Інноваційні підходи до організації медико-психологічної допомоги післятравматичного стресового розладу. Київ, 2014. 9
Леонард Дж, Лаут Ф. Ребефинг или как познать и использовать всю полноту жизни. С.-Пб.:Икам; 1993. 10
Лесик НВ. Патогенетическая терапия больных атопическим дерматитом на основе анализа клинико-психо-вегето-иммунных соотношений. Центр, науч.- исслед. кожно-венерол. ин-т. - М.; 1988. 11
Малкина-Пых ИГ. Психосоматика: Справочник практического психолога. М.: Эксмо; 2005. 12
Малкіна-Пих ІГ. Психологічна' допомога в кризових ситуаціях. М.: Ексмо, 2005. 13
Медведев ВЭ., Копылов ФЮ, Троснова АП, Мачильская ОВ, Мартынов СЕ, Висуров СА. Психосоматические соотношения при кризовом течении гипертонической болезни. Психические расстройства в общей медицине; 2007 1:10-13. 14
Розанов ВА, Псядло ЭМ, Кременчуцкая М К. Методические указания по проведению психологического тестирования работников МЧС (Копинг-тесты) Одесса: ОНУ; 2011. 15
Михайлов БВ. Стан і стратегічні напрями розвитку психотерапії та медичної психології. Медична психологія; 2011 3:44-48. 16
Мищук ЮЕ. Особенности клиники и подходов к лечению тревожно-депрессивных расстройств у женщин, больных раком молочной железы, перенесших мастэктомию. М.; 2008. 17
psychiatry, 2014; 1:44-48.
Grinevich EG, Dubinsky V, Oleksyeenko II. Markery autoaghresyvnoji povedinky u rjatuvaljnykiv avarijno-rjatuvaljnykh sluzhb [Markers of autoaggressive behavior in rescue of emergency services]. Ukr Journ neuropsychiatrist, 2008; 16/1 (54)
Grof S. Puteshestvie v poiskah sebja [Travel in search of itself], Moscow: 1994.
Grof S. Holotropnoe dyhanie [Holotropic breath]. Ed.: Institute of Transpersonal Psychology; 2001.
Musii OS, Pinchuk Ha, Khaustova OO, Babov KD, Zolotarova TA, Shafran LM, Paniv BV, Psiadlo EM, Horban Ale. Innovatsiini pidkhody do orhanizatsii medyko-psykholohichnoi dopomohy pislitratvmatychnoho stresovoho rozladu [Innovative approaches to medical and psychological assistance in posttraumatic stress disorder]. Kyiv, 2014.
Leonard G, Louth F. Rebefing ili kak poznat' i ispol'zovat' vsju polnotu zhizni [Rebirthing or how to understand and use all the fullness of life]. Saint-Petersburg: "ICAM"; 1993.
Lesik NV. Patogeneticheskaja terapija bol'nyh atopicheskim dermatitom na osnove analiza kliniko-psiho-vegeto-immunnyh sootnoshenij [Pathogenetic therapy of patients with atopic dermatitis, based on the analysis of clinical and psycho-vegetative-immune relations]. Central Research Institute of Skin and Venereal Diseases. Moscow; 1988.
Malkina-Pyh IG. Psihosomatika: Spravochnik prakticheskogo psihologa [Psychosomatics: Handbook of Practical Psychology]. Moscow: Publishing House "Eksmo"; 2005.
Malkina-Pyh IG. Psykholohichna dopomogha v kryzovykh sytuacijakh [Psychological assistance in crisis situations], Moscow: Publishing House "Eksmo"; 2005.
Medvedev VE, Kopylov FU, Trosnova AP, Machilsky OV, Martynov SE, Visuri SA. Psihosomaticheskie sootnoshenija pri krizovom techenii gipertonicheskoy bolezni [Psychosomatic correlations in crisis course of essential hypertension]. Mental disorders in general medicine, 2007; 1:10-13.
Rozanov VA, Psyadlo EM, Kremenchutskaya MK. Metodicheskie ukazaniya po provedeniyu psihologicheskogo testirovaniya rabotnikov MChS (Koping-testyi) [Guidelines for the psychological testing of employees of Ministry of Emergency Situations (Koping tests)], Odessa: ONU; 2011.
Mykhailov BV Stan i stratihichni napriamy rozvytku psykhoterapii ta medychnoi psykholohii [Condition and strategic directions of psychotherapy and medical psychology]. Medychna psykholohiia [Medical Psychology]; 2011 3:44-48.
Mishchuk YE. Osobennosit kliniki i podhodov k lecheniju trevoataxpressivnyh rasstrojstv u zhenshhin, boTnyfa rakom molochnoj zhele~y, perenesshih mastjektomyu [Features of clinic and approaches to the treatment of anxiety and depressive disorders in women with breast cancer who underwent mastecSoeyJ. Moscow; 2008.

- Моллаева НР., Антропов ЮФ. Лечение детей с психосоматическими расстройствами, включающими нарушения функции щитовидной железы: Материалы российской конференции «Современные принципы терапии и реабилитации психических больных»; М., 2006.
- Моллаева НР., Антропов ЮФ. Особенности психического статуса детей с гипотиреозом: 3-й международный конгресс «Молодое поколение 21 века: Актуальные проблемы социально-психологического здоровья». Казань; 2006.
- Моллаева НР., Антропов ЮФ. Психосоматические аспекты патологии щитовидной железы у детей: Сб. тезисов 1 международного конгресса. СПб; 2006.
- Орр Л. Осознанное дыхание. Режим доступа: <http://fantbooks.com/books/ezoterika/orr-1/2005/files/osoznanoedihanie2005.doc>
- Паненко АВ, Романчук ОП. Передумови та можливості практичного застосування комплексного дослідження функціонального стану організму пацієнтів під час санаторно-курортної реабілітації. Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія; 2003 1: 30-33.
- Волошин ПВ. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація: методичні рекомендації. Харків; 2002.
- Семке ВЯ, Ветлугина ТП, Невидимова ТИ, Иванова СА, Бохан НА. Клиническая психонейроиммунология. Томск; 2003.
- Смулевич АБ, Дубницкая ЭБ, Дробизhev МЮ, Бурлаков АВ, Макух ЕА, Горбушин АГ. Депрессии и возможности их лечения в общемедицинской практике (предварительные результаты программы ПАРУС). Психические расстройства в общей медицине; 2007 2(2):5-23.
- Смулевич АБ. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: Медицинское информационное агентство; 2003.
- Смулевич АБ, Сыркин АЛ, Дробизhev МЮ. Психокardiология. М., 2005.
- Чабан ОС, Хаустова ОО, Маркова МВ, Жабенко ОЮ. Багаторівнева корекція психосоматичних розладів в загальній медичній практиці (на прикладі метаболічного синдрому Х). Журнал
- 18 Mollaeva NR, Antropov YF. Lechenie detej s psihosomaticheskimi rasstrojstvami, vkljuchajushhimi narushenija funkcii shhitovidnoj zhelezy [Treatment of children with psychosomatic disorders, including thyroid dysfunction]. Proceedings of Russian Conference. Modern principles of treatment and rehabilitation of mental patients. Moscow; 2006.
- 19 Mollaeva NR, Antropov YF. Osobennosti psihicheskogo statusa detej s gipotireozom [Features of the mental status of children with hypothyroidism]. 3rd Int. Congress. The younger generation of the 21st century: Topical problems of socio-psychological health. Kazan; 2006
- 20 Mollaeva NR, Antropov YF. Psihosomaticheskie aspekty patologii shhitovidnoj zhelezy u detej [Psychosomatic aspects of thyroid disease in children]. Abstracts 1st International Congress. St. Petersburg; 2006.
- 21 Orr L. Conscious breathing. Available at: <http://fantbooks.com/books/ezoterika/orr-1/2005/files/osoznanoedihanie2005.doc>
- 22 Panenko AV, Romanchuk AP. Peredumovy ta mozhlyvosti praktychnoho zastosuvannia kompleksnoho doslidzhennia funktsionalnoho stanu orhanizmu patsientiv pid chas sanatorno-kurortnoi reabilitatsii [Background and practical application of complex research of functional state of patients during sanatorium rehabilitation], Medychna reabilitatsiia, kurortolohiia, fizioterapiia [Medical rehabilitation, balneology, physiotherapy]; 2003 1:30-33.
- 23 Voloshyn PV, et al. Posttravmatychni stresovi rozlady: diahnostryka, likuvannia, reabilitatsiia: metodychni rekomendatsii [Post-traumatic stress disorder: diagnosis, treatment, rehabilitation: guidelines]. Kharkiv; 2002.
- 24 Semke VY, Vetlugina TP, Nevidimova TI, Ivanov SA, Bohan NA. Klinicheskaja psihonejroimmunologija [Clinical psychoneuroimmunology]. Tomsk; 2003.
- 25 Smulevich AB, Dubnitskiy EB, Drobizhev MY, Burlakov AV, Makuh EA, Gorbushin AG. Depressii i vozmozhnosti ih lecheniya v obschemeditsinskoy praktike (predvaritelnye rezultaty programmy PARUS) [Depression and the possibility of treatment in general practice (preliminary results program SAIL)]. Mental disorders in general medicine; 2007 2(2):5-23.
- 26 Smulevich AB. Depressii pri somaticheskikh i psihicheskikh zabolevaniyah [Depression at somatic and psychiatric diseases]. Moscow: Medical News Agency; 2003
- 27 Smulevich AB, Sirkin AL, Drobizhev MY. Psihokardiologiya [Psihokardiologiya]. Moscow; 2005
- 28 Chaban AS, Khaustova AA, Markov NV, Zhabenko O. Baghatorivneva korekcija psykhosomatychnykh rozladiv v zaghalnij medychnij praktyci (na prykladi metaboličnogho sindromu X) [Multilevel correction of psychosomatic disorders in general medical practice (for example, metabolic syndrome X)]. Journ

- української лікарської еліти; 2010. 2: 92-97.
- Шафран ЛМ, Нехорошкова Ю В, Чумаева ЮВ. Нейрогормональные и психофизиологические особенности медикопсихологической реабилитации пожарных-спасателей. Клінічна та експериментальна патологія; 2012. Т.XI, 3 (41): 186-190.
- Connor TJ, Leonard BE. Depression, stress and immunological activation: the role of cytokines in depressive disorders. *Life Sci*, 1998 7: 583-606.
- Donnelly JM, Kornblith AB, Fleishman S, Zuckerman E, Raptis G. A pilot of interpersonal psychotherapy by telephone with cancer patients. *Psychooncology*; 2000. 9(1):44-56.
- Forrester AW, Lipsey JR, Teitelbaum ML, DePaulo JR, Andrzejewski PL. Depression following myocardial infarction. *International Journal of Psychiatry in Medicine*; 1992. 22 (1):33-46.
- Grof S, Halifax J. *The Human Encounter with Death*. New York: E.P. Dutton, 1977.
- Kalling, L., Uhlir H, Priker H, Kullrich W, Kurz RW. Die Psychodynamik von Angst und Depression in der ambulanten kardialen Rehabilitation. *Journal fur Kardiologie*; 2005 12(5-6): 111.
- Sciolino NR, Smith JM, Stranahan AM, Freeman KG, Edwards GL, Weinshenker D, Holmes PV. Galanin mediates features of neural and behavioral stress resilience afforded by exercise. *Neuropharmacology*; 2015. doi: 10.1016/j.neuropharm.2014.09.029
- of Ukr medic elite; 2010 2:92-97.
- 29 Shafran LM, Nehoroshkova YuV, Chumaeva YuV. Neyrogormonalnyie i psihofiziologicheskie osobennosti medikopsihologicheskoy reabilitatsii pozhamyih-spasateley [Neurohormonal and psychophysiological features of medical and psychological rehabilitation of fire-rescue]. *Klinichna ta eksperimentalna patologiya* [Clinical and Experimental Pathology]; 2012 3(41): 186-190.
- 30 Connor TJ, Leonard BE. Depression, stress and immunological activation: the role of eytokines in depressive disorders. *Life Sci*, 1998 7: 583-606.
- 31 Donnelly JM, Kornblith AB, Fleishman S, Zuckerman E, Raptis G. A pilot of interpersonal psychotherapy by telephone with cancer patients. *Psychooncology*; 2000. 9(1):44-56.
- 32 Forrester AW, Lipsey JR, Teitelbaum ML, DePaulo JR, Andrzejewski PL. Depression following myocardial infarction. *International Journal of Psychiatry in Medicine*; 1992. 22 (1):33-46.
- 33 Grof S, Halifax J. *The Human Encounter with Death*. New York: E.P. Dutton, 1977.
- 34 Kalling, L., Uhlir H, Priker H, Kullrich W, Kurz RW. Die Psychodynamik von Angst und Depression in der ambulanten kardialen Rehabilitation. *Journal fur Kardiologie*; 2005 12(5-6):111.
- 35 Sciolino NR, Smith JM, Stranahan AM, Freeman KG, Edwards GL, Weinshenker D, Holmes PV. Galanin mediates features of neural and behavioral stress resilience afforded by exercise. *Neuropharmacology*; 2015. doi: 10.1016/j.neuropharm.2014.09.029