

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М.Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, РФ

ПРЕПОДАВАНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ БОЕВЫХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ НА ОСНОВЕ ДАННЫХ СОВРЕМЕННОЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Титиевский С.В., д.м.н., проф., профессор кафедры психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья

Гашкова Л.А., к.м.н., доцент, доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья

Побережная Н.В., к.м.н., доцент, доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья

Черепков В.Н., к.м.н., доцент, доцент, доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья

Несмотря на очевидный прогресс современной военной психиатрии, коррекция последствий боевой психической травмы по-прежнему относится к числу наименее изученных вопросов, и пока нет ни методов терапии, способных гарантированно снижать частоту и выраженность боевых стрессовых расстройств, ни общесогласованной феноменологии, на которой можно такую терапию базировать (Резник А.М., 2022).

При преподавании врачам военной психиатрии, материала, связанного с психическими расстройствами военного времени, в вышеуказанной связи, с нашей точки зрения, следует полагаться не на результаты эмпирического поиска средств лечения при боевых стрессовых расстройствах, на практике зачастую ведущего к приоритету назначения бензодиазепиновых транквилизаторов без клинических закономерностей в их выборе (Резник А.М., 2022), а на накопленные в самое последнее время доказательной медициной данные.

Цель работы: создание на основе данных современной доказательной медицины информационной базы для преподавания профилактики боевых стрессовых расстройств.

Материал и методы исследования: данные современной доказательной медицины о профилактике боевых стрессовых расстройств и их анализ.

Результаты исследования и их обсуждение

Исследования, изучающие использование травма-фокусированной индивидуальной психотерапии в период непосредственно после травмы для избирательной профилактики посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), ограничены, при этом нет высококачественных исследований, демонстрирующих эффективность любого вмешательства для предотвращения ПТСР, особенно в целевой популяции.

Rothbaum D.O. et al. (2012) провели исследование, в котором лица, пережившие травму по критерию А, были распределены в модифицированную группу длительной экспозиции (ДЭ) либо в группу списка ожидания в течение 72 часов после события.

По сравнению с контрольной группой из списка ожидания, краткосрочная травма-фокусированная когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), значительно снизила тяжесть симптомов ПТСР по Шкале симптомов ПТСР-I (PSS-I) через 4 и 12 недель наблюдения.

Систематический обзор (СО) индивидуальных психологических исследований дебрифинга включал два слепые рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) с использованием дебрифинга при стрессе критических происшествий (CISD) на выборках травм гражданских лиц (Forneris C.A. et al., 2013).

CISD, назначенный сразу после воздействия травмы, не снизил частоту ПТСР при 6-месячном наблюдении по сравнению с группами, которым не проводился дебрифинг.

В одном РКИ сравнивали раннее введение пропранолола и плацебо лицам, подвергшимся травмам и находившимся на лечении в отделении неотложной помощи (Hoge E.A. et al., 2012).

Полученные результаты не выявили различий в вероятности развития ПТСР у тех, кто получал пропранолол, и тех, кто принимал плацебо (Hoge E.A. et al., 2012).

В CO Amos T. et al. (2014) было включено РКИ, в котором сравнивалось раннее назначение темазепама (в течение 3 недель после травмы) и плацебо лицам, перенесшим травму, и не было обнаружено никаких преимуществ в какой-либо группе.

В другом РКИ, также включенном в данный CO, сравнивалось раннее назначение габапентина (в течение 48 часов после травмы) с плацебо, и тоже не выявлено преимуществ.

В четырех РКИ, включенных в обзор Amos T. et al. (2014), сравнивались гидрокортизон и плацебо при профилактике ПТСР в различных стационарах неотложной помощи, таких как отделения интенсивной терапии, кардиохирургии, неотложной помощи и травматологический центр.

По сравнению с плацебо, прием гидрокортизона при опасных для жизни заболеваниях был связан со значительно меньшим количеством симптомов ПТСР через 3 месяца (Amos T. et al., 2014).

Однако неясно, можно ли эти результаты отнести к немедицинским травматическим событиям, или же они распространяются на популяцию без наличия 100% медицинской коморбидности.

Кроме того, различные режимы дозирования в исследованиях и опасения по поводу безопасности применения высоких доз глюкокортикоидов ограничивают полезность гидрокортизона в селективной профилактике ПТСР.

Менее 10 РКИ оценивали пять различных типов препаратов, при этом, наблюдались большие различия в назначении и дозировке лекарственных средств, а также в типах травм.

Доказательств оказалось недостаточно для того, чтобы рекомендовать какое-либо фармакологическое вмешательство сразу после травмы для предотвращения развития хронического ПТСР (Forneris C.A. et al., 2013; Kliem S., Kröger C., 2013).

Результат анализа данных. Для профилактики ПТСР у лиц, подвергшихся травме, недостаточно доказательств, чтобы рекомендовать или не рекомендовать психотерапию либо фармакотерапию в период непосредственно после травмы.

В одном СО выявлено, что у больных с наличием острого стрессового расстройства (ОСР), которым была проведена краткосрочная травма-фокусированная КПТ с компонентами когнитивной реструктуризации и экспозиции, в сравнении с поддерживающим консультированием или списком ожидания, значительно снизилась тяжесть симптомов ПТСР в последующие 3-6 месяцев (Bisson J.I. et al., 2021).

В данный СО было включено девять оценивавших состоявшуюся из многих сессий травма-фокусированную психотерапию как вмешательство у больных с диагнозом ОСР исследований, в четырех из которых обнаружены методологические ограничения и получены незначительные результаты.

В остальных пяти исследованиях сравнивались 5-6 недельные курсы травма-фокусированной КПТ с поддерживающим консультированием или списком ожидания у 195 гражданских лиц, перенесших смешанную травму с наличием ОСР; в четырех исследованиях использовалась оценка критического исхода ПТСР клиницистами (Bryant R.A. et al., 1999; Bryant R.A. et al., 2003; Bryant R.A. et al., 2005; Bryant R.A. et al., 2008), а в одном – применялся метод самоотчета (Bryant R.A. et al., 1998).

Испытуемые с соответствовавшими критериям ОСР травмами в результате дорожно-транспортных происшествий (ДТП) или несчастных случаев на производстве были рандомизированы для проведения краткосрочной травма-фокусированной КПТ (включая образование в отношении травматических реакций, обучение прогрессивной мышечной релаксации, экспозицию травматическим воспоминаниям в воображении, когнитивную реструктуризацию связанных со страхом убеждений и ступенчатую экспозицию избегаемым ситуациям *in vivo*) либо поддерживающего консультирования, списка ожидания или и того, и другого.

Краткосрочная травма-фокусированная КПТ значительно снизила оценивавшуюся клиницистами тяжесть ПТСР после лечения и частоту возникновения ПТСР в течение 6 последующих месяцев.

Одно из исследований включало 242 пострадавших в результате ДТП, несчастных случаев на рабочем месте, других несчастных случаев либо террористических атак, соответствовавших критериям диагностики ОСР; впоследствии они были рандомизированы либо для проведения травма-фокусированной КПТ (неотложной или отсроченной ДЭ либо когнитивной терапии (КТ)) с назначением эсциталопрама, плацебо либо для списка ожидания.

Авторы исследования сообщили о значимой редукции симптомов ПТСР у тех, кто получал травма-фокусированную КПТ по сравнению с другими группами (Shalev A.Y. et al., 2012).

Результат анализа данных. Для профилактики ПТСР у пациентов с диагнозом острого стрессового расстройства предлагается травма-фокусированная когнитивно-поведенческая психотерапия.



Что такое **травма-фокусированная психотерапия**?

Разговор о травмирующем событии не обязательно делает терапию травма-фокусированной.

Имеет значение то, *как* о травме говорят.

Травма-фокусированная психотерапия определяется как любая терапия, которая использует когнитивные, эмоциональные или поведенческие методы для облегчения обработки травматического опыта, и в которой фокус травмы является центральным компонентом терапевтического процесса.

Например, человек может ярко и неоднократно рассказывать подробности травмирующего события.

Вместо того, чтобы говорить о деталях события (или одновременно с этим), человек может неоднократно конфронтировать с ситуациями, вызывающими напоминания о травме, или фиксироваться на бесполезных связанных с травмой убеждениях о себе и мире (Schnurr P., 2017).



Одним из видов травма-фокусированной психотерапии является **травма-фокусированная КПТ**.

Травма-фокусированная КПТ – это целенаправленный подход, сочетающий в себе принципы когнитивно-поведенческой терапии со специфическими стратегиями работы с травмой.

Данный метод:

- предназначен как для взрослых, так и для подростков и ориентирован на преодоление негативных мыслей и страданий, связанных с травмами;

- объединяет научно обоснованные принципы КПТ со стратегиями, чувствительными к травмам, уделяя особое внимание тому, чтобы помочь людям понять и обработать свой травматический опыт;
- обращаясь к мыслям, чувствам и поведению, связанным с травмой, направлен на облегчение последующего психологического дистресса.

Терапия основана на когнитивно-поведенческой модели, которая предполагает, что наши мысли, чувства и поведение взаимосвязаны.

Травма-фокусированная КПТ акцентирует повествование (нарратив) о травме, помогая людям перерабатывать свой опыт посредством изложения историй и когнитивной обработки, что может уменьшить симптомы ПТСР и улучшить психическое здоровье.

Данный вид психотерапии базируется на важности встречи лицом к лицу с воспоминаниями о травме вместо их избегания.

КПТ использует различные техники, чтобы помочь людям изменить вредные модели мышления и поведения.

Эти методы составляют основу того, как КПТ и ее специализированные формы, такие как травма-фокусированная КПТ, достигают эффективных результатов .

Основные техники включают в себя:

- **Выявление негативных мыслей:** обучение распознаванию и выделению негативных, автоматических мыслей, усиливающих эмоциональный дистресс.
- **Когнитивную реструктуризацию:** оспаривание и изменение иррациональных или неадаптивных мыслей для ослабления эмоционального дистресса и достижения более позитивных результатов.
- **Поведенческие эксперименты:** проведение экспериментов для проверки убеждений о себе или мире, помощь в изменении этих убеждений на основе наблюдаемых результатов.
- **Экспозиционную терапию:** постепенная и контролируемая конфронтация со страхами для уменьшения избегания и сенситизации к вызывающему страх объекту или сценарию.
- **Планирование активности:** планирование позитивных занятий для улучшения настроения и вовлеченности в жизнь, борьба со стереотипами избегания и бездействия.
- **Методы релаксации:** применение стратегий ослабления стресса, таких как глубокое дыхание или осознанность, для управления тревогой и редукции симптомов физиологического стресса.
- **Навыки решения проблем:** разработка стратегий эффективного разрешения стрессовых ситуаций, совершенствование механизмов совладания в сложных обстоятельствах.
- **Тренинг уверенности в себе:** улучшение коммуникативных навыков для четкого и уважительного выражения потребностей и ограничений, способствующего более здоровому межличностному взаимодействию.

Три подхода травма-фокусированной КПТ основаны на теории о том, что негативные эмоции, связанные с воспоминаниями о травмирующем событии, и то, как человек думает о нём, приводят к симптомам ПТСР.

Эти три методики используют разные подходы к облегчению симптомов ПТСР, но все три работают одинаково хорошо.

Когнитивно-процессинговая терапия (СРТ)

СРТ фокусируется, в основном, на нереалистичных и/или бесполезных мыслях человека о своем травматическом опыте и/или о том, как травма повлияла на его убеждения о себе, других и мире.

Эти мысли могут привести к тому, что воспоминания или напоминания о травме будут очень неприятными, поскольку мысли могут привести к сильным негативным чувствам, таким как страх или чувство вины.

Идея состоит в том, чтобы планомерно выявить и изменить нереалистичные или бесполезные мысли.

Когда человек размышляет более реалистичным и полезным образом, воспоминания о травме или внешние напоминания о ней не так расстраивают, и индивидуум может вернуться к нормальной жизни.

Подход к лечению с использованием общих элементов (СЕТА)

СЕТА уделяет особое внимание симптомам посттравматического стресса, тревоги и/или депрессии у людей, пострадавших от травматического опыта.

Цель состоит в том, чтобы выбрать компоненты лечения, соответствующие конкретным симптомам человека, а затем предоставить компоненты лечения, которые действуют на конкретные симптомы, более всего влияющие на клиента.

Обычно сеансы охватывают один компонент лечения за один сеанс.

Для некоторых компонентов может потребоваться более одного сеанса.

Клиническую цель и компоненты терапии можно корректировать по ходу лечения, в зависимости от того, как оно работает.

Когда человек сможет уменьшить тревожные симптомы, он будет способен вернуться к нормальной жизни.

Длительная экспозиция (РЕ)

РЕ направлена на уменьшение сильных негативных эмоций, вызванных воспоминаниями или напоминаниями о травме.

Основные негативные эмоции, сопровождающие воспоминания, – страх и стыд.

Идея состоит в том, что запланированное столкновение с травмирующими воспоминаниями или напоминаниями в конечном итоге стирает негативные эмоции, связанные с воспоминаниями.

Благодаря этому воспоминания или напоминания о травме не так расстраивают.

Когда воспоминания или напоминания не так уж расстраивают, человеку не нужно их избегать, и он может вести более нормальную жизнь.

В CO Bisson J.I. et al. (2021) изучены 12 исследований фармакотерапии, включавшей пропранолол, окситоцин, гидрокортизон, докозагексаеновую кислоту и габапентин.

Лишь 6 исследований сосредоточивались на конечном исходе в виде оцененного клиницистами ПТСР.

Однако ни у одного из пациентов, включенных в эти исследования, не были диагностированы реакция на острый стресс (РОС) либо ОСР.

В другом исследовании, где пароксетин сравнивался с плацебо, в отношении пациентов, у которых после воздействия травматического события не были диагностированы РОС либо ОСР, с профилактической целью применялась фармакотерапия (Borrelli J., Jr. et al., 2019).

Соответственно, результаты этих исследований не могут быть использованы для определения степени эффективности того, как фармакотерапия у пациентов с РОС либо ОСР предотвращает развитие ПТСР.

Существует 2 исследования эффективности эсциталопрама по сравнению с плацебо при профилактике ПТСР (Shalev A.Y. et al., 2012; Suliman S. et al., 2015).

В РКИ, проведенном Suliman S. et al. (2015), рандомизировали лиц, соответствовавших полным критериям DSM-IV или критериям интрузии и гипервозбуждения ОСР, для назначения эсциталопрама либо плацебо менее чем через 4 недели после травматического воздействия.

Было обнаружено значимое снижение симптомов ПТСР в группах эсциталопрама и плацебо через 24 недели наблюдения, со значительно большей редукцией симптомов оцененного клиницистами с использованием Применяемой клиницистом шкалы посттравматического стрессового расстройства (CAPS) ПТСР в группе плацебо (Suliman S. et al., 2015).

Исследование с пятью группами, проведенное Shalev A.Y. et al. (2012), сравнивало эсциталопрам с плацебо, списком ожидания, длительным воздействием и не фокусированной на травме КПТ в выборке лиц, переживших опасную для жизни травму в результате террористической деятельности, ДТП или других несчастных случаев и соответствовавших критериям ОСР.

Было обнаружено, что у лиц, которым проводились ДЭ и КПТ, частота возникновения ПТСР через 5 месяцев наблюдения была значимо ниже, при использовании конечного результата в виде оцененного клиницистами ПТСР, по сравнению с теми, кому назначались лист ожидания, эсциталопрам либо плацебо.

Результат анализа данных. Для профилактики ПТСР у пациентов с диагностированными острой стрессовой реакцией/острым стрессовым расстройством недостаточно доказательств, чтобы рекомендовать какую-либо фармакотерапию либо возражать против её применения.

Заключение

Таким образом, при обучении врачей военной психиатрии, изложении им материала, связанного с психическими расстройствами военного времени, преподавание профилактики боевых стрессовых расстройств должно базироваться на следующих данных современной доказательной медицины.

1. Для профилактики ПТСР у лиц, подвергшихся травме, недостаточно доказательств, чтобы рекомендовать или не рекомендовать психотерапию либо фармакотерапию в период непосредственно после травмы.
2. Для профилактики ПТСР у пациентов с диагнозом острого стрессового расстройства показана травма-фокусированная когнитивно-поведенческая психотерапия.
3. Для профилактики ПТСР у пациентов с диагностированными острой стрессовой реакцией/острым стрессовым расстройством недостаточно доказательств, чтобы рекомендовать какую-либо фармакотерапию либо возражать против её применения.



**Спасибо
за внимание!**