

ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания	5
Список сокращений	7
Введение	9
Глава 1. Современные представления о посттравматическом стрессовом расстройстве	11
<i>Е.В. Крюков, В.К. Шамрей, А.А. Марченко</i>	
Глава 2. Основные принципы, организация и содержание мероприятий медицинской реабилитации комбатантов с посттравматическим стрессовым расстройством	37
<i>В.К. Шамрей, Д.В. Ковлен, Е.С. Курасов, В.Н. Ищук, В.Д. Пронин, Д.В. Овчинников</i>	
2.1. Основные принципы медицинской реабилитации	37
2.2. Организация медицинской реабилитации комбатантов в военных санаторно-курортных организациях	42
2.3. Проведение медицинской реабилитации комбатантов с посттравматическим стрессовым расстройством	55
Глава 3. Основные методы психотерапии комбатантов с посттравматическим стрессовым расстройством	67
<i>А.И. Колчев, А.А. Марченко, Е.С. Курасов</i>	
3.1. Общие положения	67
3.2. Когнитивно-поведенческая психотерапия	75
3.3. Экзистенциально-гуманистическая психотерапия	81
3.4. Динамическая (психодинамическая, аналитическая) психотерапия	113
3.5. Суггестивно-релаксационные методики	116
Глава 4. Современные аппаратные методы коррекции психического состояния комбатантов при проведении медицинской реабилитации	124
<i>С.В. Долгих, А.В. Лобачев, А.А. Володарская</i>	
Приложения	143
Приложение 1. Правовая основа и регламентация медицинской реабилитации	143

Приложение 2. Шкала для клинической диагностики постстрессового расстройства	144
Приложение 3. Опросник на скрининг постстрессового расстройства	158
Приложение 4. Опросник «Госпитальная шкала тревоги и депрессии»	159
Приложение 5. Опросник качества жизни	161
Приложение 6. Опросник состояния духовно- нравственной сферы	163
Приложение 7. Дополнительные методы обследования с целью формирования программы медико- психологической реабилитации.....	164
Приложение 8. Рекомендованные методики применения технологий физической и реабилитационной медицины.....	174
Приложение 9. Организация и структура сеансов БОС-терапии различной модальности.....	177
Приложение 10. Психотерапия стресс-ассоциированных расстройств	178

ВВЕДЕНИЕ

Изменившаяся внешнеполитическая ситуация последних лет, проведение специальной военной операции, новые приоритеты в сфере национальной безопасности поставили перед Вооруженными силами Российской Федерации ряд совершенно новых задач. Проведение военных операций с участием значительных по численности военных контингентов и использование современных видов оружия привели к резкому увеличению стресс-ассоциированных психических расстройств (САПР) среди личного состава.

Медицинская реабилитация (МР) лиц, подвергшихся воздействию факторов боевого стресса, является актуальной задачей, стоящей перед военными психиатрами и психологами, и регламентируется:

- Федеральным законом от 27.05.1998 № 76-ФЗ «О статусе военнослужащих»;
- Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- приказом министра обороны РФ от 15.03.2011 № 333 (ред. от 15.11.2018) «О порядке санаторно-курортного обеспечения в Вооруженных силах Российской Федерации»;
- приказом Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых»;
- указаниями начальника ГВМУ МО РФ от 24.06.2019 № 161/1/6498нс «О совершенствовании организации медицинской реабилитации» — порядок направления и перечень показаний для медицинской реабилитации;
- указаниями начальника ГВМУ МО РФ от 11.01.2018 № 161/2/184 «О повышении эффективности медицинской реабилитации» — направление на медицинскую реабилитацию после лечения в условиях дневного стационара;
- методическими рекомендациями по организации направления и приема военнослужащих на медицинскую и медико-психологическую реабилитацию в санаторно-курортных организациях Министерства обороны РФ (утвержденными начальником ГВМУ МО РФ 27.05.2017);

- методическими указаниями начальника ГВМУ МО РФ от 09.02.2021 № 161/1/1588 «Медицинские показания и противопоказания для направления больных в военные санатории, дома отдыха»;
- руководством по организации работы военного санатория (дома, базы отдыха), утвержденным начальником ГВМУ МО РФ 26.07.2017.

Однако в плане проведения МР после лечения в стационарных условиях лиц с посттравматическими стрессовыми расстройствами (ПТСР) практические наработки пока еще немногочисленны, что и определяет необходимость их систематизации для использования в деятельности военно-медицинских организаций.

Глава 3

Основные методы психотерапии комбатантов с посттравматическим стрессовым расстройством

А.И. Колчев, А.А. Марченко, Е.С. Курасов

3.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

В настоящее время насчитывается около 800 различных методов психотерапии, включающих обширную совокупность теоретических представлений, иногда противоречивых, значительная часть которых не поддается строгой формализации и не подлежит однозначному воспроизведению. Вместе с тем многообразие психотерапевтических методов и форм базируется на трех основных теоретических направлениях — психодинамическом (интрапсихическом), поведенческом (когнитивно-поведенческом) и гуманистическом (экзистенциально-гуманистическом, феноменологическом) (см. приложение 10).

Перед тем как перейти к описанию основных из них, необходимо отметить составляющие, являющиеся общими для всех этих направлений (Frank J., 1978).

1. Пациент (больной) — человек, обнаруживающий объективные признаки психического (психосоматического) расстройства.
2. Психотерапевт — врач, благодаря своему специфическому обучению и опыту воспринимающийся как способный оказать помощь конкретному больному (или их группе).
3. Теория личности, созданная основателем определенного направления и закрепленная его последователями, которая через определенный набор положений позволяет описывать функционирование

психики и предсказывать протекание, направленность определенных психических процессов у отдельного человека или группы людей в норме, а также возникновение, фиксацию и развитие нарушений этих процессов при формировании патологии.

4. Набор методик (процедур) для решения проблем пациента, непосредственно вытекающих из теории.
5. Специфическое социальное отношение между психотерапевтом и пациентом, которое направлено на создание особой «психотерапевтической» атмосферы, создающей благоприятную почву для оказания помощи больному во многом за счет формирования у него оптимизма по поводу возможности разрешения его проблем и возможности иного, более позитивного мировоззрения, миросуществования и сосуществования с другими людьми. С точки зрения некоторых из подходов (например, клиент-центрированной психотерапии К. Роджерса) создание этих отношений считается основным лечебным фактором.

Акцент в реабилитации лиц с ПТСР должен делаться на том, что нормальный индивид столкнулся с ненормальным случаем, следовательно, стратегия терапии должна предполагать восстановление системы адекватного функционирования.

Оценка длительности необходимого лечения — важный параметр для прогноза эффективности реабилитации, и еще более это важно для экспертного психиатрического заключения, когда очень осторожно определяется общий уровень ограничения жизнедеятельности и социальной недостаточности. Например, пациент с ПТСР, который хорошо адаптируется на новой работе, успешно регулирует взаимоотношения с близкими, не имеет проблем в интимных отношениях, старательно и настойчиво работает в терапии, скорее всего, оправдает хороший реабилитационный прогноз и вряд ли потребует расширения и углубления терапии.

Другой аспект психотерапии можно назвать дидактическим или образовательным. Как правило, пациенту тем или иным образом сообщают о том, что он может ожидать через несколько дней, недель или месяцев. Если изменения, которые ожидалось, не проявляются, то это может переживаться как чувство утраты контроля или «ненормальность». Эти чувства могут еще более усилить травматизацию пациента, временно повышая тревогу и задерживая восстановление. Данный аспект терапии нуждается в проработке либо в индивидуальной сессии, либо в групповой работе. Такая проработка должна осуществляться под руководством подготовленного психотерапевта, который имеет опыт как в проведении групповой работы с больными ПТСР, так и в индивидуальной помощи людям с такими состояниями.

Опыт работы с пациентами, пережившими психотравмирующее воздействие боевой обстановки, позволил сделать заключение, что психотерапия может быть разделена на три стадии.

- I. Установление доверительного безопасного контакта, дающего право на «получение доступа» к тщательно охраняемому травматическому материалу.
- II. Терапия, центрированная на травме, с исследованием травматического материала по глубине, анализом интрузивных проявлений, работой с избеганием, отрешенностью и отчужденностью.
- III. Стадия, помогающая пациенту отделиться от травмы и воссоединиться с семьей, друзьями и обществом.

Показано, что пациенты, которые достигают III стадии, готовы сконцентрироваться почти исключительно на проблемах здесь и сейчас относительно брака, семьи и многих других текущих событий.

Особенности психотерапевтической коррекции при постстрессовом расстройстве

Коррекционные программы в основном должны быть направлены:

- на коррекцию собственного «я»;
- достижение объективности самооценки;
- коррекцию системы ценностей, потребностей, их иерархии, приведение притязаний в соответствие со своими психофизическими возможностями;
- коррекцию отношения к другим, достижение способности к эмпатии и пониманию переживаемых другими состояний и их интересов;
- приобретение навыков равноправного общения, способности к предотвращению и разрешению межличностных конфликтов;
- коррекцию неадекватного образа жизни и подавленности.

В **табл. 5** приводятся направления и методы психотерапии, применяемые в рамках различных основных психотерапевтических направлений.

Таблица 5. Методы психотерапии, применяемые в реабилитации больных постстрессового расстройства

Направления психотерапии	Методы	Краткое описание
Когнитивно-поведенческая психотерапия	Рациональная психотерапия	Разъяснение пациенту имеющихся у него признаков патологического состояния, механизмов их развития, формирование осознанной мотивации на выздоровление

Направления психотерапии	Методы	Краткое описание
	Процедура «десенситизации»	Нежелательные переживания ослабляются и подавляются при сочетании, одновременном предъявлении инициирующих их стимулов и методик снижения эмоционального компонента переживаний
	Тренинг социальных навыков	Структурированная обучающая программа, формирующая навыки социального поведения, которые необходимы для создания определенной сети социальных контактов и уменьшения стресса как следствия интерперсональных конфликтов и неудач. «Мишенями» воздействия на тренинговых занятиях становятся дефицит социального восприятия, несостоятельность при решении повседневных проблем, плохо сформированное невербальное поведение
	ДПДГ	Спонтанная переработка и нейтрализация травматической информации (воспоминаний) посредством активации позитивных изменений в когнитивной сфере, эмоциях и поведении за счет изоляции нейронных сетей мозга, обеспечивающих доступ к этим воспоминаниям, от других ассоциативных сетей памяти
Экзистенциально-гуманистическая психотерапия	Арт-терапия	Использование искусства для развития личности больного, в том числе его креативности, повышения самооценки и т.д. Может иметь седативную, активизирующую, катаргическую (аналитическую), гуманистическую и иную направленность

Направления психотерапии	Методы	Краткое описание
	Кататимно-имажинативная терапия	Переработка психотравмирующей ситуации посредством эмоционально заряженных образов (мотивов)
	Психодрама	Переживание конфликтных ситуаций и выработка позитивного поведения посредством их разыгрывания в составе группы
	Голотропная терапия	Осознание и отреагирование «ущемленных» аффектов и психотравмирующих ситуаций с активизацией неспецифических адаптационных реакций и достижением эмоционального равновесия. Возможность достижения трансперсональных переживаний
	Телесно-ориентированная психотерапия	Формирование устойчивых положительных витально-телесных ощущений и эмоций, чувств базальной безопасности и открытости. Возможна проработка внутри- и межличностных конфликтов
	Гештальт-терапия	Позитивные изменения на основе признания ответственности большого за свою жизнь и потребности в самоактуализации посредством осознания себя здесь и сейчас с отреагированием незаконченных ситуаций, а также собственной целостности и уникальности, личностных ценностей
Динамическая (психодинамическая, аналитическая) психотерапия	Краткосрочная групповая психодинамическая терапия	Выявление неадекватных когнитивно-поведенческих и эмоциональных негативных и приобретенных корригирующего эмоционального опыта, осознания связи болезнь – личность – ситуация,

Направления психотерапии	Методы	Краткое описание
		позитивного изменения отношения к себе и приобретения новых адаптивных вариантов поведения
Суггестивно-релаксационные методики	«Мобилизация-1», ассоциативная методика саморегуляции, методика улучшения сна «Морфей»	Редукция негативных эмоций, психоэмоционального напряжения с формированием фонового позитивного состояния. Обучение приемам регуляции собственного состояния. Возможность проведения различных методик на их основе
	Плацебо-терапия	Манипуляциям индифферентного содержания приписываются качества, свойственные реальным препаратам или процедурам (при наличии противопоказаний к последним)

Интегративная психотерапия ПТСР воздействует на познавательную сферу. При этом процесс психотерапии должен помочь пациенту осознать:

- болезнь угрожает его биологическому существованию;
- болезнь оказывает влияние на личность через биологические механизмы;
- собственную роль, меру своего участия в возникновении, развитии, сохранении конфликтных отношений, а также каким путем можно было избежать их повторения;
- существование расогласованности между собственным образом «я» и восприятием больного окружающими;
- собственные потребности, стремления, мотивы, отношения, установки, а также степень их адекватности, реалистичности и конструктивности;
- внутренние психологические проблемы и конфликты;
- особенности своего поведения и эмоционального реагирования в различных ситуациях, их повторяемость, степень адекватности и конструктивность (до и в процессе развития болезненного состояния);
- как воспринимается его поведение другими, как реагируют окружающие на те или иные особенности этого поведения и как их оценивают, какие последствия имеют различные варианты его поведения;

- более глубокие причины переживаний, способов поведения и эмоционального реагирования начиная с детства, а также условия и особенности формирования своей системы отношений.

В целом задачи интеллектуального осознания сводятся к трем аспектам: осознание связи личность–болезнь, осознание интерперсонального плана собственной личности и осознание исторического плана.

Воздействие на эмоциональную сферу позволяет:

- получить эмоциональную поддержку со стороны психотерапевта (психотерапевтической группы);
- пережить неадекватность некоторых своих эмоциональных проявлений (реакций);
- научиться более точно понимать (осознавать) и принимать, а также вербализовывать свои чувства;
- расширить спектр эмоций, то есть научиться их дифференцировать;
- уметь осознавать и принимать противоположные чувства по отношению к определенным объектам, ситуациям, отношениям;
- вырабатывать объективную («со стороны») позицию по отношению к отдельным переживаниям и эмоциям, не позволять себе раствориться в эмоции;
- модифицировать способ переживания, эмоционального реагирования, восприятия себя самого и своих отношений с другими.

Воздействие на поведенческую сферу позволяет:

- осознать неадекватность своих поведенческих стереотипов;
- приобрести навыки эффективного общения;
- развить формы поведения, связанные с сотрудничеством, ответственностью и самодостаточностью;
- выработать и закрепить адекватные формы поведения и реагирования на основе достижений в познавательной и эмоциональной сферах;
- расширить диапазон поведения в различных ситуациях с приобретением новых социально приемлемых навыков.

Таким образом, в лечении ПТСР крайне важным является сбалансированное использование когнитивных, эмоциональных и поведенческих аспектов, что подразумевает использование психотерапевтических приемов, связанных с конфронтацией, корригирующим эмоциональным опытом и обучением.

Прежде чем перейти непосредственно к описанию основных методов в рамках интегративного подхода, необходимо остановиться на двух принципиально важных положениях, а именно: роли лечащего врача и на организации самой системы психотерапевтической помощи.

Лечащий врач — центральная фигура, через которую реализуется вся система психотерапевтической помощи. Именно лечащий врач несет ответственность за пациента (в том числе и юридическую) и координирует все взаимодействия, то есть адаптирует весь комплекс психотерапевтических воздействий для конкретного больного с учетом его характерологических особенностей, соматического состояния и т.п. Данное положение подразумевает не только теоретическое знакомство врача с основными положениями психотерапии, но и практическое владение отдельными методами и методиками (особенно в рамках рациональной личностно-ориентированной психотерапии). Например, только лечащий врач имеет право (и обязанность) определить, в какой последовательности и интенсивности нуждается больной во включении в психотерапевтический процесс (показаны ли ему групповая или индивидуальная личностно ориентированная психотерапия, голотропное дыхание и т.д.). Это не отрицает, а, наоборот, подразумевает тесное взаимодействие лечащего врача с психотерапевтами.

Другим важнейшим параметром, через который реализуется любое терапевтическое воздействие, является психотерапевтическая среда — создание благоприятного психологического климата.

Одно из важнейших условий, обеспечивающих эффективность всей психотерапевтической системы, — четкое структурирование лечебного времени. Кроме мероприятий, указанных выше, такое структурирование осуществляется за счет проведения вспомогательных психотерапевтических мероприятий. Сюда относятся релаксационные сеансы; методики саморегуляции, голотропного дыхания и телесно ориентированной терапии; методы, стимулирующие творческие способности (арт-терапия, музыкотерапия) и др. В этом качестве также может успешно использоваться психологическое тестирование, вызывающее у большинства больных заинтересованность и крайне необходимое ощущение вовлеченности в реабилитационный процесс.

Основными формами специализированной психотерапии больных ПТСР являются индивидуальная и групповая. В большинстве случаев данные формы взаимодополняют друг друга в процессе психотерапии.

С целью формирования положительной мотивации к психотерапевтической работе рекомендуется:

- использование методик, способных заинтересовать больного, дать ему возможность почувствовать интерес к психотерапии и ее эффективность. Для этого могут применяться методики релаксации, обучение основам саморегуляции [аутогенная тренировка (АТ), разработанные на кафедре психиатрии Военно-медицинской академии

методика саморегуляции «Мобилизация-1» и методика нормализации сна «Морфей»], голотропное дыхание, телесно ориентированная психотерапия;

- в случае применения индивидуальной психотерапии начать ее перед групповой. Индивидуальная психотерапия предполагает возможность более личного, интимного обсуждения и прояснения некоторых проблем больного и в случае использования специфических приемов, например нейролингвистического программирования (НЛП), улучшение самочувствия больного уже после первых занятий, тем самым создавая атмосферу доверия к предстоящей более глубокой психотерапии и установление психотерапевтического контакта между психотерапевтом (лечащим врачом) и пациентом;
- объяснение лечащим врачом на доступном для больного уровне целей и задач предстоящей психотерапии и возможных причин возникновения на определенных этапах негативизма к участию в ней.

3.2. КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

В основе некоторых современных подходов к изучению посттравматических расстройств лежит «оценочная теория стресса», акцентирующая внимание на роли каузальной атрибуции и атрибутивных стилей. В зависимости от того, каким образом объясняются причины стресса, его преодоление представляет собой либо фокусировку на проблеме (попытку изменить ситуацию), либо концентрацию на эмоциональной стороне переживаемого события (попытку изменить чувства, явившиеся результатом стресса). Важнейшими детерминантами каузальной атрибуции являются личный атрибутивный стиль и локус контроля. Исследования подтверждают, что локус контроля может сдерживать травмирующий эффект события. Что касается каузальной атрибуции, то она значительно влияет на выбираемые стратегии преодоления стресса. Данные, полученные многими исследователями, свидетельствуют о том, что более интенсивные проявления посттравматических расстройств соотносятся как с личностными (экстернальный локус контроля, эмоционально сфокусированный стиль преодоления стресса), так и с социальными (недостаточность социальной поддержки) факторами.

Терапевты когнитивно-поведенческого направления предполагают, что психопатологические отклонения становятся следствием неточной оценки событий, и изменение оценки этих событий, следовательно, должно вести к изменению эмоционального состояния пациента. Подобно поведенческой терапии, когнитивно-поведенческая терапия учит пациентов