

Девід Бенедек: «Підтримка стійкості, відновлення психічного здоров'я у військовослужбовців після військових дій у розрізі повернення до військової служби та реінтеграції в цивільне життя»

Усім добрий день. Дякую за можливість приєднатися до спілкування. Моє ім'я – доктор Девід Бенедек, я – полковник і психіатр армії США у відставці, зараз я – професор і завідувач кафедри психіатрії Університету силових структур. Я радий бути з вами сьогодні.

І зараз я говоритиму про підтримку стійкості, відновлення психічного здоров'я у військовослужбовців після військових дій. І я говоритиму про це й у розрізі повернення до військової служби, і в розрізі реінтеграції в цивільне життя.

До того, як почну, я маю відзначити, що ідеї, погляди та думки, про які я хочу сьогодні поговорити, є моїми власними. Вони не обов'язково відображають погляди Університету силових структур, Міністерства оборони США або інших представництв державних органів США. І я не маю жодних конфліктів інтересу, які потребують розкриття.

Перш за все, я хочу нагадати вам, що, як наслідок переживання травматичних подій або участі у військових діях, **військовослужбовці, як і інші представники населення, можуть переживати низку психологічних реакцій**. Для багатьох із них стійкість або здоровий стан і буде реакцією. У інших може виникати реакція дистресу, така, як проблеми зі сном, зниження відчуття безпеки, фізичні симптоми, злість або ізоляція.

З іншого боку, можуть виникати **зміни в поведінці, пов'язані з ризиком для здоров'я**. Наприклад, збільшення вживання алкоголю або тютюнопаління, зловживання або неправильне використання рецептурних препаратів, сімейні або міжособистісні конфлікти та просто порушене сприйняття балансу між життям і роботою. В певної, меншої, кількості людей можуть мати місце психічні розлади. Ці розлади, безумовно, можуть включати посттравматичний стресовий розлад, але також до них може належати й депресія, тривожність, тривале горе або затяжне горювання за втраченим товаришем.

Хочу дати визначення декільком термінам до того, як ми підемо далі. Вони необхідні, коли ми починаємо працювати та розмірковувати в рамках діагностування та лікування ПТСР. Пам'ятайте, що **бойова й оперативна**

стресові реакції – це тимчасова психічна, емоційна або фізична реакція дистресу, яка може виникнути через участь у військових діях або в умовах, пов'язаних із ними.

Оперативна стресова реакція також може виникнути через насильницькі або нетравматичні напруження, такі як самотність, нудьга або фізичний дискомфорт у бойовому відрядженні. І ці реакції можуть проявлятися в таких формах, як конфлікти в підрозділі, дисциплінарні проблеми, зловживання наркотиками або алкоголем чи зниження продуктивності праці. І все це знаходиться поза сферою психічних розладів. Пам'ятаємо, що психічні розлади – це група симптомів, котрі можуть зустрічатися й у випадках бойової та оперативної стресової реакції, але відрізняються тяжкістю симптомів, рівнем дистресу та дисфункцій, які вони викликають, тривалістю цих симптомів.

Інший спосіб поглянути на це – зрозуміти, що військовослужбовець, моряк, учасник бойових дій може демонструвати певний континуум симптомів, починаючи із «зеленого», який ви бачите на екрані, що значить «здоровий, нормальний, готовий брати участь у військових діях або інших робочих завданнях». «Жовтий» – це вказує на присутність певних симптомів, можливо, уникання чи тривожність, погані сон або фокусування. Це може прогресувати в рівень «Травмований», і ми тут бачимо види травм, наприклад, фізичні травми, сильна втома або тяжке горювання, така втрата функціональності, що негативно впливає на продуктивність праці. Й надалі перейти до старого простого рівня «Пацієнт». Це означає наявність психічного захворювання, такого як ПТСР або депресія, що ми обговорювали раніше.

Важливо розуміти, що у військовослужбовців, які пережили травму та знаходяться на рівні «жовтого» або «помаранчевого» стовпчика цього континууму, такі симптоми можна побачити при бойовій та оперативній стресовій реакції, і з ними можна впоратися на рівні підрозділу. Вони не обов'язково вимагають евакуації або направлення на конкретне лікування. І я трохи розповім про принципи управління такими оперативними стресовими реакціями до того, як перейду до діагностики та лікування посттравматичного стресового розладу.

Ще один спосіб поглянути на це – розглянути дослідження, яке наша група провела за участю військовослужбовців, котрих евакуювали з фронту до третинних медичних установ для лікування фізичних травм. У колонках

ліворуч позначені солдати, у яких розвинулися симптоми ПТСР, у колонках праворуч – солдати, у яких, зрештою, розвинулися симптоми депресії. І реальний сенс цього слайду в тому, що ми дивилися на цих воїнів через місяць після евакуації, 4 місяці та 7 місяців після евакуації. Суть у тому, що різні солдати заявляли про те, що вони хворі, в різні моменти часу. І що навіть через 7 місяців після евакуації через фізичну травму лише в невеликого відсотка військових розвивалися повноцінний посттравматичний стресовий розлад або депресія. Тож повторюю ще раз: **у багатьох солдат, які переживають жахіття війни, не розвивається повноцінне захворювання, що потребує лікування. А у тих, у кого це відбувається, воно може розвиватися в різний час після повернення.**

Тому мусимо думати про те, як ми оцінюємо солдат, які пережили воєнну травму, в термінах того, чи вони здатні повернутися до виконання свого обов'язку або потребують остаточного лікування або евакуації.

Тож те, що можна владнати на рівні підрозділів, – це симптоми паніки, втома або виснаження, горе, проблеми зі сном, просто втрата мотивації або дратівливість. А от хвороби, які потребують більш ґрунтовного лікування, включають психотичні симптоми, маніакальні симптоми, суїцидальні думки з наміром або плануванням або серйозні функціональні порушення такого рівня, що лікар або командир вирішує, що ця особа більше не може виконувати своє завдання.

На рівні підрозділів фронтові концепти для управління бойовим й оперативним стресом визначені певною мірою військовою практикою та доктриною у США достатньо прості: **лікуйте близько до фронту, лікуйте швидко, лікуйте з очікуванням, що військовослужбовець має бути здатним повернутися до служби, і лікуйте просто.** Прості заходи, такі як відпочинок, добра їжа, можливість прийняти душ, можливість певної соціальної підтримки, й потім – повернення до служби.

Це назвали «**БООП**» – «близькість, оперативність, очікування та простота». Інший акронім, який ми використовуємо – «**ОБСКОП**», який означає загалом ті ж речі. Окрім одного додаткового поняття – контакту/центральної: ці заходи допомоги мають знаходитися не в медичному середовищі, щоб не стигматизувати солдата, так, десь поруч, але окремо від медичного лікування. Тож ще раз повторюю: для бойових та оперативних стресових реакцій, для тих симптомів, що тимчасові та не

вимагають евакуації чи остаточного лікування, можна використовувати прості принципи БООП або ОБСКОП.

Подібне до концептів БООП та ОБСКОП поняття першої психологічної допомоги. **Перша психологічна допомога** – це, свого роду, набір інтервенцій, які передвіщають або можуть допомогти призвести до кращого результату внаслідок травматичного переживання для людей, чиї симптоми не обов'язково відповідають критеріям депресії або ПТСР. Це – будь-які інтервенції, що можуть посприяти спокою, відчуттю надії та оптимізму, а також – відчуттю самоефективності або колективної ефективності: військовослужбовець або підрозділ може виконувати роботу сам та не потребувати сторонньої допомоги. Такі інтервенції відновлюють відчуття зв'язку з іншими, тобто допомагають покращити комунікацію. Також існують заходи, які сприяють відчуттю безпеки, розумінню, що ми робимо щось, щоб захистити себе від небезпеки.

Тож перша психологічна допомога, що інтегрує концепти БООП та ОБСКОП, – це принципи управління для лікування військовослужбовців, що мають тимчасові реакції, які не рівнозначні ПТСР або іншим психіатричним захворюванням. І вона може використовуватися на рівні підрозділу, а не на рівні лікарні.

Перша психологічна допомога охоплює увагу до харчування, заохочення до гарного сну, підтримки фізичної форми, використання заспокійливих технік, про що я вже згадував, та відновлення соціального зв'язку з професійним колом, колегами та, якщо це можливо, з близькими. Хоча це може бути неважливо в бойових умовах.

Коли ми говоримо про військовослужбовців, які повернулися з поля бою, тому що були евакуйовані або вже закінчили виконання свого бойового завдання, виникають певні специфічні складнощі. Природно, що військові набувають певні навички та вміння у бою, серед них – підвищену пильність, звичку завжди бути насторожі та готовими, здатність реагувати рефлексивно з використанням інстинкту, причому використання в жорстокий спосіб, бо це важливо для виживання. І все це – разом зі здатністю підтримувати емоційну нечутливість і відсторонення. При цьому людина відсторонена від сім'ї та близьких і замість цього шукає підтримку серед бойових товаришів, братів по зброї. Все це дуже важливо в бойовому середовищі, це – те, що допомагає солдатам виконувати їхню роботу.

Але ці ж самі якості – пильність, рефлекторна жорстокість, емоційна нечутливість, невикористання сім'ї та близьких для підтримки – не підходять для цивільного життя. **І ось ця складність – те, що працювало на війні, не працює, коли людина повертається додому.**

Наші військові розробили тренінг для військовослужбовців та їхніх сімей, щоб допомогти усвідомити це. Я залишу тут посилання. Цей тренінг називається «Battlemind», і це – певна серія слайдів, яка допомагає солдатам зрозуміти, що те, що вони використовували, щоб функціонувати на війні або в певних бойових ситуаціях, некорисне вдома.

І так само важливо, щоб члени сім'ї розуміли можливі складнощі, пов'язані з адаптацією. Щоб розуміли, чому їх близькі, які повернулися, хочуть говорити тільки зі своїми бойовими товаришами, не хочуть спілкуватися з сім'єю, можуть здаватися різкими або дратівливими, можуть видаватися нервовими або реагувати швидко й бездумно. Тому існує період пристосування. Як для військовослужбовців, так і для їхніх сімей корисно й достатньо нагадати про те, що це – просто нормальна реакція й нормальний перехід. І людина не обов'язково потребує подальшого психіатричного або медичного втручання. Знову ж, я говорю тут про те, що не у всіх, хто пережив травму на війні, розвивається посттравматичний стресовий розлад. І розуміння й обережне обмірковування щодо тривалості й інтенсивності симптомів – це те, що відрізняє складне пристосування від потреби в медичному або психіатричному втручанні.

Я вже показував цей слайд, але головне тут, що коли ми думаємо про військовослужбовців, які можуть потребувати лікування ПТСР або депресії, то варто пам'ятати, що немає певного магічного моменту в часі. Це дослідження показує, що з плином часу – через місяць, чотири, сім – така хвороба, як ПТСР, може зрештою проявити себе. **Тож зовсім недостатньо просто подивитися на людину одразу, коли вона повернулася додому. Ми маємо бути пильними упродовж всього часу, щоб побачити виникнення симптомів.**

Поговорімо конкретно про лікування посттравматичного стресового розладу. Наші департамент у справах ветеранів та Міністерство оборони роками працювали над цим разом, щоб розробити практичні рекомендації для лікування посттравматичного стресового розладу. Останні рекомендації опубліковані у 2017 році. Зараз ведеться робота над оновленням, яке включатиме деякі свіжіші дослідження щодо типів

лікування, про які я згодом розкажу. Тут я надаю посилання на сайт, де можна знайти ці практичні рекомендації для більш детального ознайомлення з інформацією, яку я зараз презентую.

Але спершу обговоримо те, про що йдеться в рекомендаціях про лікування ПТСР. Я не впевнений, що всі числа буде гарно видно у вас на екрані, коли ви дивитиметесь на ці слайди, тому я просто згадаю зараз основні. Тож на початку тут вказано, що якщо ви бачите військовослужбовця, який повідомляє про симптоми, **перше, що потрібно зробити – це провести ретельну діагностичну оцінку**. При цьому треба пам'ятати, що якщо він каже, що сердиться та що був на війні, то це не значить, що в нього ПТСР. Наступне – це, звісно, **оцінка безпеки**: чи здатен військовий продовжувати працювати з вами чи іншими як амбулаторний пацієнт, або через суїцидальні наміри та плани, через глибокі психотичні симптоми, глибоку тривожність людина потребує госпіталізації. Це важливо оцінити до того, як починати будь-яку амбулаторну інтервенцію.

Потім рекомендації вказують, що **варто переконатися, що мова йде саме про ПТСР, що все відповідає діагностичним критеріям**. А потім вони надають потенційні та найбільш ефективні, принаймні за доказами, **психотерапевтичні або медикаментозні інтервенції**. Зараз я розповім трохи детальніше про ті практичні рекомендації, які існують зараз.

Пам'ятайте, що для того, щоб встановити діагноз «посттравматичний стресовий розлад», симптоми мають бути присутні принаймні місяць, мають викликати дистрес або погіршення стану й не повинні бути викликаними іншими хворобами або зловживанням психоактивних речовин. Тож рекомендації визначають постановку діагнозу до того, як почати лікування.

Які симптоми ПТСР мають бути виявлені, щоб поставити діагноз?

Щоб відповідати критеріям з діагностичного та статистичного керівництва 5-го видання, на додаток до пережитої травми, коли життя знаходиться під загрозою або людина є свідком травматичної події, або коли фізичні ушкодження є можливим результатом, людина також повинна мати хоча б один із наступних симптомів: **повторні або нав'язливі тривожні спогади, повторні та нав'язливі сновидіння, миттєві спогади – флешбеки, психологічний дистрес при зіткненні з тим, що нагадує про травматичну подію, інтенсивна або тривала фізіологічна реактивність при зіткненні з такими нагадуваннями**. Тож, як мінімум, йдеться про один із цих

симптомів і принаймні один симптом уникання – спогадів, думок або почуттів, що пов'язані з травматичним досвідом. Уникання того, що нагадує про подію, наприклад, небажання бути поруч із людьми, що були присутніми, або тими, хто нагадує про тих, хто був присутнім під час травми. Може бути уникання місця, де це сталося, або ситуації на кшталт: «я їхав у своєму авто, і машина вибухнула, тому я не хочу керувати авто», або навіть уникання розмови. Тож уникання нагадування – це один із тих симптомів, який теж необхідний.

Військовослужбовець або людина, яка пережила травму, також мусить **мати принаймні два симптоми з наступних**: неможливість згадати певні конкретні аспекти травматичної події, перебільшені негативні переконання про себе або про світ, спотворені уявлення про причини та наслідки травми, постійні негативні емоційні стани, такі як злість або депресія, знижений інтерес або зменшення участі в заняттях, які раніше були до вподоби, відчуття відстороненості або неможливість відчувати позитивні емоції. Потрібно мати два симптоми з переліку.

Далі – **надмірне збудження**. Воно включає надмірну дратівливість, саморуйнівну поведінку, надмірну пильність, перебільшену реакцію переляку, складнощі з концентрацією, складнощі з засипанням або сном. Потрібно мати мінімум два з цих симптомів. І знову ж, ці групи симптомів мають бути присутніми більш ніж місяць, викликати дистрес або погіршення стану й не бути пов'язаними з іншими хворобами або зловживанням психоактивними речовинами, щоб стати ознакою ПТСР.

Добре, тож ми встановили діагноз «посттравматичний стресовий розлад», визначили, що людина, з якою працюємо, в безпеці, тобто в неї немає суїцидальних намірів або психотичних симптомів, які зробили б її небезпечними для себе та інших.

Що ж кажуть рекомендації щодо методів лікування, які можна використовувати?

Рекомендації тут дуже чіткі. Індивідуальна, шаблонна психотерапія, що сфокусована на травмі, краща за інші медикаментозні та немедикаментозні інтервенції для первинного лікування ПТСР.

Медикаментозна терапія або терапія, не сфокусована на травмі, – це, певним чином, наступний крок, якщо терапія, сфокусована на травмі, не приносить результатів. І ця сфокусована на травмі терапія може

проводитися особисто або через відеозв'язок, або навіть у форматі групи. Ще раз – **індивідуальна шаблонна сфокусована на травмі психотерапія переважає над іншими втручаннями**. Це пов'язано з тим, що дослідження осіб, які були травмовані в бою або брали участь у бойових діях, систематично демонстрували, що психотерапевтичні інтервенції дають кращий ефект у порівнянні з медикаментозним втручанням.

Про яку психотерапію ми говоримо, коли йдеться про сфокусовану на травмі шаблонну психотерапію?

Ми говоримо конкретно про терапію тривалого впливу, когнітивно-поведінкову терапію, письмову експозиційну терапію. Є ще інші види психотерапії, доказова база для яких не така тверда. Всі види терапій, що працюють із ПТСР, містять певні елементи перепроживання або повторного згадування найбільш травматичної події, але в безпечному та іншому середовищі. І реконсолідації цієї пам'яті. Це – базові принципи сфокусованої на травмі психотерапії: повторне звертання до травматичного спогаду та його реконсолідація, щоб дати йому новий контекст.

Отже, первинним основним компонентом індивідуальної шаблонної сфокусованої на травмі психотерапії є перепроживання та когнітивна реконструкція. Це представлено в терапії тривалого впливу, когнітивній процесуальній терапії, десенсибілізації й перероблюванні рухами очей та інших видів письмової або оповідальної експозиційної терапії. І я досить скоро розкажу про них детальніше.

Повторюю, що основні шаблонні сфокусовані на травмі види психотерапії – це терапія тривалого впливу, когнітивно-процесуальна терапія та письмова експозиційна терапія. Тут ви можете побачити керівництва для кожної з цих терапій. І я тут також вказую, що, наприклад, терапія тривалого впливу, згідно з первісною концепцією, потребує від 8 до 15 щотижневих сесій. Когнітивно-поведінкова терапія була розроблена як 12-тижнева й, відповідно, 12-сесійна терапія. А письмова експозиційна терапія була нещодавно розвинута як 5-сесійна терапія. Всі ці види терапії є, певним чином, трудомісткими, як для лікаря, так і для пацієнта. Терапія тривалого впливу та когнітивно-поведінкова терапія потребують виконання домашнього завдання між сесіями. Тому вони навіть більш трудомісткі, якщо бажаєте, для пацієнта, ніж письмова експозиційна терапія, яка займає всього 5 сесій, є шаблонною та структурованою та передбачає, що пацієнт

буде переписувати та потім обговорювати з терапевтом свої найбільш помітні травматичні спогади про травматичний досвід.

Ще кілька коротких думок щодо шаблонної терапії ПТСР

По-перше, керівництва доступні онлайн, я надам адресу сайту, де ви можете отримати доступ до більшої кількості інформації про ці шаблонні психотерапевтичні підходи. Це – Національний центр із ПТСР, і короткий пошук на ньому може допомогти знайти матеріали, де представлені ці протоколи. Повторюю, що терапія тривалого впливу та когнітивно-поведінкова терапія вимагають виконання пацієнтом домашнього завдання між сесіями. Письмова експозиційна терапія – це, по суті, терапія, яка проводиться у рамках сесій із пацієнтом. І знаєте, навіть 5 тижнів може бути довгим терміном. Зараз проводять дослідження щодо того, чи можуть ці методи лікування бути більш масованими, можливо, більша кількість сесій на день або, безумовно, більша кількість сесій на тиждень, тобто збільшити інтенсивність, щоб скоротити тривалість необхідного лікування. Але я б розглядав це як простір для подальших досліджень. Ці масовані терапії або скорочені частіші сеанси – все ще не частина практичних рекомендацій, які варто використовувати.

Щодо медикаментозного лікування

Знову ж, рекомендації говорять, що для ПТСР, пов'язаних із бойовими діями, краще використовувати сфокусовані на травмі види терапії. Але вони можуть бути недоступними. Наше Управління з продовольства та медикаментів затвердило три види ліків для лікування ПТСР. Є гарна доказова база для всіх СІЗЗС – селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну - та одного СІЗЗСiН – венлафаксина. Конкретніше, СІЗЗС – це пароксетин, флуоксетин і сертралін, а СІЗЗСiН, для якого є обґрунтовані докази щодо ефективності, – це венлафаксин. Тут може бути погано видно дозування, але загалом стандартне дозування для таких медикаментів – для прозаку, для флуокситину – це від 20 до 80 міліграмів на день. Для сертраліну – це від 50 до 200 міліграмів на день, для венлафаксину – це від 75 до 300 міліграмів на день, розділені на прийоми. Це стандартні інструкції дозування. Щодо ефективності інших антидепресантів для лікування ПТСР, то існує менше доказів, але є й певні негативні докази для бензодіазепінів. Низка досліджень, проведених серед ветеранів США, показали, що використання бензодіазепінів для лікування ПТСР може подовжити час одужання, а також – завадити

психотерапевтичним інтервенціям. Тож, хоча вони можуть використовуватися у випадках гострої тривожності, вони не мають розглядатися як варіант для лікування посттравматичного стресового розладу.

Я думаю, що досяг точки для підбиття підсумків. Хочу чітко переконатися, що ми усвідомлюємо: військовослужбовці можуть переживати цілий континуум стресових реакцій після зіткнення з жахіттями війни. Війна – це жахливо, травматичний досвід – це жахливо, але не все це обов'язково призводить до ПТСР. Є континуум від стійкості через серединні регіони бойових та оперативних стресових реакцій або реактивного та травмованого стану – до хворого стану. Від фізично травмованого – до посттравматичного стресового розладу. Цей діапазон включає психіатричні захворювання, але частіше проявляється субклінічним дистресом – страхом, злістю, сумом, ізоляцією або перехідними реакціями. Тому нам як лікарям потрібно бути обережними при встановленні діагнозу посттравматичного стресового розладу до того, як почнемо його лікування. І ми можемо усвідомлювати, що прості взаємодії, прості дії можуть пом'якшити та зменшити стресові реакції. **І ці концепти, що я формулював раніше, – «ОБСКОП» – «очікування, простота, близькість, стислість, оперативність, контакт і перша психологічна допомога» – ці заходи, поруч із психологічною освіченістю, дійсно можуть допомогти тим, хто не страждає від посттравматичного стресового розладу.**

Обережна оцінка та розпізнання інтенсивних і сильних симптомів, що тривають довше ніж місяць, призодять нас до області лікування посттравматичного стресового розладу. А вже для лікування посттравматичного стресового розладу ми використовуємо сфокусовану на травмі психотерапію. Я окреслив у загальних рисах низку таких терапій, які мають специфіку шаблонності. Вони прописані, інтервенції терапевта є пропрацьованими та їх ретельно дотримуються на сесіях. А у випадку терапії тривалого впливу та КПТ це стосується й домашнього завдання. І це ефективніше, ніж медикаментозне лікування. У тому випадку, якщо ліки – єдина альтернатива, або більш доступні, або це – кращий варіант для пацієнта, то конкретно СИЗС і СИЗСІН можуть бути корисними.

Ще декілька моментів. Якщо говорити про медикаментозне лікування ПТСР, більшість досліджень, на жаль, проводяться серед змішаної групи осіб, тобто вони включають солдат, які постраждали в результаті бойових дій, але також – і цивільних, котрі пережили травму. Я вже згадував, що

дослідженнях говорять, що ефект психотерапії набагато кращий за ефект медикаментозного лікування. **Немає ніякої заборони щодо поєднання психотерапії та медикаментозного лікування, але насправді немає достатньо даних, щоб підтримати доповнення, використання кількох медикаментів. І навіть якщо медикаментозне лікування – це кращий або легший варіант, зрештою, все одно може виявитися, що використання сфокусованої на травмі шаблонної психотерапії – це найкращий вибір.**

Я сподіваюсь, що це – корисно. Маю надію, що надав доступ до певних ресурсів, які допоможуть отримати інформацію про конкретні види психотерапії та про те, що відомо про медикаментозне лікування посттравматичного стресового розладу. Зі мною можна зв'язатися електронною поштою, яку ви бачите на екрані. Буду радий відповісти на запитання поштою. І, понад усе, я просто вдячний вам за зусилля і аплодую за безперервні зусилля для захисту вашої країни та допомоги людям. І моє палке бажання – це мир у вашому регіоні якнайскоріше. Тому що ці наслідки війни будуть продовжуватися і після того, як бойові дії закінчаться. І чим швидше ми зможемо зупинити це, тим швидше зможемо перейти до нормального життя. Ще раз дякую вам усім! Продовжуйте вашу чудову роботу.