

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ

MEDICAL-PSYCHOLOGICAL CORRECTION AND REHABILITATION

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИКИ ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИИ И ПЕРЕРАБОТКИ ДВИЖЕНИЕМ ГЛАЗ ПРИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С БОЕВОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ В АРМИЯХ ЗАРУБЕЖНЫХ ГОСУДАРСТВ

А. Д. Демкин¹, И. И. Дорофеев¹, Ю. В. Кравченко¹

¹ ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург, Россия

MILITARY APPLICATION OF EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING INTERVENTIONS IN COMBAT STRESS RELATED DISORDERS TREATMENT AND REHABILITATION IN FOREIGN ARMED FORCES

A. D. Demkin¹, I. I. Dorofeev¹, Yu. V. Kravchenko¹

¹ S. M. Kirov Military Medical Academy of the Russian Defense Ministry, Saint Petersburg, Russia

Резюме. В статье представлен обзор применения методики Десенсибилизации и переработки движениями глаз при оказании помощи и медико-психологической реабилитации военнослужащих с боевой психической травмой, которая широко применяется медицинскими службами вооруженных сил стран блока НАТО. В материале приведена информация об эффективности десенсибилизации и переработки движениями глаз при оказании помощи при острых стрессовых реакциях, острых и хронических посттравматических расстройствах, описан стандартный протокол вмешательства и вспомогательные технические средства, используемые при интервенциях (библ.: 17 ист.).

Ключевые слова: боевая психическая травма, боевой стресс, боеготовность, десенсибилизация и переработка движениями глаз, острые стрессовые расстройства, острые стрессовые реакции, посттравматические стрессовые расстройства.

Статья поступила в редакцию 23.09.2019 г.

Боевая психическая травма является причиной острых реакций боевого стресса, острых стрессовых и посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) [1]. Острые реакции боевого стресса, часто провоцирующие острые психические расстройства, проходят самостоятельно в течение 48–72 часов при условии устранения реальной витальной угрозы для комбатанта. Острые стрессовые расстройства длятся от 2–3-х суток до 1 месяца и проявляются повторными переживаниями травматических событий, избегающим поведением и другими неконструктивными копинг-стратегиями, повышенной возбудимостью и, как минимум, тремя диссоциативными симптомами.

При сохранении указанной симптоматики свыше 1-го месяца и до 3-х месяцев ставится диагноз острого посттравматического расстройства (ОСР). При персистировании симптоматики более

Summary. This paper reviews the Eye Movement Desensitization and Reprocessing interventions application for NATO treaty armed forces military personnel combat stress related disorders treatment and rehabilitation. The evaluation of the effectiveness of Eye Movement Desensitization and Reprocessing therapy in treating acute stress disorders and posttraumatic stress disorders (PTSD) provided along with the description of the standard intervention protocol and EMDR therapy devices (bibliography: 17 refs.).

Key words: mental health, combat fatigue, battle neurosis, combat stress, acute stress disorder, post-traumatic stress disorder, eye movement desensitization and reprocessing, combat readiness.

Article received 23.09.2019.

3-х месяцев диагностируется хроническое посттравматическое стрессовое расстройство, лечение которого связано с значительными трудностями. Распространенность стрессовых расстройств в военных контингентах стран НАТО составляет от 10 до 30% [2, 3]. Среди всех психиатрических диагнозов военнослужащих стран НАТО, участвовавших в боевых операциях, более половины приходится на ПТСР [4]. Около трети комбатантов страдают ПТСР на протяжении более 2,5 лет. С хроническими ПТСР связаны небоевые потери в мирное время из-за суицидального поведения [5]. Среди всех суицидальных попыток военнослужащих 2/3 совершались на фоне развившегося ПТСР [6].

Начиная с 2003 г., для оказания помощи военнослужащим и ветеранам с боевой психической травмой в вооруженных силах стран — членов блока НАТО используется методика неспецифиче-

ской десенсибилизации и переработки движением глаз (ДПДГ) (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing — EMDR), которая была разработана американским психологом Франсин Шапиро [7].

ДПДГ-терапия — это поэтапный метод коррекции последствий психологической травмы путем создания благоприятных нейрофизиологических условий для запуска естественных для головного мозга механизмов переработки стойких травматических воспоминаний, образов, мыслей, эмоций, телесных ощущений и симптомов. Описано, по крайней мере, девять нейрофизиологических теорий, объясняющих механизм лечебного эффекта применения методики ДПДГ [8]. Данный метод использует стимуляцию застойных очагов коры головного мозга, ответственных за хранение травматической информации, при помощи активации воспоминаний при одновременной попеременной стимуляции коры правого и левого полушарий.

Терапевтическое вмешательство проводится в достаточно безопасной и комфортной контролируемой среде. Одновременно с активацией негативных воспоминаний, пациент с помощью врача или специального оборудования производит движения глазами по определенной траектории. Эта траектория симулирует движения глаз фазы быстрого сна, во время которой головной мозг перерабатывает воспоминания. Дополнительно может проводиться попеременная билатеральная стимуляция с помощью воздействий разной модальности (аудиальных, тактильных). Методика эффективна не только для лечения симптомов ПТСР, но и для коррекции деструктивных копинг-стратегий, таких как самоизоляция, самолечение алкоголем, наркотиками и психотропными средствами.

В настоящее время ДПДГ-терапия одобрена Американской психиатрической ассоциацией, Международным обществом по изучению травматического стресса и Всемирной организацией здравоохранения [9]. Методика ДПДГ используется Департаментом по делам ветеранов США [10], Министерством обороны США [11], Министерством здравоохранения Великобритании, Британским Национальным институтом здоровья и совершенствования клинической практики (NICE), а также Национальным советом по психическому здоровью Израиля.

По данным американских и британских военных врачей, применение от трех до четырех сессий ДПДГ-терапии в непосредственной близости от передовой позволяет полностью устранить острые стрессовые реакции и вернуть комбатантов в строй [12]. Эффективность такой терапии при лечении последствий психотравм превосходит эффект применения антидепрессанта флуоксетин (Прозак) [13].

Поэтому методика ДПДГ используется для оказания помощи военнослужащим, назначение которым психотропных средств может негативно повлиять на их способность к выполнению служебных обязанностей.

Существует два основных формата вмешательства. В большинстве случаев хронических форм расстройств для достижения терапевтических целей требуется от 1 до 3–4 месяцев еженедельных сессий продолжительностью 50–90 мин. Как при острых, так и при хронических расстройствах может использоваться интенсивная схема с двумя ежедневными интервенциями на протяжении до 10 суток [7]. Существует отечественный вариант методики ДПДГ «Разгрузка» для самостоятельного применения в целях экстренной профилактики стрессовых расстройств в условиях боевых действий [14].

Терапия с помощью методики ДПДГ показывает высокую эффективность для острых стрессовых расстройств при единичной психической травме, позволяя достичь 100% эффективности при проведении шестичасовых сеансов. При оказании помощи пострадавшим от множественной психической травмы, лицам с хроническим ПТСР эффективность методики снижается до 77% при необходимости увеличения количества лечебных сеансов до 12–15 на курс.

Стандартный протокол вмешательства ДПДГ включает 8 лечебных фаз [15]. Первые несколько сессий включают только первые три фазы, такие как сбор анамнеза, подготовку пациента (введение в протокол, обучение конструктивным копинг-стратегиям и методам контроля аффектов), и работу с травматическим инцидентом, включая его осознание, выявление убеждений и эмоций, связанных с ним, оценку степени нарушений, проявляющихся при контакте с травматическими воспоминаниями. На третьем этапе также оцениваются имеющиеся и формируются оптимальные образы достижения терапевтических целей.

После подготовки пациента в лечебную сессию добавляются следующие фазы. На четвертой фазе проводится основной компонент вмешательства — десенсибилизация. Он включает в себя использование процедуры двойного (распределенного) внимания и билатеральной стимуляции, создающих оптимальные нейрофизиологические условия, позволяющие переработать тревожные эмоции и когнитивные дисфункции, связанные с травматическим инцидентом. Пациент получает инструкцию удерживать в представлении травматический образ, мысль или переживание, одновременно отслеживая взглядом движения пальцев терапевта, когда они двигаются вперед и назад перед клиентом по установленной траектории. Если пациент испы-

тывает трудности с визуальным отслеживанием, используются двусторонние тактильные прикосновения или звуковые сигналы. Двусторонняя стимуляция также используется во время последующих двух фаз: установки и сканирования тела. Эти фазы направлены на поиск или создание позитивных образов, мыслей и чувств для замены негативных, связанных с травмой, и на переработку прочих остаточных негативных телесных ощущений.

Во время следующего этапа пациента обучают, что делать между сеансами, если он испытывает дискомфорт. Заключительная фаза переоценки проводится в начале следующей сессии и включает выявление и переработку любого остаточного материала, сохранившегося с предыдущей сессии или возникшего между сессиями.

Хотя для билатеральной стимуляции достаточно использования пальцев рук врача или психолога, в медицинских службах вооруженных сил стран НАТО для проведения интервенций по протоколу ДПДГ [15] используется светодиодная панель The EyeScan или аудиовизуальная панель Lapscan 4000 производства компании NeuroTek [16], а также виртуальные стимуляторы ДПДГ для персональных компьютеров и мобильных устройств [17].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В военной медицине зарубежных государств при оказании помощи комбатантам с боевой психической травмой наравне с медикаментозной и когнитивно-бихевиоральной психотерапией активно используются интервенции по протоколу методики ДПДГ, которая имеет серьезные преимущества, особенно актуальные при использовании в боевых условиях. Так, методика ДПДГ может быть применена непосредственно после психотравмирующего события, что позволяет значительно снизить вероятность развития острых стрессовых расстройств и их хронизации, сократить сроки возвращения комбатантов в строй. Методика ДПДГ позволяет в некоторых случаях обойтись без назначения психотропных средств, снижающих боеспособность военнослужащих в период их применения. Методика ДПДГ не требует использования специального оборудования и может проводиться в любых условиях, даже в непосредственной близости от передовой. Упрощенные варианты методики могут использоваться предварительно обученными военнослужащими в виде оказания самопомощи или взаимопомощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Litvintsev C., Snedkov E., Reznik A. Combat mental trauma. Moscow: Medicina Publisher; 2005. 431. Russian (*Литвинцев С., Снедков Е., Резник А. Боевая психическая травма. М.: Медицина; 2005. 431*).
2. Smith T. C., Ryan M. A., Wingard D. L., et al. New Onset and Persistent symptoms of Posttraumatic Stress Disorder Self-Reported After Deployment and Combat Exposure: Prospective Population-Based US Military Cohort Study. *British Medical Journal*. 2008; 336: 366-71.
3. Atkinson M. P., Guetz A., Wein L. M. A dynamic model for post-traumatic stress disorder among U.S. troops in operation Iraqi freedom. *Manag. Sci.* 2009; 55: 1454-68.
4. Seal K. H., Bertenthal D., Miner C. R., Sen S., Marmar C. R. Mental health disorders among 103,788 US veterans returning from Iraq and Afghanistan seen at Department of Veterans Affairs facilities. *Arch. Intern. Med.* 2007; 167: 476-82. DOI: 10.1001/archinte.167.5.476
5. Ribeiro S. P., LaCroix J. M., De Oliveira F., et al. The Link between Posttraumatic Stress Disorder and Functionality among United States Military Service Members Psychiatrically Hospitalized Following a Suicide Crisis. *Healthcare*. 2018; 6 (3): 95. Published 2018 Aug 7. DOI: 10.3390/healthcare6030095
6. Pruitt L. D., Smolenski D. J., Bush N. E., Skopp N. A., Hoyt T. V., Grady B. J. Department of Defense Suicide Event Report (DoDSER) Calendar Year 2015 Annual Report. Available at: <http://t2health.dcoe.mil/programs/dodser> (accessed 28.09.2019).
7. Hurley E. C. Effective Treatment of Veterans With PTSD: Comparison Between Intensive Daily and Weekly EMDR Approaches. *Front Psychol.* 2018; 9: 1458. Published 2018 Aug 24. DOI:10.3389/fpsyg.2018.01458
8. Bergman U. EMDR's Neurobiological Mechanisms of Action: A Survey of 20 years of Searching. *Journal of EMDR Practice and Research*. 2010; 4: 22-42.
9. World Health Organization. Guidelines for the Management of Conditions that are Specifically Related to Stress. Geneva: World Health Organization; 2013.
10. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD. U. S. Department of Veterans Affairs. National Center for PTSD. Available at: https://www.ptsd.va.gov/understand_tx/emdr.asp (accessed 09.10.2019).
11. Clinical Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress. Department of Veterans Affairs and Department of Defense. VA/DoD Washington, DC: Department of Veterans Affairs; 2017.
12. Russell M. C., Figley Ch. R. Treating Traumatic Stress Injuries in Military Personnel. *An EMDR Practitioner's Guide*. N. Y.; 2013. 33-4.

13. *Van der Kolk B.* A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term maintenance. *J. Clin. Psychiatry.* 2007; 68 (1): 37–46.
14. *Demkin A. D.* Psychophysiological express technique of self-regulation and control of combat stress "Unloading". Available at: <http://enures.dacha-dom.ru/razgruzka.shtml> (accessed 02.10.2019). Russian (Демкин А. Д. Психофизиологическая экспресс-техника саморегуляции и контроля боевого стресса «Разгрузка». Доступен по: <http://enures.dacha-dom.ru/razgruzka.shtml> (дата обращения 02.10.2019).
15. *Albright D., Thyer B., Becker B., Rubin A.* Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Combat Veterans. *Campbell Systematic Reviews.* The Campbell Collaboration; 2011.
16. NeuroTek Advanced LapScan 4000. Available at: <https://neurotekcorp.com/advanced-lapscan-4000-temporarily-out-of-stock/> (accessed 09.10.2019).
17. *Marotta-Walters S. A, Jain K., DiNardo J., Kaur P., Kaligounder S.* A Review of Mobile Applications for Facilitating EMDR Treatment of Complex Trauma and Its Comorbidities. *Journal of EMDR Practice and Research.* 2018; 12: 2–15.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Демкин Андрей Делеорович — младший научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории (медико-психологической коррекции и реабилитации) научно-исследовательского отдела (медико-психологического сопровождения) научно-исследовательского центра, ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ, 194044, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, конт. тел.: +7(981)7888724, e-mail: vmeda_37@mil.ru

Дорофеев Иван Иванович — канд. мед. наук, доцент, начальник научно-исследовательской лаборатории (профессионально-психологической экспертизы) научно-исследовательского отдела (медико-психологического сопровождения) научно-исследовательского центра, ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ, 194044, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, конт. тел.: +7(921)3379749; e-mail: vmeda_37@mil.ru

Кравченко Юлия Валериевна — канд. психол. наук, начальник научно-исследовательской лаборатории (военно-профессиональной адаптации военнослужащих) научно-исследовательского отдела (медико-психологического сопровождения) научно-исследовательского центра, ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ, 194044, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, конт. тел.: +7(921)3280793; e-mail: vmeda_37@mil.ru

INFORMATION ABOUT AUTHORS

Demkin Andrey D. — Junior Researcher at the Research Laboratory (medical and psychological correction and rehabilitation) of the Research Department (medical and psychological support) of the S. M. Kirov Military Medical Academy of the Russian Defense Ministry, 6, Akademika Lebedeva str., Saint Petersburg, Russia, 194044, cont. phone: +7(981)7888724, e-mail: vmeda_37@mil.ru

Dorofeev Ivan I. — M. D., Ph. D. (Medicine), Associate Professor, the Head of the Research Laboratory (vocational and psychological assessment) of the Scientific Research Department (medical-psychological support) of the Scientific Research Centre of the S. M. Kirov Military Medical Academy of the Russian Defense Ministry, 6, Akademika Lebedeva str., Saint Petersburg, Russia, 194044, cont. phone: +7(921)3379749, e-mail: vmeda_37@mil.ru

Kravchenko Yulia V. — Ph. D. (Psychological), the Head of the Research Laboratory (military-professional adaptation of military personnel) of the Research Department (medical and psychological support) of the Scientific Research Center of the S. M. Kirov Military Medical Academy of the Russian Defense Ministry, 6, Akademika Lebedeva str., Saint Petersburg, Russia, 194044, cont. phone: +7(921)3280793; e-mail: vmeda_37@mil.ru