**Разработка лечебно-реабилитационных программ при непсихотических психических расстройствах у участников специальной военной операции**

**Проект в номинации**

Системные решения в здравоохранении

**Организация**

Республиканская клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр МЗ ДНР, г. Донецк, Российская Федерация

**Участники проекта:**

Воеводина Валерия Сергеевна – врач-психиатр высшей категории, врач-психотерапевт высшей категории, Внештатный республиканский специалист МЗ ДНР по психотерапии, главный врач ГБУ ДНР «Республиканская клиническая психиатрическая больница-психотерапевтический центр» МЗ ДНР

# Титиевский Сергей Владимирович – д.м.н. проф., профессор кафедры психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья ФГБО ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В настоящем проекте реализован более чем 10-летний опыт практической и исследовательской работы Республиканской клинической психоневрологической больницы – медико-психологического центра МЗ ДНР (РКПБ-МПЦ) с участниками боевых действий в Донбассе для совершенствования оказания специализированной помощи участникам специальной военной операции с наличием непсихотических психических расстройств.

**Описание проекта**

В настоящем проекте реализован более чем 10-летний опыт практической и исследовательской работы Республиканской клинической психоневрологической больницы – медико-психологического центра МЗ ДНР (РКПБ-МПЦ) с участниками боевых действий в Донбассе для совершенствования оказания специализированной помощи участникам специальной военной операции (СВО) с наличием непсихотических психических расстройств. К основным понятиям, используемым в настоящее время при описании боевой психической патологии, можно, по нашему мнению, отнести следующие (Резник А.М., 2022). Широко используемый термин «боевая психическая травма» не является общепринятой диагностической категорией.

Им обозначаются, с одной стороны, само по себе воздействие травмирующего психического стресса на индивида, а с другой – обусловленное воздействием оружия и боевых стресс-факторов патологическое состояние ЦНС, особенности патогенеза и феноменологии которого определяются специфичностью внешних этиологических факторов и изменяющихся под их воздействием внутренних условий. Под боевым стрессомпонимается частная разновидность стресса, формирующаяся вследствие воздействия комплекса патогенных факторов боевой обстановки. Этими факторами являются: длительная и малопрогнозируемая, непосредственная и эмпирически наглядная угроза жизни и благополучию индивида и его близких; значительно превосходящие повседневный уровень по длительности и интенсивности психические и физические нагрузки; сомато- и психогенные влияния ранений, травм и заболеваний; переживание наблюдаемых случаев гибели людей; утраты друзей и близких. Суммарно все они приводят к истощению ресурсов психической деятельности, возникновению характерных временных или стойких изменений психических процессов и нарушениям социальной адаптации. Боевые стрессовые расстройства – это различные острые и хронические психические нарушения, возникающие вследствие воздействия на психику индивида стресс-факторов боевой обстановки, ведущие к снижению боеспособности и к социальной дезадаптации. Боевые посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) – это затянувшиеся или отсроченные психические изменения и психические расстройства, возникающие вследствие воздействия факторов боевой обстановки. Замечено, что тяжесть клинических проявлений и динамика психических расстройств в определенной мере связаны с мощностью стрессоров. Установлено, что клинические проявления реакций боевого стресса в значительной степени зависят от характера боевых действий, а рост числа и выраженности этих реакций напрямую связан с длительностью пребывания на театре военных действий и интенсивностью боёв. Чем дольше военнослужащие находятся в боевой обстановке, тем больше они предъявляют жалобы на состояние здоровья в виде ухудшения памяти, внимания и психомоторных навыков, нарастания слабости и утомляемости (Резник А.М., 2022). В то же время, как указывает А.М. Резник (2022), основной причиной появления у ветеранов признаков когнитивного дефицита, является не само по себе ПТСР, а сопутствующая органическая психическая патология, которая может также облегчать возникновение стресс-индуцированных симптомов. Более чем 10-летний опыт практической и исследовательской работы РКПБ-МПЦ с боевыми стрессовыми расстройствами, включая ПТСР, позволил нам выделить основные аспекты, необходимые для разработки лечебно-реабилитационных программ при непсихотических психических расстройствах у участников специальной военной операции.

**Цель:** разработка лечебно-реабилитационных программ при непсихотических психических расстройствах у участников специальной военной операции и их применение в современных условиях.

**Задачи:**

- проанализировать особенности боевого стресса, которому подвергаются в театре военных действий участники СВО;

- изучить структуру психических нарушений у участников СВО, госпитализировавшихся в РКПБ-МПЦ на протяжении 2022-2024 гг.;

- исследовать резилентность госпитализировавшихся в РКПБ-МПЦ участников СВО с наличием непсихотических психических расстройств;

- изучить данные современной доказательной медицины о профилактике и лечении боевых стрессовых расстройств, а также возможности их использования в России;

- проанализировать особенности деятельности по внедрению перспективных

телемедицинских технологий для оказания специализированной помощи при непсихотических психических расстройствах у участников СВО;

- разработать проект лечебно-реабилитационных программ при непсихотических психических расстройствах у участников специальной военной операции.

**Методы:** контент-анализ, библиографический, клинико-психопатологический, психодиагностический, статистический

Современные формы вооруженных конфликтов существенно отличаются от предыдущих опытов локальных военных действий в Афганистане, Сирии, на Северном Кавказе и в других «горячих точках» последних десятилетий. Масштаб и интенсивность СВО указывают на то, что большая часть участников военных действий подвергается влиянию боевого стресса, и распространенность у них боевой психической травмы составляет от 3 до 11% (Сакович П.В., 2024). При этом, у раненых военнослужащих психические расстройства пограничного уровня развиваются минимум в 30% случаев, а удельный вес ПТСР составляет от 10 до 14% (Паценко М.Б., 2022). В то же время, характер и структура непсихотических психических расстройств у участников СВО до сих пор остаются малоизученными.

Нами изучена медицинская документация 2069 случаев госпитализаций участников СВО в РКПБ-МПЦ на протяжении 2022-2024 гг. Структура всех выявленных диагнозов (коды в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра) представлена ниже.

Мы обратили внимание на преобладание в структуре непсихотических психических расстройств широкого спектра органических психических нарушений (46,2%) (от легких неврозоподобных (астенических) до личностных) как этапов их динамики на протяжении периода наблюдения больных, во многом, за счет перенесенных (зафиксированных и нет) контузий, часто повторных, головного мозга, на фоне перманентного боевого стресса, а также – аффективных расстройств (расстройств настроения) (27,8%) и ПТСР (21,6%). Всё это свидетельствует как о «микстовом» характере органической психической патологии (которая, как указано выше, может облегчать возникновение стресс-индуцированных симптомов), так и о высокой степени патогенности боевого стресса, которому подвергаются в театре военных действий участники СВО.

Можно предположить, что такой уровень патогенности определяется не только масштабом и интенсивностью военных действий как таковых при проведении СВО, но также – масштабом и интенсивностью применения самой современной компьютеризированной военной техники, в том числе, позволяющей наносить поражающие удары на большом расстоянии от непосредственной зоны ведения боевых действий, без тесного соприкосновения противоборствующих сторон.

В этой связи один из находившихся на лечении военнослужащих, сотрудник силовых структур, воевавший ранее в Чечне и Дагестане, на вопрос, где было труднее, – там или в Донбассе, ответил: «Там воевали люди, а здесь – машины».

В последнее время мощным дополнительным фактором психогенного воздействия, значительно повышающим интенсивность боевого стресса у участников СВО, стали беспилотные летательные аппараты (БПЛА). Эти «птички» разного размера и назначения создают у военнослужащих круглосуточный «эффект присутствия» противника в их расположении, вызывая ощущение постоянной уязвимости и беззащитности (в ночное время БПЛА, помимо тепловизоров, используют осветительные приборы («фары»)). Даже сидя в окопе, боец не чувствует себя защищенным от средств поражения беспилотника, которые могут обладать значительной разрушительной силой, причём, БПЛА очень точно управляются операторами и сами трудно уязвимы. Данный фактор отягощает воздействие боевого стресса, способствуя повышению психического истощения воюющих и, соответственно, увеличению количества пациентов с ПТСР в условиях СВО, в отличие от предшествующих современных локальных военных действий.

Пережившие опыт контактов с БПЛА пациенты боятся выходить на улицу, в помещении предпочитают находиться подальше от окон. Один из них, просыпаясь ночью, видел на потолке над собой светящийся индикатор противопожарного устройства, которое ассоциировалось у него с БПЛА. Возникала паническая тревога, для борьбы с которой данный больной перемещал свою кровать до тех пор, пока не добивался такого её расположения, при котором красный огонёк при пробуждении был ему не виден. Другой страдающий ПТСР больной, даже ожидая посещения родственников, которые должны были привезти заказанные им любимые продукты, не выходил при этом улицу, а оставался до самого прибытия родных в вестибюле больничного здания и встречал их там.

– Разработанные и используемые нами лечебно-реабилитационные программы при непсихотических психических расстройствах у участников СВО включают комплексное таргетное воздействие, направленное на органическую, стресс-индуцированную (в основном, ПТСР) и аффективную (в основном, реактивные депрессии) психическую патологию, с учётом специфики (важной для психотерапевтической работы с больными) тревожно-фобической симптоматики, связанной с применением современной компьютеризированной военной техники в театре военных действий.

В настоящее время внимание психиатров стал привлекать тот факт, что у большинства людей, переживших стихийные бедствия или другие травмирующие события, не развивается ПТСР либо другое продолжительное психическое расстройство, хотя у них могут в течение определенного периода возникать «временные волнения на поверхности эмоциональной жизни» и субклинические симптомы (Tucker Ph., 2021).

В связи с природными катастрофами, войнами, политическими конфликтами повышается интерес к резилентности человека, которая в психиатрии и психологииопределяется как положительная адаптация человека к жизненным задачам в стрессовых и неблагоприятных социальных ситуациях либо как позитивный рост, влияющий на скорость восстановления после каких-либо нарушений (Pęciłło M., 2016; Luthar S.S., 2003; Haddadi P., Ali Besharat M., 2010; Richardson G.E., 2017). Обнаружена обратная корреляция между резилентностью и тяжестью психических расстройств, например, тревожных расстройств (Uzunova G. et al., 2021), депрессии (Verdolini N. et al., 2021) и ПТСР (Zheng P. et al., 2020). Люди с более высоким уровнем тяжести симптомов более склонны к демонстрации более низкого уровня резилентности (Zheng P., 2021). В целом же, резилентность представляется многообещающей, но малоизученной областью психиатрических исследований (Tucker Ph., 2021).

В связи с необходимостью создания специализированного комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий при связанных с участием в военных действиях психических расстройствах у участников СВО изучение их резилентности мы сочли особенно актуальным.

С помощью русскоязычной версии краткой шкалы резилентности (BRS) (Маркова В.И., Александрова Л.А., Золотарева А.А., 2022) нами обследованы участники боевых действий, госпитализированные в связи с наличием непсихотических психических расстройств в РКПБ-МПЦ на протяжении СВО.

Результаты применения шкалы BRS свидетельствуют о варьировании резилентности обследуемых в диапазоне от 6 до 20 баллов (при максимуме 30 баллов). Корреляционный анализ по Спирмену позволил установить следующие взаимосвязи показателя резилентности теста BRS с другими показателями, характеризующими обследованных участников боевых действий. Резилентность достоверно обратно пропорциональна уровням депрессии (тест Зунга, шкала пессимистичности (2) СМИЛ) и тревоги (тест Спилбергера-Ханина, шкала тревожности (7) СМИЛ) обследованных, а также выраженности таких их личностных качеств как импульсивность (шкала 4 СМИЛ), индивидуалистичность (шкала 8 СМИЛ) и интроверсия (шкала 0 СМИЛ). Обнаружена достоверная положительная корреляционная связь уровня депрессии (тест Зунга) как с ипохондрическими личностными чертами (шкала сверконтроля (1) СМИЛ), так и с показателями когнитивной дефицитарности (ухудшением памяти и внимания). Выявлены косвенные признаки обратной корреляции между резилентностью и тяжестью психических расстройств у обследованных нами участников боевых действий.

– Мы включили шкалу BRS в диагностический блок лечебно-реабилитационных программ при непсихотических психических расстройствах у участников СВО, и нами проводится дальнейшее углубленное исследование проблемы резилентности при непсихотических психических расстройствах у участников СВО.

При изучении данных современной доказательной медицины о профилактике и лечении боевых стрессовых расстройств мы сочли наиболее релевантной достижению поставленной нами цели следующую информацию (Schnurr P.P. et al., 2023; Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder Work Group, 2023).

Для профилактики ПТСР у лиц, подвергшихся травме, недостаточно доказательств, чтобы рекомендовать или не рекомендовать психотерапию либо фармакотерапию в период непосредственно после травмы. Для профилактики ПТСР у пациентов с диагнозом острого стрессового расстройства показана травма-фокусированная когнитивно-поведенческая психотерапия. 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.

Для лечения ПТСР рекомендованы терапия когнитивной обработки, десенсибилизация и переработка движением глаз или длительная экспозиция вместо фармакологических вмешательств. Показаны следующие индивидуальные мануализированные методы психотерапии: когнитивная терапия Элерс при ПТСР, терапия, центрированная на настоящем или письменная экспозиционная терапия. Рекомендованы пароксетин, сертралин или венлафаксин. Не рекомендованы дивалпроекс, гуанфацин, кетамин, празозин (в качестве монотерапии), рисперидон, тиагабин, вортиоксетин, а также бензодиазепины. Не рекомендованы арипипразол, азенапин, брекспипразол, карипразин, илоперидон, луматеперон, луразидон, оланзапин, палиперидон, кветиапин, рисперидон либо зипразидон в качестве дополнения (аугментации) к препаратам для лечения ПТСР. Предлагается снижение стресса на основе осознанности для лечения ПТСР. Рекомендовано использовать защищенную видеотелеконференцию для проведения терапии когнитивной обработки, десенсибилизации и переработки движением глаз, длительной экспозиции, когнитивной терапии Элерс при ПТСР, терапии, центрированной на настоящем, письменной экспозиционной терапии, если это лечение одобрено для использования в виде видеотелеконференции, или в случаях, когда другие методы недоступны. Предлагается празозин для лечения ночных кошмаров, связанных с ПТСР.

– Мы включили в комплекс лечебно-реабилитационных программ при непсихотических психических расстройствах у участников СВО:

1) травма-фокусированную когнитивно-поведенческую психотерапию для профилактики ПТСР у пациентов с диагнозом острого стрессового расстройства;

2) терапию когнитивной обработки, десенсибилизацию и переработку движением глаз, длительную экспозицию, индивидуальные мануализированные методы психотерапии (когнитивную терапию А. Элерс при ПТСР, терапию, центрированную на настоящем, письменную экспозиционную терапию) для лечения ПТСР;

3) снижение стресса на основе осознанности для лечения ПТСР;

4) применение пароксетина, сертралина, венлафаксина для лечения ПТСР;

5) применение празозина для лечения ночных кошмаров, связанных с ПТСР;

6) использование защищенной видеотелеконференции для проведения терапии когнитивной обработки, десенсибилизации и переработки движением глаз, длительной экспозиции, когнитивной терапии А. Элерс при ПТСР, терапии, центрированной на настоящем, письменной экспозиционной терапии в случаях, когда другие методы недоступны (в основном, в практике амбулаторной психотерапевтической службы РКПБ-МПЦ).

**Заключение:** Масштаб, интенсивность СВО, применение в настоящий момент в театре военных действий современной компьютеризированной военной техники указывают на то, что большая часть участников СВО подвергается влиянию боевого стресса, причём, у значительной части этих военнослужащих развиваются непсихотические психические расстройства. В то же время, для совершенствовования специализированной помощи при непсихотических психических расстройствах у участников СВО необходимо дальнейшее изучение характера и структуры данных расстройств, факторов, предрасполагающих к их возникновению и данных современной доказательной медицины, относящихся к их профилактике и лечению. Внедрение лечебно-реабилитационных программ, включающих исследование резилентности больных, комплексное таргетное воздействие на органическую, стресс-индуцированную и аффективную непсихотическую психическую патологию, с учётом специфики тревожно-фобической симптоматики, связанной с применением современной компьютеризированной военной техники, а также травма-фокусированную когнитивно-поведенческую психотерапию для профилактики ПТСР при остром стрессовом расстройстве, терапию когнитивной обработки, десенсибилизацию и переработку движением глаз, длительную экспозицию, индивидуальные мануализированные методы психотерапии (когнитивную терапию А. Элерс при ПТСР, терапию, центрированную на настоящем, письменную экспозиционную терапию), снижение стресса на основе осознанности, применение пароксетина, сертралина, венлафаксина для лечения ПТСР, применение празозина для лечения ночных кошмаров, связанных с ПТСР, использование защищенной видеотелеконференции для проведения терапии когнитивной обработки, десенсибилизации и переработки движением глаз, длительной экспозиции, когнитивной терапии А. Элерс при ПТСР, терапии, центрированной на настоящем, письменной экспозиционной терапии в случаях, когда другие методы недоступны, содействует совершенствовования специализированной помощи при непсихотических психических расстройствах у участников СВО.