

# Терапия посттравматического стрессового расстройства методом активации ресурсов в Камбодже

Существует потребность в эффективных и легкодоступных методах психотерапевтического лечения в постконфликтных условиях [1]. Однако систематические исследования результативности подобных вмешательств на местности до сих пор чрезвычайно редки. Для решения этой проблемы мы интегрировали строгие процедуры исследования в гуманитарную программу, в так называемый проект Меконг (Mekong Project), и провели рандомизированное контролируемое исследование терапии посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в Камбодже. Кратко говоря, проект Меконг направлен на создание независимой психотерапевтической службы в ряде стран Юго-Восточной Азии посредством систематической подготовки местных специалистов в области здравоохранения и оказания бесплатной психологической помощи пострадавшим гражданам.

Камбоджа является одной из наименее развитых стран в Азии, сталкивающейся со многими проблемами (например, низкие стандарты здравоохранения и образования, массовый отъезд сельских жителей и политическая нестабильность). В Камбодже отмечается высокий уровень заболеваемости психическими расстройствами. Было установлено, что 53,4% камбоджийского населения страдает психическими расстройствами, наиболее частыми из которых являются тревожные и посттравматические стрессовые расстройства (40,0% и 28,4% соответственно) [2]. Таким образом, несмотря на некоторую стабильность, вернувшуюся в страну в течение последних десятилетий, существует необходимость в обеспечении потребностей психолого-психиатрической помощи, включая необходимость в индивидуализированных психиатрических услугах.

Наша цель состояла в том, чтобы проверить эффективность неконфронтационного психотерапевтического лечения посттравматического стрессового расстройства. Терапия включает в себя два основных принципа лечения, описанных в соответствующих руководствах: ресурсно-ориентированная терапия травмы и установка ресурса путем десенсибилизации и переработки с помощью движений глаз (EMDR) (краткосрочная ROTATE). ROTATE направлена на укрепление устойчивости и способности к преодолению трудностей путем активизации позитивных личностных ресурсов, и во многом опирается на психодинамические принципы терапевтических отношений. Терапия включает в себя различные образные методы активации ресурсов [3,4], также как их развития и внедрение, технику ДПДГ, направленную на систематическое развитие и закрепление ресурсов с использованием перенной билатеральной стимуляции [5]. ROTATE имеет

несколько преимуществ: а) может быть безопасно применена даже в случаях сложной травмы, без выраженных побочных эффектов, наблюдаемых до сих пор; б) вместо того, чтобы сосредоточиться только на симптомах ПТСР, эта терапия также учитывает сопутствующие психические заболевания, обычно обнаруживаемые у клиентов, особенно депрессивные и тревожные расстройства; в) терапия особенно подходит для клиентов из не западных стран, поскольку традиционные целебные ресурсы, такие как стратегии осознанности могут быть объединены в рамках полной системы ресурсной активации; г) основные элементы терапии могут легко преподаваться, даже персоналу без специального образования.

Наше исследование было проведено в сотрудничестве с Королевским университетом Пномпеня и локализовалось в городе Пномпень и близлежащей провинции Кандаль. Ищущие помощь амбулаторные пациенты, положительно прошедшие скрининг на посттравматическое стрессовое расстройство (по опроснику диагностики ПТСР  $\geq 44$  [6]) соответствовали критериям включения. Мы допускали коморбидные психические расстройства, за исключением психотических состояний, органического заболевания мозга, когнитивных нарушений, деменции, повышенного суицидального риска и случаев со срочной потребностью в лечении.

В целом, были обследованы 800 пациентов, из которых 86 (средний возраст составлял 27 лет, 61% женщин) соответствовали критериям отбора, и были случайным образом распределены в экспериментальную группу с 5 еженедельными сессиями ROTATE ( $N = 53$ ) или в контрольную группу с 5-недельным периодом ожидания ( $N = 33$ ). Симптомы оценивались до и после вмешательства (или периода ожидания). Оценка проводилась путем индивидуального интервью с исследователем, который не знал, к какой группе принадлежит испытуемый. Всем пациентам из контрольной группы было предложено лечение после окончания периода ожидания. Первичный результат оценивался по изменению симптомов посттравматического стрессового расстройства согласно Индокитайской версии Гарвардского опросника по травматическим переживаниям (HTQ) [7]. Шкала ПТСР HTQ включает в себя 16 пунктов, отражающих критерии DSM-IV для посттравматического стрессового расстройства. Вторично оценивался уровень депрессии, тревоги и социального функционирования. Все применяемые инструменты были валидизированы для населения Камбоджи [7]. Терапия проводилась шестью камбоджийскими психологами, которые закончили 3-летний курс по терапии травмы в рамках проекта Меконг.

На основе предыдущих исследований психологической терапии посттравматического стрессового расстройства [8], мы ожидали от ROTATE улучшения в экспериментальной группе, в сравнении с контрольной, по крайней мере до  $d = 0,65$  от первичного результата. Чтобы обнаружить эту разницу с мощностью 0,80 при  $\alpha = 0,05$ , требовался двусторонний критерий  $2 \times 40$  пациентов. К сожалению, принцип рандомизации, был очень трудным для некоторых клиентов, особенно распределенных в лист ожидания. Как следствие, рандомизация была неуспешна в 38 случаях, что привело к несимметричному коэффициенту распределения (1.6:1), с преобладанием пациентов в экспериментальной группе. Исследование было завершено, когда была достигнута необходимая выборка для достижения мощности 0,80. Данные были проанализированы при помощи линейной регрессионной модели, путем контроля тяжести исходных симптомов. Уровень отсева во время исследования был очень низким ( $N = 2$ , один в каждой группе), поэтому анализировались только полностью завершённые данные ( $N = 84$ ).

Наиболее распространенными видами травм были дорожно-транспортные происшествия (24%), жестокое обращение в семье (23%) и сексуальное насилие (16%). Пациенты, прошедшие ROTATE, показали значительное снижение уровня симптомов посттравматического стрессового расстройства, по сравнению с контрольной группой (базовые скорректированные показатели после лечения: 1.39, 95% CI: 1.23-1.54 в экспериментальной группе, и 2.86, 95% CI: 2.66-3.06 в контрольной группе,  $p < 0.00001$ ). Межгрупповая разница эффективности была значительной ( $d = 2,59$ ). Внутригрупповые различия эффективности в экспериментальной группе также были более выраженными ( $d = 4,43$ ), в то время как в контрольной группе они были умеренными ( $d = 0,52$ ). О негативных последствиях, проводимой терапии, не сообщалось.

Мы пришли к выводу, что лечение с упором на стабилизацию, а не конфронтацию, путем создания безопасных отношений пациент-психотерапевт, применение методов стабилизации, с акцентом на личные ресурсы пациента, значительно снижает симптомы посттравматического стрессового расстройства, в сравнении с контрольной группой.

Сильными сторонами нашего исследования были: а) терапия проводилась местными психологами, что означало, что взаимодействие между врачами и пациентами проходило в естественных условиях и не требовало участия переводчиков; б) врачи и пациенты имели схожие культурные традиции, следовательно, внимание уделялось культурально-специфичной интерпретации симптомов, фактор имеющий жизненно важное значение в терапевтической работе с камбоджийскими пациентами [9]; в) местные психологи прошли обучение методу ROTATE, который, как ожидается, должен облегчить доступ пациентов к психологической помощи в стране, борющейся с недостаточным уровнем психиатрической помощи.

Проведение рандомизированного контролируемого исследования в развивающейся стране является сложной задачей. Тем не менее, мы смогли показать, что осуществление такого исследования возможно, и что эта специфическая форма терапии травмы была хорошо

воспринята врачами и пациентами. Наши результаты предварительные, но многообещающие. Необходимы дальнейшие исследования для подтверждения результатов.

Это исследование было проведено в рамках проекта ОПП (официальной помощи в целях развития, проект 2010.1572.6, программа для лечения травмы в Таиланде, Бирме, Камбодже и Индонезии, проект Меконг) и при финансовой поддержке федерального министерства экономического сотрудничества и развития, и немецкого филиала ДПДГ-Европа. Авторы благодарят всех вовлеченных пациентов за их участие в исследовании. Терапевтами, ответственными за лечение пациентов, были О. Plaktin, S. Samchet, Y. Sotheary, P. Bunna, T. Nary, and E. Nil.

**Christiane Steinert<sup>1</sup>, Peter J. Bumke<sup>2</sup>,  
Rosa L. Hollekamp<sup>1</sup>, Astrid Larisch<sup>1</sup>,  
Falk Leichsenring<sup>1</sup>, Helga Mattheß<sup>3</sup>,  
Sek Sisokhom<sup>4</sup>, Ute Sodemann<sup>2</sup>,  
Markus Stingl<sup>1</sup>, Ret Thearom<sup>4</sup>, Hana Vojtová<sup>5</sup>,  
Wolfgang Wöller<sup>6</sup>, Johannes Kruse<sup>1,7</sup>**

<sup>1</sup> Clinic for Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, University of Giessen, Giessen, Germany;

<sup>2</sup> Trauma Aid Germany, Berlin, Germany;

<sup>3</sup> Psychotraumatology Institute Europe, Duisburg, Germany;

<sup>4</sup> Department of Psychology, Royal University of Phnom Penh, Phnom Penh, Cambodia;

<sup>5</sup> Slovak Institute for Psychotraumatology and EMDR, Trencin, Slovakia, and Center for Neuropsychiatric Research of Traumatic Stress, Charles University, Prague, Czech Republic;

<sup>6</sup> Hospital for Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, Rhein-Klinik, Bad Honnef, Germany;

<sup>7</sup> Clinic for Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, University of Marburg, Marburg, Germany

Перевод: Шуненков Д.А. (Иваново)

Редактура: к.м.н. Кузнецова-Морева Е.А. (Москва)

(World Psychiatry 2016; 2: 183-184)

#### Библиография

1. Tol WA, Barbui C, Galappatti A et al. Lancet 2011;378:1581-91.
2. de Jong JT, Komproe IH, Van Ommeren M. Lancet 2003;361:2128-30.
3. Reddemann L. Psychodynamic imaginative trauma therapy, PITT – Manu- al. Stuttgart: Klett-Cotta, 2011.
4. Woller W, Leichsenring F, Leweke F et al. Bull Menninger Clin 2012;76:69- 93.
5. Korn DL, Leeds AM. J Clin Psychol 2002;58:1465-87.
6. Blanchard EB, Jones-Alexander J, Buckley TC et al. Behav Res Ther 1996; 34:669-73.
7. Mollica RF, Caspi-Yavin Y, Bollini P et al. J Nerv Ment Dis 1992;180:111-6.
8. Bisson J, Andrew M. Cochrane Database Syst Rev 2007:CD003388.
9. Hinton DE, Otto MW. Cogn Behav Pract 2006;13:249-60.