

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ ИМЕНИ В.М. БЕХТЕРЕВА»

Утверждено
к печати решением
Ученого Совета
НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева
Протокол № 10 от 22.12.2022 г.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ЛИЦАМ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ
РАССТРОЙСТВОМ**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург

2022

УДК: 159.944:616.89-07-08

Организация оказания медицинской помощи лицам с посттравматическим стрессовым расстройством: методические рекомендации / Н.В. Семенова, А.Ю. Гончаренко, С.В. Ляшковская, М.Ю. Попов, В.К. Шамрей, Е.С. Курасов, А.А. Марченко, Н.Г. Незнанов. – СПб., НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева 2022. – 36 с.

Организации-разработчики: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России; ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Минобороны России.

Авторы:

1. Семенова Наталия Владимировна, заместитель директора по научно-организационной и методической работе ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, д.м.н.
2. Гончаренко Андрей Юрьевич, ведущий научный сотрудник научно-организационного отделения, главный специалист отделения организационно-методической и аналитической работы ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, д.м.н.
3. Ляшковская Светлана Владимировна, старший научный сотрудник научно-организационного отделения, заместитель руководителя Федерального консультационно-методического центра по психотерапии, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, к.м.н.
4. Попов Михаил Юрьевич, ведущий научный сотрудник отделения психофармакологии и фармакотерапии больных с резистентными состояниями ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, д.м.н.
5. Шамрей Владислав Казимирович – заведующий кафедрой психиатрии ФГБВОУ ВО «ВМедА им. С.М. Кирова» Минобороны России, заслуженный врач РФ, главный психиатр Министерства обороны Российской Федерации, д.м.н., профессор.
6. Курасов Евгений Сергеевич, заведующий клиникой психиатрии ФГБВОУ ВО «ВМедА им. С.М. Кирова» Минобороны России, д.м.н., профессор.
7. Марченко Андрей Александрович, доцент кафедры психиатрии ФГБВОУ ВО «ВМедА им. С.М. Кирова» Минобороны России, д.м.н., профессор.
8. Незнанов Николай Григорьевич, директор ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии с курсами медицинской психологии и психосоматической медицины ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Президент Российского общества психиатров, заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор.

Рецензенты:

1. Софронов Александр Генрихович, главный врач СПб ГКУЗ «ГПБ № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова», заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФГБВОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, главный внештатный специалист по психиатрии Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН.
2. Бабин Сергей Михайлович, профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии ФГБВОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, президент Российской психотерапевтической ассоциации, д.м.н., профессор

В методических рекомендациях представлены принципы и подходы к организации оказания медицинской помощи лицам с ПТСР в зависимости от особенностей течения. Описаны этапы оказания помощи, даны алгоритмы и методика скрининга и раннего выявления лиц с ПТСР, основные современные подходы к диагностике, лечению и реабилитации. Акцент сделан на междисциплинарном и межведомственном взаимодействии при организации медицинской помощи и маршрутизации пациентов на уровне субъекта РФ.

Методические рекомендации предназначены для врачей психиатров, психотерапевтов, организаторов здравоохранения, руководителей психиатрической службы, органов управления здравоохранением.

ISBN: 978-5-94651-094-3

Оглавление

Оглавление	3
Введение.....	4
Особенности формирования и течения ПТСР	5
Основные подходы к организации медицинской помощи лицам с ПТСР.....	9
Этапы оказания медицинской помощи.....	13
Этап скрининга и раннего выявления.....	15
Этап диагностики	16
Этап лечения.....	21
Этап реабилитации.....	27
Список литературы	28
Приложение 1	33
Приложение 2	34
Приложение 3	36

Введение

Проблема изучения, диагностики и коррекции негативных психических последствий, возникающих в результате воздействия стрессогенных факторов, источниками которых являются различные травмирующие события (аварии, катастрофы, военные действия, насилие), относится к числу наиболее актуальных. Мировая статистика наглядно свидетельствует о высокой значимости санитарных потерь психиатрического профиля в ходе различных вооруженных конфликтов не только у военнослужащих, но и среди гражданского населения.

Осознание необходимости организации помощи и проведения специальных мероприятий для людей, переживших психотравмирующие события, в настоящее время становится реальностью для значительного количества наших сограждан, а также для региональных органов исполнительной власти.

Посттравматические симптомы оказывают негативное влияние на взаимоотношения с другими людьми. Неконтролируемый гнев, эмоциональное отчуждение и неспособность должным образом общаться с представителями различных социальных институтов – все это осложняет отношения между подвергшимися травмам и теми, кто соприкасается с ними в жизни. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) может провоцировать или усиливать другие психические расстройства, такие как тревога и депрессия, химические и нехимические аддикции, расстройства пищевого поведения. Нарушения, возникающие при эмоциональном стрессе в различных структурах нейрофизиологической регуляции мозга, могут оказывать негативное влияние на соматическое здоровье и приводить к изменению функционирования сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, свертывающей системы крови, расстройству иммунной системы. В числе наиболее неблагоприятных социальных последствий ПТСР отмечается высокий уровень суицидов, насильственные действия в отношении как ближайшего окружения, так и незнакомых лиц, криминальное поведение, безработица.

Таким образом, организация необходимой медицинской, медико-психологической и социальной помощи является важным элементом работы руководителей медицинских учреждений и органов исполнительной власти в области охраны здоровья в современных условиях. Полностью исключить развитие стресс-ассоциированных расстройств в современной обстановке невозможно, однако с помощью грамотно организованных мероприятий для

своевременного оказания помощи и осуществления реабилитационных мероприятий можно снизить процент психологических потерь.

Особенности формирования и течения ПТСР

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) является стресс-ассоциированным психическим расстройством, которое возникает после воздействия мощного психотравмирующего фактора, который в большинстве случаев несет в себе угрозу жизни или благополучию и является дистрессом для любого человека. Отмечено, что более выраженной и затяжной оказывается реакция на персонифицированный стрессор, связанный с действиями человека, к примеру, изнасилование, что очевидно вовлекает систему значимых отношений личности, чем обезличенный, к примеру, природные катастрофы.

В этиологическом контексте решающая роль в развитии ПТСР принадлежит психической травме (травматической ситуации), влияние которой определяется такими характеристиками, как близость к эпицентру травматических событий, их длительность и тяжесть с точки зрения последствий для личности.

Травматические ситуации представляют собой экстремальные критические события, которые обладают мощным негативным воздействием, ситуации угрозы, требующие от индивида экстраординарных усилий по совладанию с последствиями воздействия. Они могут принимать форму необычных обстоятельств или ряда событий, которые подвергают индивида экстремальному, интенсивному, необычному воздействию угрозы жизни или здоровью как самого индивида, так и его значимых близких, коренным образом нарушая чувство безопасности индивида. Эти ситуации могут быть либо непродолжительными, но чрезвычайно мощными по силе воздействия (продолжительность этих событий от нескольких минут до нескольких часов), либо длительными или регулярно повторяющимися. Травматические ситуации включают в себя природные и техногенные катастрофы, физическое и сексуальное насилие, боевые действия и т.п., однако наиболее частой считается внезапная утрата близкого человека [18].

Выделяют три основные группы факторов, сочетание которых приводит к возникновению заболевания:

– факторы, связанные с травматической ситуацией: близость к эпицентру травматических событий, тяжесть травмы, ее неконтролируемость, неожиданность;

- защитные факторы: способность к осмыслению происшедшего, наличие социальной поддержки, зрелые механизмы совладания;
- факторы риска: возраст к моменту травматизации, прошлый опыт травматических ситуаций, психические расстройства в анамнезе, низкие интеллект и социоэкономический статус [35].

Симптомы ПТСР обычно начинаются в течение первых трех месяцев после травмы, хотя может быть и отставленный на несколько месяцев или даже лет дебют. Часто первоначальная реакция человека на травму соответствует критериям острого стрессового расстройства. Дальнейшее течение заболевания, как правило, хроническое, волнообразное; ухудшения состояния провоцируются напоминанием о травме или обыденными жизненными стрессорами. Вместе с тем на модели ветеранов боевых действий были выделены следующие типы течения ПТСР [37] (рис. 1):

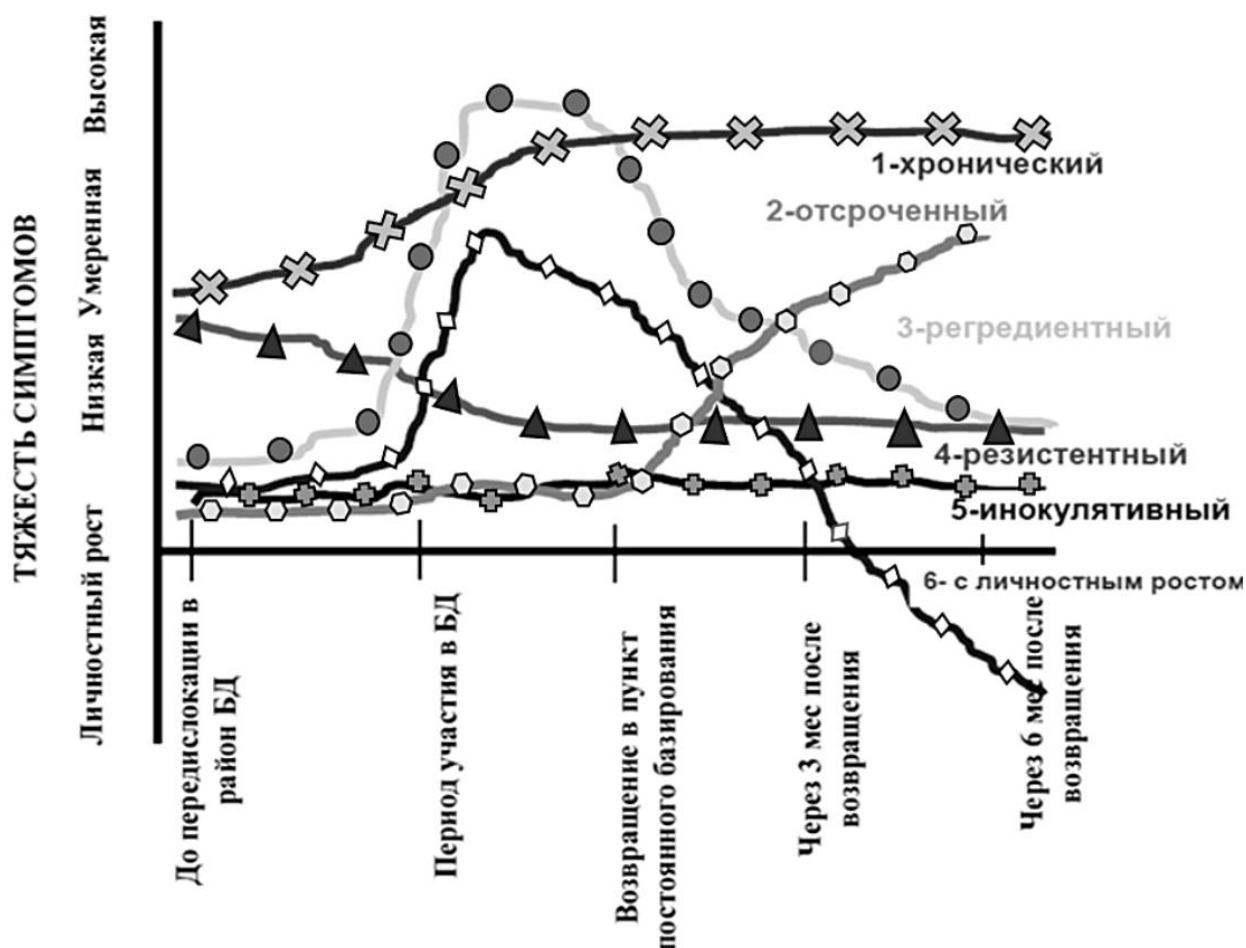


Рис. 1. Типы течения ПТСР [37]

1) хронический тип чаще наблюдается у лиц с выраженными факторами риска развития ПТСР, прежде всего, ранее подвергавшихся воздействию психотравм, нередко с уже имеющейся парциальной

невротической симптоматикой. Он характеризуется ранним началом симптоматики, являющейся фактически дальнейшим развитием проявлений острого стрессового расстройства, с тенденцией к ее многолетнему устойчивому персистированию и постепенному усугублению ее тяжести, сопровождающемуся нарастанием социальной дезадаптации;

2) при отсроченном типе наблюдается отставленное (иногда на годы после травматического события) появление симптомов с быстрым нарастанием их тяжести и последующим затяжным, резистентным к терапии течением;

3) регрессиентный тип (характерный для лиц с отягощенным психотравмами анамнезом) определяется бурным развитием клинических проявлений заболевания после небольшого «светлого промежутка» с последующей редукцией симптоматики;

4) «инокулятивный» тип, как и хронический, характеризуется постепенной трансформацией симптомов острого стрессового расстройства в клинику ПТСР, но отличается меньшей выраженностью симптоматики и регрессиентным течением, что связано с высокой личностной устойчивостью к стрессорным воздействиям;

5) при «резистентном» типе независимо от тяжести травматического события отмечается минимальная с незначительными флуктуациями выраженность клинических проявлений расстройства, практически не влияющих на социальное функционирование пострадавшего. Характерен для лиц, приобретших повышенную стрессоустойчивость в ходе специальной подготовки;

б) «течение с личностным ростом» наблюдается у лиц с выраженными клиническими проявлениями ПТСР на начальном этапе заболевания, у которых, однако, в процессе дальнейшей личностной переработки травматического опыта происходит не только повышение стрессоустойчивости, но и рост адаптационных ресурсов на основе высших – альтруистических – типов мотивации деятельности.

Довольно часто пациенты с ПТСР переживают вторичную травматизацию, которая возникает, как правило, в результате негативных реакций других людей, медицинского персонала и работников социальной сферы на проблемы, с которыми сталкиваются люди, перенесшие травму. Негативные реакции проявляются в отрицании самого факта травмы, связи между травмой и страданиями индивида, обвинении и даже поношении жертв, отказе в оказании помощи. В других случаях вторичная травматизация может возникать в результате гиперопеки пострадавших, вокруг которых

окружающие создают «травматическую мембрану», которая отгораживает их от внешнего мира, выводя из-под влияния стрессоров обыденной жизни.

Указанные негативные факторы, наряду с прочими, нередко приводят у лиц с ПТСР к формированию коморбидной патологии, среди которой наиболее часто встречаются: рекуррентное депрессивное расстройство (48%), злоупотребление/зависимость алкоголем (40%) и прочими психоактивными веществами (29%), генерализованное тревожное расстройство (16%) [32].

В числе наиболее неблагоприятных последствий ПТСР отмечаются высокий уровень суицидов, насильственные действия в отношении как ближайшего окружения, так и незнакомых лиц, криминальное поведение, безработица.

Катамнестические исследования свидетельствуют, что отсутствие заметного регресса симптоматики наблюдается в 48% случаев, при этом предикторами неблагоприятных исходов являются повторные стрессовые ситуации, значительная выраженность симптомов избегания, сопутствующие иные тревожные или соматоформные расстройства [38]. В отечественных исследованиях показано, что неблагоприятный прогноз (отсутствие улучшения состояния или его ухудшение) отмечается у 32–37% больных, тогда как полная редукция симптоматики – лишь у 7–27% [6; 2].

С течением времени (через 5–6 месяцев после стрессового события, витальной угрозы) будет возрастать доля лиц с посттравматическими стрессовыми расстройствами, не только у пострадавших с изолированной психической патологией, но и в большей степени – у раненых (больных) хирургического (терапевтического) профиля. Наибольшая распространенность ПТСР ожидается у раненых военнослужащих, уволенных с военной службы в связи с состоянием здоровья (в первую очередь – получивших увечье).

В связи с этим возрастает роль учреждений Министерства здравоохранения РФ в профилактике и лечении ПТСР. Проведение необходимых мероприятий с уволенными военнослужащими может быть начато сразу после поступления личных дел этих лиц в районные комиссариаты, которым рекомендуется предоставлять необходимую информацию в территориальные органы Министерства здравоохранения РФ и активно направлять уволенных военнослужащих с признаками стрессовых расстройств, включая ПТСР, в специализированные учреждения (службы) и кабинеты, предназначенные для оказания помощи таким пациентам.

Основные подходы к организации медицинской помощи лицам с ПТСР

В Российской Федерации в настоящее время лечение ПТСР относится к компетенции учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь.

При организации оказания медицинской помощи лицам с ПТСР следует учитывать, что приказами Минздрава России утверждены:

1) стандарт первичной медико-санитарной помощи при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, посттравматическом стрессовом расстройстве в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета) (приказ от 20.12.2012 № 1223н);

2) стандарт специализированной медицинской помощи при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, посттравматическом стрессовом расстройстве (приказ от 20.12.2012 № 1234н).

Организацию помощи пациентам с ПТСР целесообразно основывать на следующих **принципах**:

- раннее выявление стресс-ассоциированных расстройств;
- доступность психолого-психиатрической помощи;
- комплексность в оказании медико-психологической помощи;
- полипрофессиональный подход в оказании помощи;
- ориентация на личностные ресурсы пациента;
- сопровождение на всех этапах лечения и реабилитации;
- поддержка семьи и общества.

С целью организации оказания медицинской помощи на территории субъектов Российской Федерации необходимо реализовать **набор последовательных мер (мероприятий)**.

Органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья рекомендуется исходить из необходимости активного раннего выявления пациентов с признаками ПТСР, для чего реализовать следующие меры (рис.2):

1) обеспечить функционирование в регионе «горячей линии», предоставляющей сведения по вопросам организации оказания медицинской помощи при ПТСР; в том числе онлайн экспресс-тестирования ПТСР;

2) осуществлять информирование населения о клинических проявлениях ПТСР, функционировании указанной «горячей линии», а также особенностях организации в регионе оказания медицинской помощи пациентам с ПТСР;



Рис. 2 Организация активного раннего выявления и маршрутизации пациентов с признаками ПТСР

3) организовать подготовку медицинских работников медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения по вопросам диагностики и лечения ПТСР;

4) обеспечить организацию оказания пациентам с ПТСР или его признаками медицинской помощи, прежде всего, в амбулаторных условиях посредством:

– определения кабинетов (кабинет врача-психиатра и (или) психотерапевтический кабинет и (или) кабинет медико-психологической помощи), входящих в состав многопрофильных медицинских организаций, оказывающих указанную помощь;

– развития в структуре многопрофильных медицинских организаций психологических служб, осуществляющих деятельность под организационно-методическим руководством медицинской организации, оказывающей психиатрическую и психотерапевтическую помощь населению субъекта Российской Федерации;

– организации выездных форм работы специалистов медицинской организации, оказывающей психиатрическую и психотерапевтическую помощь населению субъекта Российской Федерации;

5) определить маршрутизацию пациентов с ПТСР или его признаками с целью оказания им медицинской помощи в условиях, соответствующих тяжести психического состояния (рис. 3).

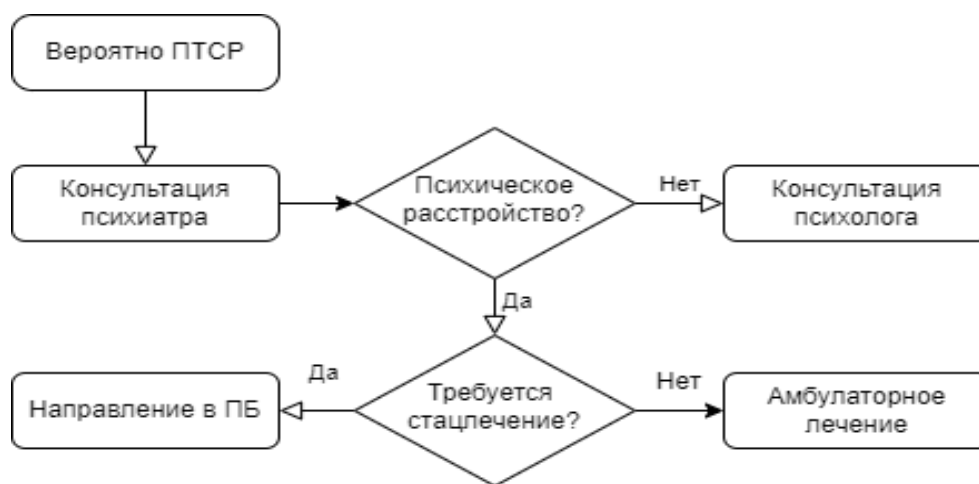


Рис. 3. Алгоритм маршрутизации пациентов, нуждающихся в медико-психологической помощи

Ключевым компонентом организации межведомственного взаимодействия и маршрутизации пациентов с признаками ПТСР является создание «горячей линии» (Call-центра) субъекта РФ, выполняющего следующие задачи:

– размещение в региональных СМИ, и интернет-ресурсах информационных материалов о признаках стресс-ассоциированных расстройств, порядке и возможности обращения за медико-психологической помощью (Приложение 3);

– обеспечение медицинских и социальных учреждений методическими рекомендациями и наглядными пособиями (плакаты, постеры, брошюры);

– информирование специалистов военкоматов, социальных служб и силовых структур о порядке получения медико-психологической помощи (см. Приложение 3);

– взаимодействие с религиозными и общественными организациями;

– первичное консультирование обратившихся граждан о признаках стресс-ассоциированных психических нарушений;

– запись к специалисту для определения уровня психических нарушений (врачу-психиатру, врачу-психотерапевту или клиническому психологу);

– маршрутизация пациентов на этапе лечения (в зависимости от уровня психических нарушений) к медицинскому психологу общесоматической сети, психиатру/психотерапевту амбулаторного или стационарного звена психиатрической службы;

– маршрутизация пациентов на этапе медико-социальной реабилитации и психопрофилактики;

– учет случаев обращений и подготовка отчетных материалов.

Органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и руководителям медицинских организаций общемедицинской сети (территориальные поликлиники, офисы врачей общей практики, ФАПы, ЦРБ, многопрофильные стационары) важно оперативно организовать проведение образовательных мероприятий (лекции, вебинары, циклы повышения квалификации) с привлечением профильных специалистов (преподавателей профильных кафедр медицинских вузов, профильных НМИЦ), в том числе с применением дистанционных образовательных технологий, по вопросам раннего выявления и оказания медицинской помощи лицам с посттравматическим стрессовым расстройством для специалистов первичной медицинской сети (участковых терапевтов, педиатров, неврологов, врачей общей практики, фельдшеров и других врачей-интернистов).

По указанию Министерства здравоохранения Российской Федерации, национальные медицинские исследовательские центры – ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» и ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава

России – осуществляют методическое руководство деятельностью медицинских организаций, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь, находящихся на территории курируемых субъектов Российской Федерации, по вопросу организации оказания помощи лицам с ПТСР.

Этапы оказания медицинской помощи

Раннее выявление признаков ПТСР имеет решающее значение для определения объемов оказания медицинской, психологической и социальной помощи. ПТСР может привести к возникновению таких проблем, как депрессия, генерализованное тревожное расстройство, пароксизмальная тревога, различные химические и нехимические аддикции, расстройства пищевого поведения, суицидальное поведение, агрессивность. Помимо этого, ПТСР может также оказывать негативное влияние на состояние соматического здоровья, провоцируя обострение имеющихся хронических заболеваний или развитие новых.

Несвоевременное обращение за помощью, связанное как с недостаточной осведомленностью о ПТСР как заболевании и, соответственно, его поздней диагностикой, так и с негативными чувствами и боязнью стигматизации может приводить к различным стратегиям самолечения, среди которых чаще всего злоупотребление алкоголем и другими ПАВ, а также самостоятельный прием лекарств не по назначению. Кроме того, поздняя диагностика значительно снижает эффективность терапии ПТСР.

Лица с проявлениями ПТСР могут иметь серьезные (в том числе тяжелые) проявления соматического неблагополучия, вследствие чего они будут обращаться за медицинской помощью не в психиатрические учреждения, а в учреждения первичной медицинской сети, в территориальные поликлиники к участковым терапевтам, педиатрам, неврологам, в офисы врачей общей практики, в фельдшерско-акушерские пункты.

Отказ от медикаментозного лечения и пренебрежение реабилитационными мероприятиями (например, санаторно-курортным лечением) повышают вероятность отдаленных психических расстройств в 2–3 раза. В большей мере способствуют повышению риска развития отдаленных психических расстройств такие факторы, как чувство неудовлетворенности у пациентов характером оказанной им медицинской помощи и отсутствие психотерапевтической помощи.

Таким образом, следует выделить четыре этапа оказания помощи при посттравматических и других, связанных со стрессом, расстройствах: скрининг, диагностика, лечение и реабилитация (рис. 4).



Рис. 4. Последовательность этапов оказания помощи при ПТСР и других связанных со стрессом расстройств

Этап скрининга и раннего выявления

Эпидемиологические данные о заболеваемости ПТСР заметно варьируются в зависимости от различных факторов – характера психотравмы, пола, возраста обследуемых групп, социально-культурных особенностей – и составляют от 2,6% от общего числа обследуемого населения до 73-92% в группах риска (жители областей, пострадавших от стихийных бедствий, катастроф, военных конфликтов). Психическая травма приводит к развитию ПТСР приблизительно в 25-35% случаев. Приблизительно 60% людей, переживших травматические ситуации, продолжают страдать от значительных симптомов ПТСР через год после травмы. Предполагается, что в целом в популяции приблизительно 7-10% лиц имеет симптомы ПТСР [19]. При этом сходные психотравмирующие ситуации взрослые женщины описывают как более болезненные по сравнению с мужчинами, но среди детей мальчики оказываются более чувствительными по отношению к сходным стрессорам, чем девочки [8].

У военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях, возможно развитие посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР), распространенность которых, по данным разных авторов (в том числе зарубежных), составляет от 3% до 11%. При этом, у раненых военнослужащих психические расстройства пограничного уровня развиваются более, чем в 30% случаев, а удельный вес ПТСР составляет от 14% до 17%.

В связи с этим, целесообразным является организация проведения скрининговых исследований по выявлению посттравматических и других связанных со стрессом расстройств, в том числе с использованием цифровых технологий, для участников специальной военной операции, уволенных с военной службы. Для этих целей военным комиссариатам рекомендуется проводить такие скрининговые исследования сразу после поступления личных дел уволенных военнослужащих в районные комиссариаты.

Скрининг ПТСР проводится в военкоматах, социальных и силовых структурах силами психологов и специалистов по социальной работе с последующей маршрутизацией пациентов для оказания необходимой помощи через Call-центр. Скрининг может проводиться, например, с использованием Опросника на скрининг ПТСР (Приложение 1).

Раннее выявление стресс-ассоциированных (включая ПТСР) в организациях общей врачебной практики и первичной медицинской сети может проводиться интернистами, врачами-специалистами и медицинскими психологами. Выявление стрессовых расстройств проводится при наличии жалоб на здоровье, возникших после перенесенной психотравмы. Для

определения признаков стресс-ассоциированного расстройства могут использоваться психометрические шкалы депрессии, тревоги и собственно ПТСР (Приложение 2). При выявлении признаков стрессового расстройства, обеспечивается дальнейшая маршрутизация пациента в специализированные учреждения и кабинеты (кабинеты врача-психиатра, психотерапевта, медико-психологической помощи и медико-психологического консультирования).

Работа соответствующих кабинетов организуется как в структурных подразделениях психиатрической службы, так и в структуре многопрофильных медицинских организаций. Общее организационно-методическое руководство осуществляет головная медицинская организация, оказывающая психиатрическую и психотерапевтическую помощь населению субъекта Российской Федерации.

Этап диагностики

Диагностика психических расстройств, связанных со стрессом, осуществляется в амбулаторном звене психиатрической службы врачом-психиатром (врачом-психотерапевтом).

Необходимо подчеркнуть, что **оказание медицинской помощи** лицам со стрессовыми расстройствами **в первичной медицинской сети** включает **выявление** психического расстройства, связанного со стрессом (в том числе ПТСР) и дальнейшую **маршрутизацию** пациента в специализированные подразделения.

В МКБ-10 посттравматическое стрессовое расстройство входит в раздел «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (рубрики F40-F48), где «Посттравматическое стрессовое расстройство» составляет рубрику F43.1. Согласно МКБ-10, посттравматическое стрессовое расстройство «возникает как отставленная и/или затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию (кратковременную или продолжительную) исключительно угрожающего или катастрофического характера, которые в принципе могут вызвать общий дистресс почти у любого человека (например, природные или искусственные катастрофы, сражения, серьезные несчастные случаи, наблюдение за насильственной смертью других, роль жертвы пыток, терроризма, изнасилования или другого преступления)».

Критерии посттравматического стрессового расстройства по МКБ-10:

А. Больной должен быть подвержен воздействию стрессорного события или ситуации (как коротко, так и длительно продолжающихся)

исключительно угрожающего или катастрофического характера, что способно вызвать общий дистресс почти у любого индивидуума.

Б. Стойкие воспоминания или «оживление» стрессора в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах либо повторное переживание горя при воздействии обстоятельств, напоминающих или ассоциирующихся со стрессором.

В. Больной должен обнаруживать фактическое избегание или стремление избежать обстоятельства, напоминающие либо ассоциирующиеся со стрессором (что не наблюдалось до воздействия стрессора).

Г. Любое из двух:

1. психогенная амнезия (F44.0), либо частичная, либо полная в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора;

2. Стойкие симптомы повышения психологической чувствительности или возбудимости (не наблюдавшиеся до действия стрессора), представленные любыми двумя из следующих:

а) затруднение засыпания или сохранения сна;

б) раздражительность или вспышки гнева;

в) затруднение концентрации внимания;

г) повышение уровня бодрствования;

д) усиленный рефлекс четверохолмия.

Критерии Б, В и Г возникают в течение шести месяцев стрессогенной ситуации или в конце периода стресса (для некоторых целей начало расстройства, отставленное более чем на шесть месяцев, может быть включено, но эти случаи должны быть точно определены отдельно).

Ключевым аспектом в диагностике ПТСР является установление факта воздействия травмирующего события, в течение которого человек испытывал чрезвычайно интенсивные переживания страха, ужаса, беспомощности и т.п.

В практических целях симптоматические критерии ПТСР можно разделить на три большие категории:

1) **Повторяющееся переживание травмирующего события** (*интрузия, симптомы вторжения, репереживания*) – навязчивые воспоминания травматической ситуации, наплывы тревоги, сопровождающейся повторным ее представлением или проигрыванием, ощущения, что травматическая ситуация возвращается как будто наяву, в виде иллюзий, галлюцинаций и флэшбеков («флэшбеки» – состояния длительностью от нескольких секунд до нескольких часов, в течение которых субъект как бы «переносится» в место и время травматической ситуации). При напоминании о событии или в ситуациях, которые символизируют даже некоторые аспекты травмы (например, одетые в форму охранники для

оставшихся в живых узников концлагерей; горячая, влажная погода для комбатантов, воевавших во Вьетнаме; поездка в лифте для женщины, которая была в нем изнасилована), отмечаются выраженные эмоциональные реакции соответствующего содержания с яркими вегетативными проявлениями (тахикардия, гиперемия, потливость и т.п.). Также возможны повторяющиеся кошмарные сновидения, отражающие травматические переживания.

2) *Избегание действий и ситуаций, напоминающих о травме* – фактическое избегание, эмоциональная отстраненность, ограничительное поведение. Симптомы избегания отражают неосознанные и преднамеренные усилия для подавления мыслей, чувств или разговоров о травматическом событии и исключения действий, ситуаций или людей, которые напоминают о нем. Такое избегание включает и амнезию некоторых важных аспектов травмирующего события. Типичным проявлением является также сужение амплитуды и диапазона эмоциональных реакций (психическая анестезия), которая обычно начинается вскоре после травмирующего события. Больные жалуются на заметное уменьшение интереса к тем делам, которые раньше нравились, на чувство некой «границы», отчужденности от других людей, на сниженную способность испытывать различные чувства (особенно связанные с близостью, нежностью и сексуальностью). Редукции подвергается также ощущение временной перспективы: человеку кажется, что у него нет будущего, не будет карьерного роста, брака, детей и т. п. Симптомы избегания зачастую приводят к нарушениям межличностных взаимоотношений и resultируют в развод, потерю работы и другие проявления нарушенной социальной адаптации.

3) *Повышенное (чрезмерное) возбуждение и реактивность* (симптомы гипербдительности, сверхнастороженности, гипервигилитет (от англ. «*hypervigilance*» – сверхбдительность)). Включают постоянное беспокойство, возбужденность, взбудораженность, которых не было до травмы. Сюда же относятся нарушения сна (преимущественно затрудненное засыпание и ночные кошмары, нередко со сценами из травмирующего события), раздражительность, сверхбдительность, повышенный рефлекс четверохолмия (реакция вздрагивания), а также трудности с концентрацией внимания, нетерпеливость и интолерантность к ситуациям ожидания.

В числе факультативных симптомов часто встречаются болезненное чувство вины (за то, что пациент выжил, в то время как многие другие люди погибли; что он должен был совершить то или иное действие, чтобы предотвратить гибель людей и т.п.) и паранойяльные симптомы (например, пациент-сапер долгие годы после войны каждый раз, прежде чем войти в

подъезд, проверяет, нет ли там «растяжки», а садясь в машину, осматривает днище на предмет возможной «закладки»).

Психопатологические расстройства, возникшие в результате боевой психической травмы, во многом похожи на те, которые развиваются в условиях чрезвычайных ситуаций мирного времени. Однако есть и существенные различия, обусловленные как этиопатогенезом заболевания, так и его динамикой:

а) причина заболевания характеризуется экстремальностью возникновения, аффективной насыщенностью и экстраординарностью переживания;

б) расстройство возникает одновременно у большого числа людей, и пострадавшие вынужденно продолжают активную борьбу с последствиями травмы, чтобы выжить самому и защитить соратников;

в) пережитая аномалия предстает перед субъектом как бессмысленная и вызывает чувство вины за смерть или тяжелую травму другого человека [12].

Клиника посттравматических расстройств у ветеранов боевых действий определяется широким кругом психопатологических, психологических, вегетативно-сосудистых, поведенческих и соматических феноменов, которые позволяют некоторым авторам разграничивать различные клинические формы: синдром «солдатского сердца» (боль за грудиной, сердцебиение, прерывистость дыхания, повышенная потливость), синдром выжившего (хроническое «чувство вины оставшегося в живых»), флэшбек-синдром (насильственно вторгающиеся в сознание воспоминания о «непереносимых» событиях), синдром прогрессирующей астении (астения, наблюдающаяся после возвращения к нормальной жизни в виде психической вялости и стремления к покою, быстрого старения, падения веса), а также расстройства, характерные для более отдаленных периодов ПТСР – проявления «комбатантной психопатии» (агрессивность и импульсивное поведение со вспышками насилия, злоупотреблением алкоголем и наркотиками, замкнутость и подозрительность, избегание контактов), посттравматические рентные состояния (нажитая инвалидность с осознанной выгодой от полагающихся льгот и привилегий с переходом к пассивной жизненной позиции) [10].

Общий алгоритм диагностики посттравматического стрессового расстройства выглядит следующим образом (рис. 5):

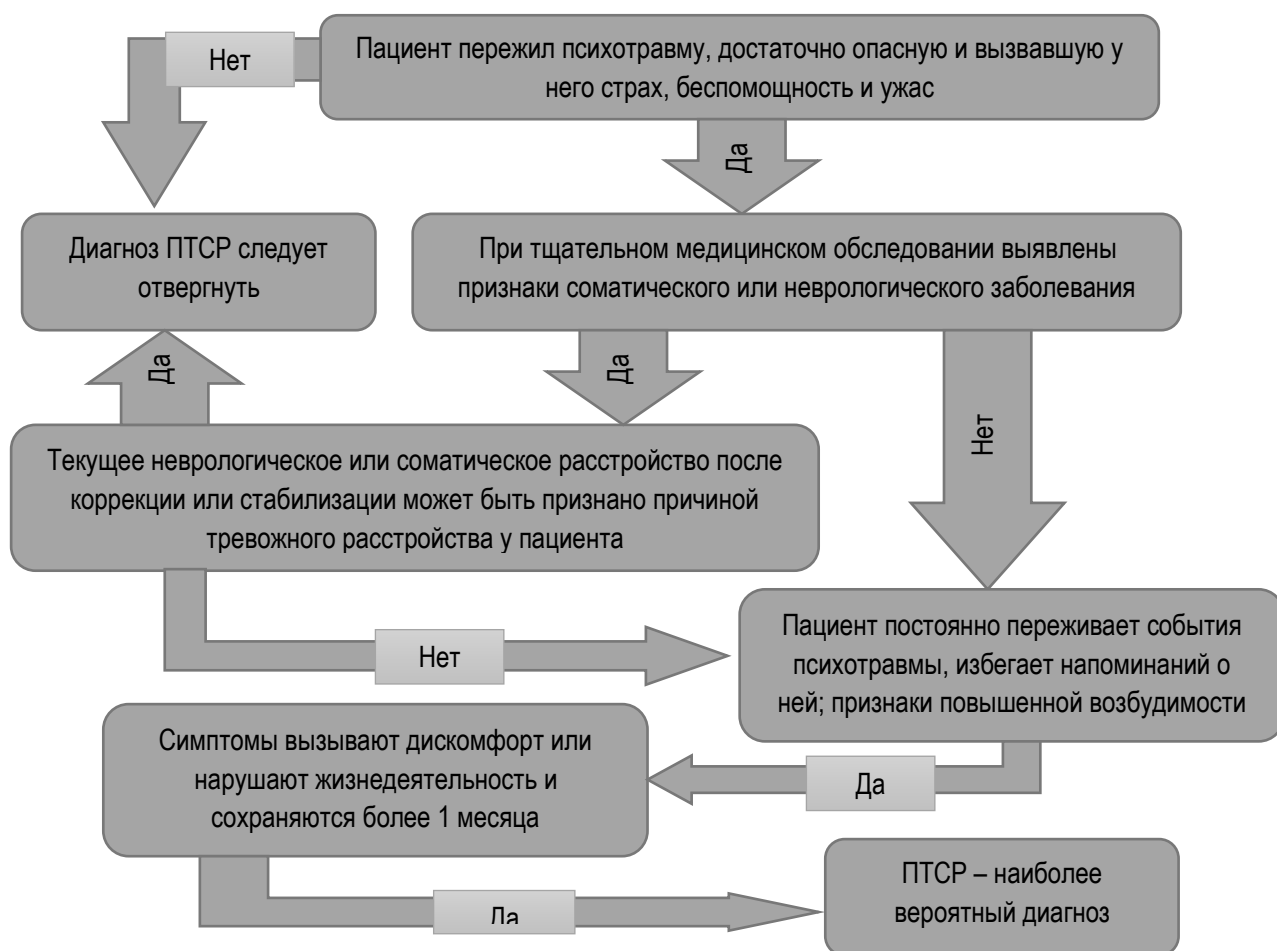


Рис. 5. Алгоритм диагностики ПТСР.

Наряду с клинико-психопатологическим методом в диагностике ПТСР могут использоваться психометрические шкалы: Опросник на скрининг ПТСР (Trauma Screening Questionnaire, Brewin C. et al., 2002) Шкала для клинической диагностики ПТСР (Clinical-Administered PTSD Scale, CAPS) [11], Структурированное клиническое диагностическое интервью (СКИД), модуль «Посттравматическое стрессовое расстройство» [9] (Приложение 2), «Миссисипская шкала посттравматического стрессового расстройства» (гражданский и военный варианты) [11] и некоторые другие.

Дифференциальная диагностика. Острая реакция на стресс также развивается в ответ на травматическую ситуацию экстраординарного характера, однако ее проявления разрешаются в течение трех дней (согласно МКБ-10). В случае сохраняющейся после этого срока симптоматики следует применять иные диагностические заключения (панического расстройства и т.д.). При адаптационных нарушениях стрессор может иметь любую выраженность и, как правило, характеризуется индивидуальной значимостью. Следует также учитывать соотношение начала симптомов и времени травмы. Например, симптомы избегания, психическая анестезия, тревога могут

отмечаться до травмы. Тогда ставится соответствующий диагноз (например, аффективных или тревожных расстройств). Что касается феноменологии нарушений, то флэшбеки нужно отличить от иллюзий, галлюцинаций и других расстройств восприятия, встречающихся при шизофрении и иных психозах.

Нередко симптомы ПТСР бывает трудно отличить от проявлений панического расстройства или генерализованного тревожного расстройства, поскольку при всех трех состояниях наблюдаются выраженная тревога и повышенная реактивность вегетативной системы. Здесь важное значение имеет установление временной связи между развитием симптомов и психотравмирующим событием. Кроме того, при ПТСР наблюдаются постоянное переживание травмирующих событий и стремление избежать любого напоминания о них, что нехарактерно для панического и генерализованного тревожного расстройства. ПТСР часто приходится дифференцировать и с депрессией. Хотя два этих состояния легко различить по их феноменологии, важно не пропустить у больных с ПТСР коморбидной депрессии, которая может оказать влияние на выбор терапии. Наконец, ПТСР следует дифференцировать с пограничным расстройством личности и диссоциативным расстройством.

Главной отличительной чертой посттравматического расстройства от других форм стресс-ассоциированной психической патологии является отставленный характер, т.е. его развитие происходит после латентного периода (от нескольких недель до шести месяцев согласно МКБ-10).

Этап лечения

Лечение пациентов с ПТСР в медицинских организациях как амбулаторного, так и стационарного звеньев обеспечивают психиатры, наркологи, психотерапевты, с участием медицинских психологов.

В настоящее время имеется убедительная доказательная база, подтверждающая эффективность как фармакотерапии, так и психотерапии при лечении пациентов с ПТСР [17; 28; 42]. Согласно современным клиническим рекомендациям, приоритет следует отдавать комбинированному применению фармако- и психотерапевтических интервенций [4; 16; 28].

Выбор тактики **фармакотерапии** во многом основывается на стандартных подходах, общих для лечения расстройств тревожного спектра.

В соответствии с данными доказательных исследований, к препаратам **первой линии** при лечении ПТСР относятся следующие антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС):

пароксетин (20-60 мг/сут), сертралин (50-200 мг/сут), флуоксетин (20-40 мг/сут), а также ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина венлафаксин (75-225 мг/сут) [27; 28]. Соответственно фармакотерапию ПТСР рекомендуется начинать с одного из перечисленных препаратов. Выбор конкретного антидепрессанта определяется в основном профилем его потенциальных побочных эффектов, актуальным психическим и соматическим состоянием пациента, наличием коморбидных расстройств.

Начинать назначение антидепрессанта следует с минимальных дозировок, которые постепенно титруются до терапевтических в соответствии с инструкцией по применению препарата и с учетом индивидуальной переносимости.

Необходимо учитывать наличие латентного периода в действии антидепрессантов, продолжительность которого (от момента инициации терапии до развития анксиолитического эффекта) может достигать 8 недель. Более того, при применении СИОЗС и венлафаксина в начале терапии может отмечаться усугубление основной симптоматики в виде усиления тревоги, возбуждения и инсомнии. В этой связи на первом этапе лечения оправдана тактика назначения антидепрессантов в комбинации с производными бензодиазепаина (диазепам 5-20 мг/сут, лоразепам 2-8 мг/сут, клоназепам 1-4 мг/сут, алпразолам 1,5-8 мг/сут, бромдигидрохлорфенилбензодиазепин 0,5-2 мг/сут), особенно у пациентов с выраженной тревогой, раздражительностью, суицидальными тенденциями. Преимущества этих препаратов связаны с высокой анксиолитической активностью и очень быстрым развитием терапевтического эффекта. В силу наличия у производных бензодиазепаина аддиктивного потенциала длительность их применения должна быть ограничена (в идеале 2 неделями). Длительное применение этих препаратов при ПТСР считается малоэффективным [24]. В качестве альтернативы производным бензодиазепаина для снижения уровня тревоги могут использоваться анксиолитики небензодиазепиновой структуры, такие как буспирон (20-30 мг/сут), гидроксизин (25-100 мг/сут), этифоксин (50-150 мг/сут).

Перед назначением курса антидепрессанта необходимо информировать пациента об отсроченном начале его терапевтического действия, потенциальных побочных эффектах и о возможном ухудшении состояния в начале лечения.

Длительность терапии антидепрессантом в случае ее эффективности должна составлять не менее 6-12 месяцев [16; 28]. При непереносимости или недостаточной эффективности проводится коррекция дозировок или смена препарата.

С учетом отставленного действия антидепрессантов говорить об отсутствии эффекта следует не ранее 6-8 недель терапии. Перед принятием решения о смене базового препарата из-за отсутствия терапевтического эффекта следует оценить приверженность пациента к терапии, поскольку частой причиной снижения эффективности является нарушение комплаентности.

При неэффективности антидепрессантов первой линии рекомендуется перевод пациента на препараты второй и далее третьей линии.

В соответствии с проектом отечественных клинических рекомендаций [4], препараты **второй линии** включают антидепрессанты трициклической структуры: амитриптилин (75-150 мг/сут) и имипрамин (75-250 мг/сут), а также антидепрессант «рецепторного действия» мirtазапин (30-60 мг/сут). Трициклический антидепрессант кломипрамин (75-250 мг/сут), хотя и не имеет убедительной доказательной базы при ПТСР, может быть условно отнесен к числу препаратов второй линии в силу высокой эффективности при других расстройствах тревожного спектра [16].

При неэффективности антидепрессантов рекомендуется использование препаратов **третьей линии**, в ряду которых рассматриваются представители других классов психотропных средств, в частности антиконвульсант ламотриджин (25-500 мг/сут) [46]. Данные об эффективности антипсихотиков (рисперидон 0,5-8 мг/сут, кветиапин 50-300 мг/сут, оланзапин 5-20 мг/сут) при ПТСР неубедительны [49]. Эти препараты рекомендуется назначать при наличии таких симптомов, как вторгающиеся мысли о травматическом событии (интрузии), флэшбеки, эксплозивность, агрессивное поведение, а также в тех случаях, когда в клинической картине имеется выраженные диссоциативные симптомы и дезорганизованное поведение [4].

Все препараты третьей линии могут назначаться как в режиме монотерапии, так и в качестве **адьювантных средств** в дополнение к базовой терапии антидепрессантом. Кроме того, в качестве адьювантной терапии могут использоваться и другие представители различных классов психотропных средств, а также непсихотропные препараты – в зависимости от профиля основных болезненных проявлений и наличия факультативной симптоматики.

В частности, для коррекции поведенческих расстройств и эксплозивности рекомендуется назначение перициазина (30-100 мг/сут), тиаприда (200-300 мг/сут), хлорпротиксена (25-150 мг/сут), алимемазина (15-80 мг/сут). Последний препарат может применяться и для коррекции инсомнии. В этих случаях терапию алимемазином следует начинать с приема 2,5-5 мг в вечернее время с последующей титрацией до достижения эффекта [7].

Для лечения ночных кошмаров у пациентов с ПТСР может быть рекомендовано назначение $\alpha 1$ -адреноблокатора празозина (1-10 мг/сут), однако данные о его эффективности не обладают высоким уровнем доказательности [47].

Среди **нефармакологических биологических методов** терапии ПТСР наиболее изученной является ритмическая транскраниальная магнитная стимуляция (рТМС). При том, что результаты большинства исследований подтверждают эффективность данного метода, на сегодняшний день отсутствуют единые представления и убедительные доказательства относительно оптимального выбора параметров рТМС при лечении ПТСР [39; 50].

Основными задачами **психотерапевтического лечения** пациентов с ПТСР являются снижение интенсивности интрузий, снижение чувствительности к внешним и внутренним стимулам, запуская повторное переживание травматического опыта, уменьшение выраженности аффективных нарушений, избегающего поведения и восстановление межличностной и социальной адаптации [1; 5].

Научно-обоснованные методы психотерапевтического лечения ПТСР опираются преимущественно на нейро-когнитивные модели ПТСР, которые в настоящее время нашли свое подтверждение в исследованиях с использованием современных возможностей нейровизуализации. С позиции этих моделей, патогенез ПТСР тесно связан с нарушением процессов адаптивной переработки информации и интеграции травматического опыта в общую биографическую память пациента. Возникают фрагменты представлений и воспоминаний, которые в силу своей интенсивной негативной окраски фиксируются и остаются неинтегрированными в сети памяти, в том числе усиливая и формируя системы когнитивных дисфункциональных убеждений. Информация о травме существует в активной рабочей памяти до тех пор, пока не произойдет ее осмысление. Было выявлено, что травматические воспоминания ассоциированы со сниженной активностью левой нижней фронтальной коры, что дает возможность предположить, что в этих воспоминаниях преобладают эмоциональные и сенсорные элементы без соответствующих лингвистических ассоциаций. Оставаясь неинтегрированной и когнитивно неструктурированной, информация о травме продолжает персистировать в психике человека, актуализируясь всякий раз при малейшей стимуляции. Таким образом формируется цикл оживления травматических воспоминаний под воздействием триггеров, связанных с травмой и стремлением избежать неприятный опыт с попытками контролировать ход мыслей и избегать столкновения со всем, что может напоминать о травме, что в свою очередь ухудшает переработку травматического опыта.

На сегодняшний день существует большая доказательная база эффективности применения психотерапии при ПТСР. В результате систематического анализа опубликованных результатов исследований выделено несколько эффективных методов помощи при ПТСР [23]:

1. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), фокусированная на травме (TF-CBT), в индивидуальной и групповой формах.

2. Десенсибилизация и переработка травм с помощью движения глаз (EMDR).

3. Частные методы управления стрессом¹.

К методам КПТ, рекомендуемым для лечения ПТСР, относят следующие:

- модель когнитивной психотерапии ПТСР А. Элерс и Д.М. Кларк;
- когнитивно-поведенческая психотерапия, сфокусированная на травме (ТФ-КПТ, разработана Э. Маннарино, Дж. Коэн и Э. Деблингер);
- пролонгированная экспозиционная терапия (разработана Э. Фoa и М.Дж. Козаком в 1986 году);
- когнитивно-процессинговая терапия (СРТ);
- нарративная экспозиционная терапия;
- диалектико-поведенческая терапия (DBT);
- метакогнитивная терапия (МСТ, разработана А. Уэллсом и основана на модели обработки информации Уэллса и Дж. Мэтьюса);
- терапия, основанная на практиках осознанности (Mindfulness-based-therapy).

Все когнитивно-поведенческие методики лечения ПТСР имеют целью достижение когнитивной переоценки травматического события. Многие из технических приемов этих методик состоят в просмотре, визуализации, повторном «проживании» пережитой травмы (экспозиции), при одновременном использовании способов снижения текущего уровня эмоционального реагирования и включения процесса переосмысления для достижения интеграции и переоценки события.

Вторым из двух основных методов психотерапии при ПТСР является «десенсибилизация и переработка травмы движениями глаз» (EMDR, ДПДГ) по Ф. Шапиро (1995). Данный метод помощи имеет четкие процедуры и протоколы, которые направлены на работу с неадаптивными сетями памяти, и через них – с убеждениями и поведением человека. В EMDR имеется

¹ Термин «управление стрессом» относится к психологическим методам лечения, в которых используются когнитивные или поведенческие методы, не ориентированные на травму (например, расслабление, тренировка к стрессовой ситуации и др.).

стандартный восьмифазный протокол, в котором представлен алгоритм терапии. В данном подходе используются шкалы для оценки: SUD – десятибалльная шкала субъективного беспокойства и VOC – семибалльная шкала достоверности самопредставлений. Протоколы EMDR (ДПДГ) фокусируются на спонтанной ассоциативной переработке травматических воспоминаний с применением билатеральной стимуляции: визуальной (движение глаз), тактильной, слуховой.

Семейная психотерапия является значимым вспомогательным, но не основным методом психотерапии ПТСР. Системная семейная психотерапия ориентирована на коррекцию нарушений семейных отношений, возникших в результате болезни или смерти члена семьи. Доказано, что страдающие ПТСР ветераны войн демонстрируют высокий риск возникновения межличностных, в том числе семейных, проблем [3; 5].

Групповая психотерапия и тренинг рекомендуются как часть психотерапевтической программы лечения ПТСР. Наиболее эффективными являются: поддерживающая групповая терапия, когнитивно-поведенческая групповая психотерапия. На этапе психологической реабилитации большое распространение получили тренинги управления стрессом и тренинги восстановления социальных навыков. Одним из достоинств групповой психотерапии является возможность оказания помощи большему (в сравнении с индивидуальной) количеству пациентов.

При планировании расписания и рабочей нагрузки на специалистов (психотерапевтов и клинических психологов) целесообразно использовать рекомендации по трудозатратам, приведенным в таблице 1.

Таблица 1

Трудозатраты на проведение психотерапевтического лечения ПТСР

Метод психотерапии	Длительность встречи	Частота	Длительность курса
Индивидуальные встречи			
Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ, ФТ-КПТ)	50 минут	В стационаре: 2-3 раза в неделю. В амбулаторных условиях: 1-2 раза в неделю	10-12 встреч
Десенсибилизация и переработка движением глаз (ДПДГ, EMDR)	60-90 минут	В стационаре: 2 раза в неделю В амбулаторных условиях: 2 раза в неделю	4-10 встреч

Продолжение таблицы 1

Групповые занятия			
Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ, ФТ-КПТ)	90 минут	В стационаре: 3 раза в неделю В амбулаторных условиях: 2 раза в неделю	10 занятий, в группе 6-10 человек
Тренинг навыков саморегуляции	90 минут	В стационаре: 2 раза в неделю В амбулаторных условиях: 1 раза в неделю	10 занятий, 6-10 человек в группе

В целом же, психотерапия лиц с признаками ПТСР, в зависимости от выраженности их психологической дезадаптации, может продолжаться от одного месяца до нескольких лет. Поэтому любой психотерапевтический процесс при ПТСР может быть условно разделен на три стадии:

1. Установление «безопасной атмосферы», т.е. доверительного, неформального контакта, дающего врачу право на «получение доступа» к тщательно охраняемому пациентом от посторонних вмешательств «травматическому материалу».

2. Работа с конкретным «травматическим материалом», т.е. с воспоминаниями, болезненными переживаниями, отрешенностью, избеганием, отчужденностью и т.п.

3. Помощь пациенту в его личностном «отделении» от перенесенной травмы, в его постепенном включении в обыденную жизнь [4].

Этап реабилитации

Чрезвычайно важно обеспечить лицам с ПТСР после курса основного лечения (особенно лицам с тяжелыми физическими и психическими последствиями) длительный этап реабилитации, сопровождения и поддержки. Особенностью данного этапа является междисциплинарный характер оказываемой медицинской помощи при тесном межведомственном взаимодействии, осуществляемом на региональном уровне. Реабилитацию пациентов с ПТСР обеспечивают организации медицинской и социальной реабилитации. Медицинская реабилитация осуществляется в региональных центрах медицинской реабилитации, амбулаторных звеньях общесоматической сети и психиатрической службы – силами психотерапевтов, врачей-специалистов, медицинских психологов и специалистов по социальной работе.

В зависимости от тяжести сопутствующих и/или коморбидных заболеваний (особенно для пациентов с тяжелыми инвалидизирующими последствиями) реабилитационные мероприятия обеспечиваются на базе терапевтических, неврологических или травматологических отделений многопрофильных стационаров, а также на имеющихся или дополнительно развернутых психосоматических отделениях (койках). С учетом высокой коморбидности аддиктивной патологии, возникающей в отдаленном периоде течения ПТСР, целесообразно активно привлекать к реабилитационным мероприятиям специалистов наркологической службы.

Важным аспектом реабилитации является восстановление духовно-личностных ориентиров и смыслов пациентов с ПТСР. С этой целью могут привлекаться представители религиозных конфессий и общественных организаций. Для расширения возможностей социальной реабилитации рекомендуется привлекать волонтерские организации, организовывать долговременное сотрудничество с некоммерческими общественными организациями и благотворительными фондами, в том числе взаимодействие с представителями региональных отделений Параолимпийского комитета России.

При формировании индивидуальной реабилитационной программы важно предусмотреть раннее начало выполнения дозированной физической нагрузки, комплекса лечебной физической культуры, а также учитывать возможности санаторно-курортного лечения, для чего задействовать мощности санаторно-курортного комплекса, в том числе санаторно-курортных организаций, специализирующихся по профилю психоневрология (психические расстройства).

Список литературы

1. Васильева А. В. Диагностика и терапия посттравматического стрессового расстройства в клинике пограничных расстройств и соматической медицине / А. В. Васильева, Т. А. Караваева, Е. П. Лукошкина; сост. Н. В. Семенова, под общ.ред. Н. Г. Незнанова. // Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы. Сборник методических рекомендаций, Выпуск 2. – СПб.: «КОСТА», 2019. – 423 с.

2. Дрига, Б. В. Особенности боевых посттравматических стрессовых расстройств у военнослужащих, проходивших военную службу по призыву: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Б. В. Дрига. – СПб.: ВМедА им. С.М. Кирова, 2012. – 24 с.

3. Казенная, Е. В. Современные зарубежные исследования посттравматического стрессового расстройства и его лечения эффективными психотерапевтическими методами у взрослых [Электронный ресурс] / Е. В. Казенная // Современная зарубежная психология, 2020. – Т.9, № 4. – С. 110 – 119. – DOI: <https://doi.org/10.17759/jmfp.2020090410> (дата обращения 23.11.2022)

4. Караваева, Т. А. Посттравматическое стрессовое расстройство [Электронный ресурс] / Т. А. Караваева и др. // Проект клинических рекомендаций, 2022. – URL: <https://psychiatr.ru/news/1475> (дата обращения 23.11.2022)

5. Ляшковская, С. В. Подходы к определению и типологии мишеней психотерапии в контексте задач совершенствования индивидуальных программ психотерапии / С. В. Ляшковская, В. А. Ташлыков, Н. В. Семенова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева, 2017. – № 1. – С. 89 – 98.

6. Марченко, А. А. Невротические расстройства у военнослужащих (клиника, диагностика, патоморфоз): автореф. дис. ... д-ра. мед. наук / А. А. Марченко. – СПб., 2009. – 46 с.

7. Медведев, В. Э. Алимемазин в психиатрии и психосоматике / В. Э. Медведев // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина, 2018. – Т. 20, № 3-4. – С. 26 – 33.

8. Попов, Ю. В. Реакции на стресс. Практический комментарий к 5-й главе Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) / Ю. В. Попов, В. Д. Вид // Современная психиатрия. – 1998. – № 1. – С. 9 – 13.

9. Посттравматическое стрессовое расстройство / под ред. В. А. Солдаткина. – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2015. – 624 с.

10. Сукиасян, С. Г. О некоторых аспектах динамики посттравматических стрессовых расстройств у участников боевых действий / С. Г. Сукиасян // Социальная и клиническая психиатрия, 2009. – Т.19, № 1. – С. 12 – 18.

11. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.

12. Цыганков, Б. Д. Психические нарушения у беженцев и их медико-психологическая коррекция: руководство для врачей / Б. Д. Цыганков, А. И. Былим. – Кисловодск, 1998. – 138 с.

13. Шамрей В. К. Психотерапия: учебное пособие / В. К. Шамрей, В. И. Курпатов. – СПб.: СпецЛит, 2017. – 501 с.

14. Шамрей, В. К. Психиатрия войн и катастроф: учебное пособие / В. К. Шамрей и др. // СПб.: СпецЛит, 2015. – 431 с.

15. Amat, J. Medial prefrontal cortex determines how stressor controllability affects behavior and dorsal raphe nucleus / J. Amat et al. // *Nat Neurosci*, 2005. – V. 8. – P. 365 – 371.
16. Bandelow, B. WFSBP Task Force on Mental Disorders in Primary Care; WFSBP Task Force on Anxiety Disorders, OCD and PTSD. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. / B. Bandelow et al. // *Int J Psychiatry Clin Pract.*, 2012. – V. 16. – P. 77 – 84. – DOI: 10.3109/13651501.2012.667114.
17. Bisson, J. I. Prevention and treatment of PTSD: the current evidence base. / J. I. Bisson, M. Olf // *Eur J Psychotraumatol*. 2021. – V. 12 (1). – DOI: 10.1080/20008198.2020.1824381
18. Breslau, N. Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the Community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma / N. Breslau et al. // *Archives of General Psychiatry*, 1998. – V. 55. – P. 626 – 632.
19. Brillon, P. Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique / P. Brillon. – Montréal (Québec): Les Éditions Québec-Livres, 2013. – P. 456.
20. Friedman, M. A. 2000. Posttraumatic stress disorder / M. A. Friedman. – *Neuropsychopharmacology: The fourth generation of progress*, American college of neuropsychopharmacology, 2000.
21. Geuze, E. Altered Pain Processing in Veterans With Posttraumatic Stress Disorder / E. Geuze et al. // *Archives of General Psychiatry*, 2007. – V. 64. – P. 76 – 85.
22. Glass, A. J. Army psychiatry before World War II. / Glass A. J., Bernucci R. J., eds. // *Office of The Surgeon General, US Army*, 1966. – P. 3 – 23.
23. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress [Электронный ресурс] / World Health Organization. – Geneva: WHO, 2013. – 273 p. – URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85119> (дата обращения: 23.11.2022)
24. Guina, J Benzodiazepines for PTSD: A systematic review and meta-analysis. / J. Guina et al. // *J Psychiatr Pract.*, 2015. – V. 21 (4). – P. 281 – 303. – DOI: 10.1097/PRA.0000000000000091.
25. Hariri, A. R. Serotonin transporter genetic variation and the response of the human amygdala / A. R. Hariri et al. // *Science*, 2002. – V. 297. – P. 400 – 403.
26. Herman, J. Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror / J. Herman. – New Yourk: Basic Books, 1997. – 244 p.
27. Hoskins, M. D. Pharmacological therapy for post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis of monotherapy, augmentation and

head-to-head approaches. / M. D. Hoskins et al. // *European Journal of Psychotraumatology*, 2020. – V. 12 (1). – DOI: 10.1080/20008198.2020.1802920

28. Katzman, M. A. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders / M. A. Katzman et al. // *BMC Psychiatry*, 2014. – V. 14. – DOI: 10.1186/1471-244X-14-S1-S1.

29. Keane, T. M. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity / T. M. Keane et al. // *J Consult Clin Psychol*, 1988. – V. 56. – P. 85 – 90.

30. Kessler, R. C. Comorbid Major Depression and Generalized Anxiety Disorders in the National Comorbidity Survey follow-up / R. C. Kessler et al. // *Psychol Med.* – V. 38 (3). – P. 365 – 374.

31. Kessler, R. C. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication / R. C. Kessler et al. // *Archives of General Psychiatry*, 2005. – V. 62 (6). – P. 593 – 602.

32. Kessler, R. C. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey / R. C. Kessler et al. // *Arch. Gen. Psychiatry*, 1995. – V. 52. – P. 1048 – 1060.

33. Kolb, L. C. The psychobiology of PTSD: Perspectives and reflections on the past, present, and future / L. C. Kolb et al. // *Journal of Traumatic Stress*, 1993. – V. 6. – P. 293 – 304.

34. Maddox, S. A. A naturally-occurring histone acetyltransferase inhibitor derived from *Garcinia indica* impairs newly acquired and reactivated fear memories / S. A. Maddox et al. // *PLoS One*, 2013. – V. 8. – 16 p.

35. Maercker, A. Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen Hardcover / A. Maercker. – Springer, 2003. – 344 p.

36. Milad, M. R. Thickness of ventromedial prefrontal cortex in humans is correlated with extinction memory / M. R. Milad et al. // *Proc Natl Acad Sci USA*, 2005. – V. 102. – P. 10706 – 10711.

37. Nash, W. P. Us Marine corps and Navy combat and operational stress continuum model: a tool for leaders / W. P. Nash. // *Combat and operational behavioral health.* – Washington, DC, 2001. – 750 p.

38. Perkonigg, A. Longitudinal Course of Posttraumatic Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in a Community Sample of Adolescents and Young Adults / A. Perkonigg et al. // *American Journal of Psychiatry*, 2005. – V. 162. – P. 1320 – 1327.

39. Petrosino, N. J. Transcranial magnetic stimulation for post-traumatic stress disorder. / N. J. Petrosino et al. // *Ther Adv Psychopharmacol*, 2021. – V. 11. – DOI: 10.1177/20451253211049921

40. Pitman, R. K. Investigating the pathogenesis of posttraumatic stress disorder with neuroimaging / R. K. Pitman et al. // *J Clin Psychiatry*, 2001. – V. 62. – P. 47 – 54.
41. Roth, S. Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for Posttraumatic Stress Disorder / S. Roth et al. // *J. of Traumat Stress*, 1997. – V. 10. – P. 539 – 555.
42. Saguil, A. Psychological and Pharmacologic Treatments for Adults with PTSD. / A. Saguil // *Am Fam Physician*, 2019. – V. 99 (9). – P. 577 – 583.
43. Seal, K. H. VA mental health services utilization in Iraq and Afghanistan veterans in the first year of receiving new mental health diagnoses / K. H. Seal et al. // *J. of Traumatic Stress*. – 2010. – V. 23. – P. 5 – 16.
44. Shumyatsky, G. P. Identification of a signaling network in lateral nucleus of amygdala important for inhibiting memory specifically related to learned fear / G. P. Shumyatsky et al. // *Cell*, 2002. – V. 111. – P. 905 – 918.
45. Simms, D. C. To Use or Not to Use: Clinicians' Perceptions of Telemental Health / D. C. Simms et al. // *Canadian Psychology*. – 2011. – V. 52. – P. 41 – 51.
46. Thompson, S. I. Lamotrigine for treating anger in veterans with posttraumatic stress disorder. / S. I. Thompson, S. M. El-Saden // *Clin Neuropharmacol*, 2021. – V. 44 (5). – P. 184 – 185. – DOI: 10.1097/WNF.0000000000000477
47. Vellante, F. Targeting the noradrenergic system in posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-Analysis of prazosin trials. / F. Vellante et al. // *Curr Drug Targets*, 2015. – V. 16 (10). –DOI: 10.2174/1389450116666150506114108
48. Wilker, S. Genetic influences on posttraumatic stress disorder (PTSD): Inspirations from a memory-centered approach / S. Wilker, I-T. Kolassa // *Psychiatria Danubina*, 2012. – V. 24. – P. 278 – 279.
49. Williams, T. Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder (PTSD). / T. Williams // *Cochrane Database Syst Rev.*, 2022. – V. 3 (3). – DOI: 10.1002/14651858.CD002795.pub3
50. Yan, T. Different frequency repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) for posttraumatic stress disorder (PTSD): a systematic review and meta-analysis. / T. Yan et al. // *J Psychiatr Res*. 2017. – V. 89. – P. 125 –135. – DOI: 10.1016/j.jpsychires.2017.02.021

Приложение 1

Опросник на скрининг ПТСР (Trauma Screening Questionnaire, Brewin C. et al., 2002)

Опросник на скрининг ПТСР – краткий опросник, состоящий из 10 вопросов, отражающих симптомы вторжения и физиологического возбуждения, позволяющий провести скрининг ПТСР. Он состоит из 10 вопросов, отражающих симптомы вторжения (интрузии) и физиологического возбуждения, с вариантами ответа да/нет. Для положительного ответа, каждый из симптомов должен быть отмечен по крайней мере дважды на прошлой неделе.

Инструкция: Эта анкета связана с вашими личными реакциями на травматическое событие, которое случилось с вами.

Ниже указаны некоторые реакции, которые иногда возникают у людей после травматического события. Пожалуйста, ответьте «Да», если вы испытывали следующие симптомы по крайней мере дважды на прошлой неделе.

№		Да	Нет
1.	Тяжелые мысли или воспоминания о событии приходили мне в голову против моей воли		
2.	Мне снились тяжелые сны о том, что со мной случилось		
3.	Я вдруг замечал(а), что действую и чувствую себя так, как будто бы ситуация повторяется снова		
4.	Когда что-то напоминает мне об этом событии, я чувствую себя подавленным		
5.	Когда что-то напоминало мне о случившемся, я испытывал(а) неприятные физические ощущения (потливость, сбой дыхания, тошноту, учащение пульса и др.)		
6.	У меня нарушен сон (трудности засыпания или частые пробуждения)		
7.	Я чувствовал(а) постоянное раздражение и гнев		
8.	Мне было сложно сосредоточиться		
9.	Я стал более осведомлён о потенциальных опасностях для себя и других		
10.	Я все время был(а) напряжен(а) и вздрагивал(а), если что-то внезапно пугало меня		

Обработка и интерпретация результатов

Если балл, полученный по опроснику, равен или превышает 6, то испытуемого следует отнести к группе риска.

Опросник зарекомендовал себя как хороший скрининговый инструмент для выявления симптомов ПТСР. Однако, для постановки диагноза или верификации симптомов результаты должны быть подтверждены с помощью клинического интервью и дополнительных тестовых методик.

Структурированное клиническое диагностическое интервью (СКИД)

Структурированное клиническое диагностическое интервью (СКИД) включает ряд диагностических модулей (блоков вопросов), обеспечивающих диагностику психических расстройств по критериям DSM-IV (аффективных, психотических, тревожных, вызванных употреблением психоактивных веществ и т.д.). Конструкция интервью позволяет работать отдельно с любым модулем, в том числе и с модулем ПТСР. В каждом модуле даны четкие инструкции, позволяющие экспериментатору при необходимости перейти к беседе по другому блоку вопросов. Так, при диагностически значимых ответах на вопросы, направленные на критерий А – наличия в опыте респондента травматического события, – интервьюер задает вопросы из следующих блоков, позволяющие получить информацию об уровне выраженности симптоматики, относящейся к другим критериям ПТСР [9]

Модуль I. «Посттравматическое стрессовое расстройство»

Инструкция. В беседе задайте пациенту указанные вопросы, обведите ДА или НЕТ. Если обведен ответ НЕТ со стрелкой, интервью завершается, констатируется отсутствие.

№	Вопрос			№ вопр.
I1	Участвовали ли Вы, имели отношение или были очевидцем экстремальных травматических событий, которые были бы связаны с серьезными травмами, реальной смертью или угрозой смерти по отношению к Вам или кому-то другому? Примеры травматических событий: серьезная авария, сексуальное или физическое насилие, террористический акт, пребывание в заложниках, похищение, ограбление, пожар, обнаружение трупа, неожиданная смерть, война, природные катаклизмы.	Нет →	Да	1
I2	В течение последнего месяца, переживали ли Вы заново это событие (например, в мыслях, интенсивных воспоминаниях или физических реакциях)?	Нет →	Да	2
I3	В течение последнего месяца:			
a	Избегали ли Вы думать об этом событии, избегали ли Вы вещей, напоминающих Вам о нем?	Нет	Да	3
b	Трудно ли Вам вспоминать о каком-либо важном аспекте произошедшего события?	Нет	Да	4
c	Снизился ли Ваш интерес к хобби или выполнению социальных обязательств?	Нет	Да	5
d	Чувствовали ли Вы себя одиноким или оторванным от других?	Нет	Да	6
e	Заметили ли Вы, что Ваши переживания стали чаще?	Нет	Да	7

f	Нет ли у Вас ощущения, что эта травма сократила Вам жизнь?	Нет	Да	8
	ИМЕЕТСЯ ЛИ 3 ИЛИ БОЛЕЕ ОТВЕТОВ ДА В I3?	Нет →	Да	
I4	В последний месяц:			
a	Есть ли у Вас трудности со сном?	Нет	Да	9
b	Были ли Вы особенно раздражительны, злы или вспыльчивы?	Нет	Да	10
c	Трудно ли Вам было сконцентрироваться?	Нет	Да	11
d	Вы были нервным или постоянно напряженным?	Нет	Да	12
e	Легко ли Вас было испугать?	Нет	Да	13
	ПОЛУЧЕНЫ ЛИ ОТВЕТЫ ДА НА 2 ИЛИ БОЛЕЕ ВОПРОСОВ ИЗ I4?	Нет →	Да	
I5	На протяжении последнего месяца влияли ли эти проблемы существенно на Ваши рабочие обязанности, социальные обязательства, вызывали ли существенное недомогание?	Нет	Да	14
	ОТМЕЧЕНО ЛИ I5 КАК ДА? “Да” – ПТСР в настоящее время.	Нет	Да	
	Ответ: “Нет → “ – ПТСР в настоящее время нет.			

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПТСР

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) возникает как отставленная или затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию (кратковременную или продолжительную) исключительно угрожающего или катастрофического характера, которые в большинстве случаев несут в себе угрозу жизни и благополучию и являются дистрессом для любого человека.

Решающая роль в развитии ПТСР принадлежит психической травме (травматической ситуации). Травматические ситуации представляют собой экстремальные критические события, которые обладают мощным негативным воздействием, ситуации угрозы, требующие от человека экстраординарных усилий по совладанию с последствиями воздействия.

Где получить помощь:

Call-центр («Горячая линия» по организации оказания помощи при ПТСР в регионе) 8 (XXX) XXX XX XX

Телефон доверия:

8 (XXX) XXX XX XX

Кризисная служба

8 (XXX) XXX XX XX

Психоневрологический диспансер (консультации медицинских психологов, врачей-психотерапевтов, врачей-психиатров)

8 (XXX) XXX XX XX

Психологическая служба

8 (XXX) XXX XX XX

Интернет-ресурсы:

www.xxxxxxxxxxxx

Основные симптомы ПТСР:

1) **Повторяющееся переживание травмирующего события** – навязчивые воспоминания травматической ситуации, наплывы тревоги, сопровождающейся повторным ее представлением или проигрыванием, ощущения, что травматическая ситуация возвращается как будто наяву, в виде иллюзий, галлюцинаций и флэшбеков («флэшбеки» – состояния длительностью от нескольких секунд до нескольких часов, в течение которых субъект как бы «переносится» в место и время травматической ситуации).

2) **Избегание действий и ситуаций, напоминающих о травме** – фактическое избегание, эмоциональная отстраненность, ограничительное поведение.

3) **Повышенное (чрезмерное) возбуждение и реактивность** – постоянное беспокойство, возбужденность, взбудораженность, которых не было до травмы, нарушения сна (преимущественно затрудненное засыпание и ночные кошмары, нередко со сценами из травмирующего события), раздражительность, сверхбдительность, повышенный рефлекс четверохолмия (реакция вздрагивания), а также трудности с концентрацией внимания, нетерпимость к ситуациям ожидания.

ВАЖНО:

Несвоевременное обращение за помощью может приводить к различным стратегиям самолечения (среди которых чаще всего злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами, самостоятельный прием лекарств не по назначению) и значительно снижает эффективность терапии ПТСР.