

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

**ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО
В ПАРАДИГМЕ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ:
ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2022

ISBN 978-5-94651-095-0

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

Утверждено
к печати решением
Ученого Совета
НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева
Протокол № 10 от 22 декабря 2022 г.

**ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО
В ПАРАДИГМЕ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ:
ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург

2022

Посттравматическое стрессовое расстройство в парадигме доказательной медицины: патогенез, клиника, диагностика и терапия: методические рекомендации / авторы-сост.: А.В. Васильева, Т.А. Караваева, Н.Г. Незнанов, К.А. Идрисов, Д.В. Ковлен, Н.Г. Пономаренко, Д.С. Радионов, Д.А. Старунская, Ю.С. Шойгу. – СПб.НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2022. – 33 с.

Организация-разработчик: федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Авторы-составители:

Караваева Татьяна Артуровна – доктор медицинских наук, доцент, руководитель Федерального консультационно-методического центра по психотерапии Минздрава России, руководитель, главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии ФГБОУ ВО «СПбГУ», профессор кафедры общей и прикладной психологии с курсами медико-биологических дисциплин и педагогики ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава России, ведущий научный сотрудник научного отдела инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, вице-президент Российской психотерапевтической ассоциации (РПА), член Российского общества психиатров, руководитель рабочей группы по подготовки клинических рекомендаций «Посттравматическое стрессовое расстройство».

Васильева Анна Владимировна – доктор медицинских наук, доцент, главный научный сотрудник отделения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ, профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, член координационного совета Российской психотерапевтической ассоциации (РПА), член исполкома Российского общества психиатров.

Идрисов Кюри Арбиевич – доктор медицинских наук, заслуженный врач Чеченской Республики, Заслуженный деятель науки Чеченской Республики, профессор Медицинского институт ФГБОУ ВО «ЧГУ им. А.А. Кадырова», главный внештатный специалист психиатр Минздрава Чеченской Республики, член Правления Российского общества психиатров.

Ковлен Денис Викторович – доктор медицинских наук, начальник кафедры физической и реабилитационной медицины ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Минобороны России.

Незнанов Николай Григорьевич – доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, заслуженный работник высшей школы РФ, директор ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, научный руководитель отделения гериатрической психиатрии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова Минздрава России, главный внештатный специалист-эксперт по психиатрии Росздравнадзора, президент Российского Общества Психиатров, президент Всемирной ассоциации динамической психиатрии (WADP, Женева).

Пономаренко Геннадий Николаевич – член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, заслуженный деятель науки РФ, профессор-генеральный директор ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А.Альбрехта» Минтруда России, заведующий кафедрой физической и реабилитационной медицины ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России.

Радионов Дмитрий Сергеевич – младший научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, член Российского общества психиатров.

Шойгу Юлия Сергеевна – кандидат психологических наук, Заслуженный спасатель Российской Федерации, директор Центра экстренной психологической помощи МЧС России, заведующая кафедрой экстремальной психологии факультета психологии Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова, вице-президент Российского психологического общества.

Настоящие методические рекомендации разработаны на основе международных и отечественных доказательных исследований. Описаны этиопатогенез, эпидемиология, клиническая картина ПТСР, приведены алгоритмы диагностики, психофармакотерапии, эффективные методы психотерапии, рекомендованные реабилитационные мероприятия, меры профилактики и принципы оказания медико-психологической помощи пациентам с ПТСР.

Методические рекомендации предназначены для врачей психиатров, психотерапевтов, наркологов, врачей физической и реабилитационной медицины, врачей-физиотерапевтов, врачей общей практики, интернистов, медицинских и практических психологов, организаторов здравоохранения и всех специалистов, интересующихся данной проблематикой.

© НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ ПТСР.....	5
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПТСР	6
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПТСР.....	8
ДИАГНОСТИКА ПТСР.....	11
ЛЕЧЕНИЕ ПТСР.....	14
<i>Психофармакотерапия.....</i>	<i>14</i>
<i>Психотерапия</i>	<i>19</i>
ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ПТСР.....	23
ПРОФИЛАКТИКА ПТСР	26
ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПТСР	28
АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ	32
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	33

ВВЕДЕНИЕ

Проблема посттравматического стрессового расстройства(ПТСР) на современном этапе медицинской науки все больше привлекает внимание как зарубежных, так и отечественных специалистов. Несмотря на накопление значительного числа исследований по этой патологии, нет достаточно четких представлений об этиопатогенетических особенностях, клинико-психологических и иных характеристик, остается недостаточно разработанной тактика комплексной терапии пациентов и т.д.

Настоящие методические рекомендации подготовлены коллективом авторов – ведущих специалистов в области психиатрии, психотерапии, реабилитации, медицинской психологии, организации здравоохранения, а также имеющие практический опыт оказания помощи пациентам с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР):

Анализ отечественной литературы по ПТСР показывает, что многие источники имеют низкое качество и их авторы не только включают в свои публикации препараты и психотерапевтические методы, не рекомендованные для пациентов с ПТСР и не имеющие базу научных исследований, подтверждающих их доказательность и эффективность, но и прямо противопоказанные, чем вводят в заблуждение специалистов. В настоящих методических рекомендациях все описанные лекарственные средства и психотерапевтические методы имеют подтвержденную эффективность. Они четко и структурировано описаны с указанием показаний, дозировок, длительности и форм проведения.

В методических рекомендациях отражены классические и современные представления о ПТСР, основанные на практическом опыте и доказательных исследованиях. Освещен исторический контекст развития представлений о данной нозологии, подробно описаны клиническая картина заболевания, возможные коморбидные состояния, дифференциальные нозологии. Представлен алгоритм диагностики, включающий экспериментально-психологическую часть. На основе доказательных исследований выработаны принципы фармакотерапии больных с ПТСР, описаны эффективные методы психотерапии. Изложены реабилитационные мероприятия и профилактические меры, снижающие риски формирования заболевания и осложнений. Описаны основные принципы организации медико-психологической помощи пациентам с ПТСР.

ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ ПТСР

Уже более века посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) является актуальной темой и всё больше привлекает специалистов в области психического здоровья. Однако долгое время данное состояние не рассматривалось в качестве психического заболевания. Оценивая состояние участников боевых действий, врачи в начале обратили внимание на соматовегетативную симптоматику, причиной которой в большей степени считали бытовые трудности военной жизни, повышенные физические нагрузки, способствующие увеличению выраженности астенизации. В 1871 г. в Американском журнале медицинских наук Дж. М. Да Коста опубликовал первое описание специфических нарушений, развивающихся у комбатантов периода гражданской войны в США. Он подробно обследовал американских солдат, а анализ полученных результатов, представил в статье «Раздраженное сердце: клиническое исследование функционального нарушения сердечной деятельности и его последствий». Отмечался функциональный характер этих расстройств, в качестве факторов их формирования рассматривались условия стресса [1]. В последующем специалисты из разных стран пытались дать клиническую оценку состояниям функционального характера, так называемым «военным синдромам», развивавшимся у участников боевых действий, не связанных с ранениями, или инфекциями. К весне 1916 г., из армии блока Антанты в период первой мировой войны из-за сердечной патологии были комиссованы 33 919 солдат и матросов, 7,4% из них страдали, так называемым, «синдромом усилия» («effortsyndrome»). К осени в британской армии, были признаны негодными к службе по состоянию здоровья свыше 40 000 человек с сердечными нарушениями. Это был преимущественно молодой контингент военнослужащих и у большей его части выявлен синдром «раздраженного сердца». Клинически схожие состояния описывались под различными названиями, такими как «синдром Да Коста», «солдатское сердце», «раздраженное сердце», «сердце старого сержанта», «боевая усталость», «кардио-васкулярный невроз», «боевое истощение». Некоторые специалисты обозначали такие состояния как «снарядный шок», полагая, что они обусловлены полученными вследствие обстрела последствиями черепно-мозговых травм. Выдающийся отечественный психиатр А.И. Озерецковский один из первых стал говорить о психогенной природе кардиалгий и сердцебиений у участников боевых действий и описал их в своей монографии «Об истерии в войсках» [2].

Консенсус в понимании психических нарушений, развивающихся у участников боевых действий, был достигнут только после американской

интервенции во Вьетнам. Соматические симптомы, характерные для данных состояний, были определены как соматовегетативные проявления психического расстройства. В 70-е гг. прошлого века появилось понятие вьетнамского или пост-вьетнамского синдрома [3]. Результатом широких исследований стало первое появление в DSM-III термина ПТСР. Данная категория была выделена отдельно среди тревожных расстройств, как отличная от невроза нозология, чему способствовало детальное изучение состояний комбатантов. До этого использовались термины и определения, выделение которых не было связано с эмпирическими исследованиями: «временное ситуационное расстройство» и «реакция на тяжелый стресс». Появилось относительно единое понимание клинической картины, а также природы посттравматических нарушений, с признанием значимой роли других чрезвычайных ситуаций в качестве этиологических факторов, что явилось стимулом к проведению масштабных исследований, разработке лечебных подходов и методов терапии. Результаты полевых исследований впоследствии дали возможность уточнить диагностические критерии для постановки диагноза.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПТСР

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) - психическое расстройство, развивающееся вследствие мощного психотравмирующего воздействия угрожающего или катастрофического характера, сопровождающееся экстремальным стрессом, основными клиническими проявлениями выступают повторные переживания элементов травматического события в ситуации «здесь и сейчас» в форме флэшбеков, повторяющихся сновидений и кошмаров, что сопровождается чаще тревогой и паникой, но возможно также гневом, злостью, чувством вины или безнадежности, стремлением избегать внутренние и внешние стимулы, напоминающие или ассоциирующиеся со стрессором. Симптомы возникают обычно в течение шести месяцев от стрессового воздействия. В качестве пусковых факторов выступают события, которые способны вызвать дистресс практически у любого человека, природные и техногенные катастрофы, угроза жизни, нападение, пытки, сексуальное насилие, военные действия, террористические акты, пребывание в плену или концентрационном лагере, свидетельство гибели другого человека, жизнеугрожающее заболевание, получение известия о неожиданной или насильственной смерти близкого человека. Заболевание характеризуется высокой коморбидностью с другими

психическими расстройствами и может приводить к изменению личности [4,5].

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ПТСР

ПТСР развивается вследствие неспособности индивида справиться с экзогенным психотравмирующим воздействием чрезвычайного характера. В настоящее время активно исследуется вклад генетических факторов, в том числе с целью поиска возможных новых препаратов для лечения ПТСР, на сегодняшний день имеется большая база генетических исследований, которые указывают на полигенный характер фенотипа ПТСР, при этом вопрос о соотношении собственно генетических и средовых факторов остается открытым. Хорошо известно, что предшествующая травматизация повышает риск развития ПТСР, но пока нет однозначного описания патогенетических механизмов подобной сенситизации [6,7].

Острые стрессовые реакция являются нормальным ответом на чрезвычайное воздействия у ряда людей. Из-за дефицита ресурсов адаптабельности естественный ответ на стресс принимает патологический характер, в частности нарушается функционирование гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и симпатoadреналовой системы, что приводит к манифестации симптомов ПТСР, повышенной готовности к тревожным реакциям, физиологическому возбуждению и гипервигилитету [6,7,8,9].

В когнитивных моделях ПТСР, которые в настоящее время нашли свое подтверждение в исследованиях с использованием современных возможностей нейровизуализации, патогенез ПТСР тесно связан с нарушением процессов переработки информации и интеграции травматического опыта в общую биографическую память пациента. 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.

Информация о травме существует в активной рабочей памяти до тех пор, пока не произойдет ее осмысление. Таким образом формируется цикл оживления травматических воспоминаниях 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. В норме эпизоды навязчивых наплывов травматических переживаний чередуются с периодами избегания, со

временем по мере завершения процесса эти состояния становятся реже и менее интенсивными. В ряде случаев может возникать конфликт между потребностью в осмыслении и существующей системой отношений, в этом случае возникает конфликт с последующим развитием избегающего поведения, эмоционального онемения, как проявления психологической защиты, что формирует почву для последующей манифестации коморбидных депрессивных расстройств. В этих случаях аффект утрачивает свою сигнальную функцию, поскольку любая сильная эмоция воспринимается как опасность возвращения травматического опыта [10].

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПТСР

Согласно данным международных исследований до 61% людей в разные периоды своей жизни сталкиваются с травматическими событиями, которые потенциально могут быть причиной развития ПТСР, однако расстройство манифестирует только у некоторых из них, процент заболевших сильно варьирует от 13 до 50%, что зависит от индивидуальной уязвимости и характера травматического воздействия. В качестве мер профилактики манифестации ПТСР на сегодняшний день рекомендуется использовать терапию только для тех лиц, подвергшихся травматизации, кто демонстрирует ассоциированные с травмой или со стрессом симптомы. Заболеваемость сильно варьирует в зависимости от социального контекста, в благоприятные периоды жизни общества морбидность ПТСР составляет в населении 0,5% среди мужчин и 1,2% среди женщин. В отношении гендерных различий большинство исследователей сходятся во мнении, что ПТСР практически в два раза чаще встречается у женщин, за исключением специфической группы комбатантов. В детском возрасте наоборот мальчики оказываются более уязвимыми к манифестации ПТСР, чем девочки [11,12].

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПТСР

В клинической картине ПТСР выделяют следующую специфическую (основную) симптоматику[4,5,13,14,15]:

1. Повторяющиеся переживания травмирующего события (флэшбеки, представленные в навязчивых реминисценциях, ярких навязчивых воспоминаниях или повторяющихся снах). В большинстве случаев они неприятны и аффективно насыщены [4,13,14,15].

2. Избегание действий и ситуаций, напоминающих о травме (фактическое избегание, чувство «онемения» и эмоционального притупления, отрешенности, невосприимчивости к окружающему, эмоциональная отстраненность, ангедония, ограничительное поведение) [4,13,14,15].

3. Чрезмерное физиологическое возбуждение (бессонница, связанная с наплывом неприятных воспоминаний о травматическом событии, гипервигилитет – сверхнасторожённость, повышенная реакция испуга) [4,13,14,15].

Согласно МКБ-10, симптомы должны возникать в течение 6 месяцев после травматического события. Между действием стрессора и возникновением клинических проявлений может наблюдаться латентный период [5,14].

Также у пациентов с ПТСР могут отмечаться следующие нарушения [13,14,15]:

- Психогенная амнезия, либо частичная, либо полная, в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора.
- Формирование депрессивных переживаний, эпизодическая или генерализованная тревожность.
- Постоянное внутреннее напряжение, в котором находится пострадавший (в связи с обострением инстинкта самосохранения), затрудняет модуляцию аффекта: иногда пострадавшие не могут сдержать вспышки гнева даже по незначительному поводу. Могут отмечаться острые вспышки страха, паники или агрессии, вызванные воспоминаниями о травме.
- Нарушения сна – бессонница (затруднение засыпания), ночные кошмары. Другими явлениями, присущими ПТСР и связанными со сном, являются: сомнамбулизм, сноговорение, гипнагогические и гипнопомпические галлюцинации, уменьшение представленности 4-й стадии сна. Также при ПТСР нередко обнаруживаются расстройства дыхания во сне.
- Субъективно воспринимаемые нарушения памяти: затруднения запоминания; снижение ретенции в памяти той или иной информации; трудности воспроизведения. Ввиду фиксации пациента с ПТСР на травматические переживания, расстройства памяти не связаны с истинными нарушениями различных функций памяти, а обусловлены, в первую очередь, затруднением концентрации внимания на фактах, не имеющих прямого отношения к травматическому событию и угрозе повторного его возникновения.

- Повышенный рефлекс четверохолмия \neg на внезапные раздражители внешней среды (световые, зрительные, слуховые, тактильные) может легко возникнуть вздрагивание, вскакивание, вскрикивание или наоборот, «застывание». Иногда сопровождается вегетативными проявлениями (повышением артериального давления, появлением тахикардии и пр.). Обусловлен связями тектума (верхних холмиков четверохолмия у человека) с шейными и грудными сегментами спинного мозга.

Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, и numbing — блокировка эмоциональных реакций, оцепенение (не наблюдалось до травмы) может выражаться в следующих проявлениях:

1. Усилия по избеганию мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой.
2. Усилия по избеганию действий, мест или людей, которые пробуждают воспоминания о травме.
3. Неспособность вспомнить о важных аспектах травмы (психогенная амнезия).
4. Заметно сниженный интерес или участие в ранее значимых видах деятельности.
5. Чувство отстраненности или отделенности от остальных людей.
6. Сниженная выраженность аффекта (неспособность, например, к чувству любви).
7. Чувство отсутствия перспективы в будущем (например, отсутствие ожиданий по поводу карьеры, женитьбы, детей или пожелания долгой жизни).

В целом ПТСР вызывает клинически значимое тяжелое эмоциональное состояние или нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности.

На клиническую динамику и отдаленные прогнозы ПТСР могут также оказывать экзогенно-органические изменения головного мозга, преимущественно травматического генеза, что является наиболее актуальным у комбатантов, как группы риска формирования ПТСР. Динамические и катамнестические исследования ветеранов показывают нарастание выраженности органических расстройств в структуре ПТСР. Клинические состояния, квалифицированные в остром периоде расстройства как «острые стрессовые реакции», «нарушения адаптации» и «посттравматические стрессовые расстройства», спустя годы проявляли преимущественно симптомы, характерные для органических расстройств с

преобладанием психопатоподобной симптоматики и интеллектуально-мнестического снижения [15].

Наиболее часто встречается коморбидность ПТСР со следующими психическими расстройствами: депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство; паническое расстройство; генерализованное тревожное расстройство; наркотическая зависимость, зависимость от психоактивных веществ (ПАВ); социальная фобия; специфическая фобия; диссоциативные расстройства; биполярное аффективное расстройство; резидуально-органические заболевания головного мозга; экзогенно-органические заболевания головного мозга; шизофрения.

ДИАГНОСТИКА ПТСР

У пациентов с признаками ПТСР рекомендуется проводить дифференциальную диагностику со следующими расстройствами с целью точной верификации состояния [4,13,14,15,16,17,18]: расстройства, связанные со стрессом; паническое расстройство; генерализованное тревожное расстройство; социальная фобия; специфическая фобия; диссоциативные расстройства; резидуально-органические заболевания головного мозга; органические заболевания головного мозга; специфические расстройства личности; шизофрения; острое полиморфное психотическое расстройство; гипоталамическое расстройство; патология щитовидной железы; феохромоцитома; употребление ПАВ (напр., амфетаминов, кокаина и др.); отмена производных бензодиазепина; побочные эффекты фармакотерапии (к примеру, кортикостероидов для системного применения, половых гормонов, психостимуляторов и ноотропных препаратов, препаратов для лечения заболеваний сердца).

Основной метод диагностики ПТСР – клинический. Специалист опрашивает жалобы пациента, собирает анамнез, оценивает психический статус. Чаще всего пациенты предъявляют следующие жалобы: наплывы воспоминаний о травмирующей ситуации; повторяющиеся переживания психотравмирующего события в виде ярких, навязчивых воспоминаний, сопровождающихся страхом или ужасом, ночными кошмарами с содержанием пережитого травматического опыта; повышенная настороженность; стремление избегать каких-либо напоминаний о психотравмирующем событии, мыслей и воспоминаний о событии или избегать деятельности или ситуаций, людей, напоминающих событие; тревога, страх, беспокойство по мелочам; ожидание, что случится

что-то ужасное, состояние субъективного ощущения сохраняющейся угрозы, невозможность почувствовать себя в безопасности; частичная или полная психогенная амнезия стрессового события; раздражительность, вспышки гнева; чувство нереальности происходящего; вегетативные компоненты тревоги (приливы жара-холода, потливость, ощущение внутренней дрожи, озноба, сердцебиение, мышечное напряжение и пр.); чувство отстраненности, эмоционального притупления; снижение работоспособности, утрата прежних интересов.

Вначале для постановки диагноза ПТСР необходимо установить факт наличия в анамнезе пережитой ситуации угрожающего, катастрофического характера и оценить наличие связи между психопатологическими симптомами и психотравмирующей ситуацией [4,5,13,14]. Важно обратить внимание на давность психотравмирующих обстоятельств (симптомы чаще развиваются в течение шести месяцев после стрессогенной ситуации). При отсроченной манифестации ПТСР целесообразно выявить, что послужило триггером для формирования симптомов.

При опросе пациентов с ПТСР рекомендуется использовать Структурированное клиническое диагностическое интервью (СКИД), модуль I «ПТСР», оно может облегчить проведение дифференциальной диагностики.

При сборе анамнеза и проведении клинического интервью у пациентов, переживших психотравмирующую ситуацию, важно оценивать эмоциональную и сенсорную насыщенность травматических воспоминаний, выявить наличие интрузий и флэшбеков (стойкие воспоминания или «оживление» стрессора в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах) в психическом статусе

Для оценки рисков ухудшения состояния, вероятности высокой степени травматизации специалисту нужно обращать внимание и учитывать не только событие, ставшее пусковым фактором ПТСР, но и отягощенность травматическими событиями в целом, а также оценить специфику переработки травматического опыта.

Мишенями диагностики является и выявление возможных коморбидных психических заболеваний. Учитывая высокий риск злоупотребления алкоголем у лиц, переживших тяжелое психотравмирующее событие, важно точно собирать алкогольный анамнез, уточнять опыт применения ПАВ, активно выявлять возможные предикторы злоупотребления алкоголем или ПАВ. Обязательно оценивается суицидальная готовность с целью дифференциальной диагностики состояния, определения вида и объема психиатрической помощи.

Подробное физикальное и неврологическое обследование пациентов с симптомами ПТСР осуществляется для исключения соматической патологии и подтверждения психиатрического диагноза, а также для выявления коморбидной патологии [4,13,14].

На текущий момент не существует каких-либо лабораторных или инструментальных методов диагностики ПТСР. Основная их цель - исключение соматических заболеваний, при которых могут наблюдаться симптомы, схожие с ПТСР.

Одна из важных составляющих компетенций медицинского психолога в оказании медицинской помощи пациентам с ПСТР является психологическая диагностика. Могут применяться различные шкалы, прошедшие адаптацию и валидизацию, в зависимости от целей исследования. Предлагаемые ниже методики применяются факультативно, и перечень возможных методик для проведения экспериментально-психологического обследования ими не ограничен [5,19,20,21,22]:

1. Опросник на скрининг ПТСР (Trauma Screening Questionnaire, Brewin C. et al., 2002) [19].
2. Шкала для клинической диагностики ПТСР (clinical-administered ptsd scale – caps) [20].
3. Структурированное клиническое диагностическое интервью (СКИД), модуль I «ПТСР» [21].
4. Шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС) (Impact of Event Scale-R – IES-R) [21,22].
5. Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций (гражданский и военный варианты) [21].
6. Шкала оценки интенсивности боевого опыта (Combat Exposure Scale – CES) [5].
7. Шкала оценки выраженности психофизиологической реакции на стресс [68].
8. Опросник перитравматической диссоциации [21].
9. Шкала диссоциации (Dissociative Experience Scale – DES) [22].
10. Шкала безнадёжности Бека (Beck Hopelessness Scale, BHS) [22].
11. Опросник для оценки терапевтической динамики ПТСР (Treatment Outcome PTSD Scale – TOP-8) [22].

Приведенные методики являются психометрическими и/или симптоматическими опросниками, которые позволяют оценить объективно характер и выраженность клинической симптоматики, ее динамику, эффект от проводимого лечения.

ЛЕЧЕНИЕ ПТСР

В качестве основной терапевтической стратегии пациентам с ПТСР рекомендована комбинация психофармакотерапии и психотерапии [23]. Данные современных научных исследований подтверждают эффективность как психофармакотерапии, так и психотерапии (когнитивно-поведенческой, нарративной экспозиционной и др.) в лечении ПТСР [23]. Имеются отдельные исследования, показывающие высокую эффективность сочетанного применения психофармакотерапии и психотерапии, однако в ряде опубликованных мета-анализов выводы носят противоречивый характер, активно подчеркивается острая необходимость проведения дальнейших исследований в этой области [24]. При ведении пациентов с ПТСР приоритет остается за комбинированной терапией, однако в зависимости от условий могут отдельно использоваться психофармакотерапия и психотерапия. Психотропные препараты широко используются в лечении ПТСР, поскольку психотерапия, сфокусированная на травме, может быть недоступной (особенно в начале заболевания) или плохо переноситься. Выбор стратегии терапии и соотношение психофармакотерапии и психотерапии зависят от ориентации пациента на тот или иной метод лечения, проявлений клинической симптоматики, этапа лечения, особенностей личности, актуальных ресурсов и организационных возможностей и должен гибко оцениваться с учетом персонализированного подхода в каждом конкретном случае. Имеются показания и противопоказания как для психофармакологического, так и для психотерапевтического лечения. Они преимущественно связаны с состоянием пациента, побочными эффектами и организационными условиями.

Психофармакотерапия

Терапия первой линии. Пациентам с ПТСР в качестве препаратов первой линии преимущественно рекомендуется начинать терапию с назначения препаратов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) (пароксетин**20-60 мг/сут, #сертралин**50-200 мг/сут, #флуоксетин** 20-40 мг/сут) или #венлафаксина 75-225 мг/сут. Длительность терапии составляет 6-12 месяцев, чаще около года после стабилизации состояния [23]. Если на 4-6 неделе эффективность оценивается как достаточная, продолжают прием препарата в течение полного курса (6-12 месяцев после стабилизации состояния). При недостаточной эффективности

целесообразно повысить дозы принимаемого препарата до максимально-терапевтических или заменить на другой СИОЗС первой линии.

Монотерапия антидепрессантами начинается с минимальных дозировок и постепенно титруется до терапевтических. Анксиолитический эффект развивается индивидуально в течение 2-8 недель. Поэтому и с учетом возможного ухудшения состояния в начале приема СИОЗС на первом этапе лечения целесообразно применять комбинацию с производными бензодиазепина, особенно при выраженной тревоге и вегетативных нарушениях. Внимательно надо относиться к противопоказаниям для приема производных бензодиазепина, в т.ч. избегать назначения этой группы препаратов пациентам, с высоким риском формирования зависимости.

Рекомендуется предупредить пациента с ПТСР о возможном развитии побочных эффектов в начале приема антидепрессантов для обеспечения комплаенса. В первые недели приема целесообразно наблюдать за больным, оценивая суицидные риски, возможное усиление тревожной симптоматики [23].

Пациентам с ПТСР с выраженной тревогой, раздражительностью и вегетативными нарушениями на первом этапе терапии рекомендуется краткосрочное применение препаратов из группы производных бензодиазепина (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) [25].

Перед назначением этой группы препаратов должен быть хорошо собран наркологический анамнез. Не целесообразно их назначать пациентам с зависимостью или риском формирования зависимости от ПАВ.

Если в клинической картине имеются расстройства, сопровождающиеся эмоциональным напряжением, тревогой, вегетативными расстройствами, апатией, усталостью и подавленным настроением может быть рекомендовано применение тофизопама (50-300 мг/сут) [26,27]. В открытом исследовании на небольшой выборке была показана эффективность тофизопама в терапии ПТСР. Взрослым назначают по 50-100 мг (1-2 таблетки) 1-3 раза в сутки. В случае приступообразного ухудшения состояния можно разово принять 1-2 таблетки. Максимальная суточная доза - 300 мг, длительность терапии составляет 4-12 недель.

Также при наличии расстройств, сопровождающихся тревогой, эмоциональным напряжением, вегетативными расстройствами, соматоформными нарушениями, невыраженным психомоторным возбуждением, беспокойством, нарушениями сна рекомендовано применение алимемазина (15-80 мг/сут) [28]. Курсовое лечение необходимо начинать с

приема 2,5-5 мг в вечернее время с постепенным увеличением суточной дозы до требуемого эффекта. Суточная доза может быть распределена на 3-4 приема. Длительность курсового лечения может составлять от 2 до 6 и более месяцев и определяется врачом. При необходимости для достижения седативного или снотворного эффекта может применяться эпизодически (за 20-30 мин до сна). Побочные эффекты крайне редки и выражены незначительно.

В качестве альтернативы производных бензодиазепамина транквилизаторам можно назначать этифоксин (50-150 мг/сут) для устранения тревоги, страха, внутреннего напряжения, раздражительности [29]. Этифоксин применяется в дозе 50-150 мг/сут. Продолжительность лечения от нескольких дней до 4-6 недели в зависимости от состояния пациента.

Рекомендуется также применение небензодиазепиновых анксиолитиков – гидроксизина** (25-100 мг/сут), буспирона (20-30 мг/сут) при наличии коморбидных тревожных расстройств для снижения уровня тревоги [30]. Рекомендуемая дозировка гидроксизина 25-100 мг/сут. Длительность определяется индивидуально, курс обычно составляет 4-8 недель.

Терапевтический эффект буспирона начинает проявляться между 7-м и 14-м днями терапии, а максимальный эффект достигается примерно через 4 недели после начала лечения. Поэтому этот препарат не назначается эпизодически. Рекомендованная начальная доза составляет 15 мг, эту дозу можно повышать на 5 мг в сутки каждые 2-3 дня. Обычная суточная доза 20-30 мг в сутки. Максимальная однократная доза составляет 30 мг, максимальная суточная не должна превышать 60 мг.

Для лечения ночных кошмаров рекомендовано использовать α 1 адреноблокатор празозин в дозировке 1-10 мг/сут [31]. Однако в исследованиях, посвященных празозину данных в отношении улучшения основных симптомов ПТСР недостаточно.

Терапия второй линии. При недостаточной эффективности препаратов первой линии переходят на вторую линию терапии. В качестве препаратов второй линии рекомендовано применение неселективных ингибиторов обратного захвата моноаминов – #амитриптилин** 75-150 мг/сут и #имипрамин ** 75-250 мг/сут и #миртазапина (30-60 мг/сут) с целью купирования симптоматики [32,33]. Следует учитывать имеющийся у #амитриптилина** и #имипрамина** риск передозировки и большую выраженность побочных эффектов, а также более низкую приверженность терапии у этих препаратов. Не рекомендуется назначение этих препаратов

пациентам с высоким суицидальным риском без постоянного наблюдения. В ряде исследований была показана эффективность применения антидепрессанта миртазапина. Длительность терапии также составляет 6-12 месяцев.

Терапия третьей линии. Пациентам с ПТСР при неэффективности терапии антидепрессантами или их сочетания с бензодиазепинами рекомендуется назначение препаратов третьей линии для купирования симптоматики [23]. В качестве альтернативы, при отсутствии ответа на предыдущие курсы терапии, может быть назначен антиконвульсант #ламотриджин в дозировке 25-500 мг/сут [34]. Титровать дозу #ламотриджина следует еженедельно, особенно если в клинической картине ПТСР имеются выраженные колебания настроения, трудности аффективной регуляции или имеется коморбидное расстройство зрелой личности. Следует иметь в виду частые кожные высыпания вплоть до токсического эпидермального некролиза в качестве частых побочных эффектов. Ламотриджин может назначаться как дополнение к основному курсу терапии.

Также при отсутствии эффекта на предыдущие курсы терапии или при наличии таких симптомов как вторгающиеся мысли о травматическом событии, флэшбеки, эксплозивность, агрессивное поведение, нарушения сна, а также при наличии диссоциативных симптомов, дезорганизованного поведения, коморбидных психотических расстройств целесообразно назначение антипсихотических препаратов [35,36]. Назначение антипсихотиков в низких дозировках может быть использовано в качестве дополнительной терапии к стандартной схеме лечения. Они являются препаратами выбора при наличии психотической симптоматики, слуховых, зрительных и тактильных галлюцинаций, бредовых расстройств, агрессивных идей, чувств и поведения. Также эти препараты могут быть полезны в качестве корректоров поведения, когда вместо тревоги на первый план выступает гнев, эксплозивность и агрессивное поведение. Исследования эффективности применения антипсихотиков в лечении ПТСР сильно отличаются по дизайну от описания клинических случаев до открытых исследований и РКИ. Препараты могут применяться в комбинированной терапии с другими средствами.

При наличии показаний для назначения антипсихотических препаратов рекомендовано назначать #рисперидон** (0,5- 8 мг/сут) или #кветиапин** (50-300 мг/сут) с целью коррекции симптоматики [35,36]. Они могут также назначаться в качестве дополнительной терапии к стандартной схеме лечения.

Пациентам с резистентным к терапии ПТСР рекомендовано назначение #оланзапина** в дозировке 5-20 мг/сут вместе с антидепрессантами СИОЗС или в качестве монотерапии с целью преодоления резистентности [35,36].

При проявлениях в клинической картине эксплозивности и поведенческих расстройств возможно назначение перициазина** (30-100 мг/сут), тиаприда (200-300 мг/сут), #хлорпротиксена (25-150 мг/сут), алимемазина (15-80 мг/сут) с целью коррекции поведения. Гамма-аминомасляная кислота (3-3,75 г/сут) может назначаться при наличии поведенческих нарушений, а также при ПТСР, осложненным постконтузионным синдромом и другими ЧМТ. Отсутствуют доказательные исследования в отношении перициазина**, тиаприда, алимемазина и #хлорпротиксена. Однако в российской медицинской практике эти препараты традиционно применяются для лечения эксплозивности и поведенческих расстройств. Препараты могут назначаться в качестве дополнения к стандартной схеме лечения.

Пациентам с ПТСР терапию проводят длительностью около года после наступления терапевтического эффекта от применяемой терапии, чтобы обеспечить стабильность эффекта и профилактику рецидивов [23].

Согласно основным принципам оценки эффективности и переносимости терапии при применении психофармакологических препаратов в лечении пациентов с ПТСР ее необходимо оценивать на 7-14-28-й дни психофармакотерапии и далее 1 раз в 4 недели до окончания курса лечения с целью своевременной коррекции проводимого лечения [23].

Значительный вклад в общую эффективность терапии в практике вносит также квалификация врача, который благодаря своему опыту может предвидеть, какой из препаратов «больше подойдет» данному пациенту или какой пациент лучше отреагирует на данное лечение. Это отражает очевидные преимущества индивидуального выбора препарата для достижения наилучших результатов лечебного процесса, хотя доказательных данных о тех ориентирах, которые могут быть использованы для дифференцированного подхода к терапии, и которые, по всей вероятности, лежат в основе интуиции опытного врача, крайне мало. Поскольку в РКИ, проводившихся для оценки эффективности препаратов в лечении ПТСР, не учитывались особенности клинических проявлений (преобладание определенных симптомокомплексов, терапии поведенческих нарушений, в случае доминирующего аффекта гнева, или доминирования избегания, социальной изоляции в клинической картине), то имеются определенные сложности в применении их результатов при реализации

персонализированного подхода в медицине.

На протяжении всего периода применения фармакотерапии при применении психотропных препаратов нужно оценивать следующие возможные побочные эффекты психофармакотерапии: седация, сонливость, заторможенность, задержка мочеиспускания, запоры или поносы, тошнота, головные боли, головокружение, нарушение координации, нарушение концентрации внимания, нарушение памяти, формирование зависимости и толерантности к препаратам и др. в рамках персонализированного подхода, чтобы снизить вероятность развития побочных эффектов и осложнений от проводимой терапии [23]. В то же время адекватные дозировки и назначения лекарств строго по показаниям значительно снижают риск проявления побочных эффектов.

Психотерапия

Исследование эффективности применения психотерапии в лечении ПТСР началось практически сразу после его выделения в самостоятельную нозологию, поэтому среди более 300 проведенных РКИ в более половине протоколов изучался тот или иной метод психотерапии. На сегодняшний день существует большая доказательная база эффективности применения психотерапии при данной патологии [4,13,14,16]. В одном из последних зонтичных мета-анализов, оценивающих эффективность лечения психических расстройств, в отношении ПТСР (в отличие от других психических нарушений) был показан средний размер эффекта в отношении когнитивно-поведенческой психотерапии (КПТ) ПТСР по сравнению со стандартной терапией, а также средний размер эффекта при фармакотерапии ПТСР с использованием венлафаксина и СИОЗС. В отношении длительности сохранения эффекта психотерапия оказалась более эффективной, чем фармакотерапия [4,13,14,16].

В качестве методов с наибольшей доказательной базой оценки эффективности при ПТСР признается **когнитивно-поведенческая психотерапия, сфокусированная на травме (ТФ-КПТ)**, в т.ч. ее отдельные варианты, такие как когнитивная психотерапия, когнитивно-процессуальная психотерапия, когнитивная психотерапия, КПТ с пролонгированной экспозицией, нарративная экспозиционная психотерапия, а также десенсибилизация и переработка психической травмы движениями глаз (ДПДГ) [4,13,14,16,37].

ТФ-КПТ состоит из трех основных этапов: стабилизации, переработки (когнитивный процессинг и нарратив) интеграции и консолидации, с общим

количеством сессий 15-18, равномерно разделенных между 3 блоками. Среди мишеней ТФ-КПТ выделяют аффективные/эмоциональные, когнитивные, поведенческие, биологические[13,14,16].

Высокую эффективность имеет **когнитивная психотерапия** длительностью 15-20 сессий, которые проводятся еженедельно индивидуально и/или в группе для модификация пессимистических и катастрофических оценок и воспоминаний, связанных с психотравмой, с целью преодоления поведенческих и когнитивных паттернов, поддерживающих избегание и препятствующих нормальному повседневному функционированию[4,13,14,16].

Основная задача терапии – модификация пессимистических и катастрофических оценок и воспоминаний, связанных с психотравмой, с целью преодоления поведенческих и когнитивных паттернов, поддерживающих избегание и препятствующих нормальному повседневному функционированию. Пациент под руководством психотерапевта обучается идентификации внутренних и внешних стимулов, а также специфических триггеров, поддерживающих симптомы ПТСР. С целью уменьшения выраженности интрузий проводится тщательная оценка воспоминаний и интегрирование травматического опыта. Для работы с дисфункциональными мыслями, связанными с оценкой травмы и глубинными убеждениями, поддерживающими ощущения постоянной угрозы, рекомендован сократовский диалог. Дополнительной мишенью являются дисфункциональные когнитивные и поведенческие паттерны, которые блокируют адаптивные копинг-стратегии и восстановление последовательных воспоминаний о травматическом событии, к примеру, руминации, поиск безопасности, подавление мыслей.

В терапии ПТСР доказало свою эффективность использование **когнитивно-процессуальной психотерапии** (12 сессий) с целью преодоления избегания, связанного с травматическим опытом, его новой концептуализации и обучения навыкам проблемно-решающего поведения. Метод показал свою эффективность в редукции симптомов ПТСР в работе с разными видами травматических воздействий, включая природные катастрофы, жестокое обращение с детьми, участие в боевых действиях, изнасилование, стандартный протокол включает 12 сессий.

Основная цель – это преодоление избегания, связанного с травматическим опытом, его новая концептуализация и обучение навыкам проблемно-решающего поведения. Для этого используется психообразование, ведение дневника автоматических мыслей, выявление дезадаптивных мыслей, поддерживающих симптомы ПТСР, сократовский

диалог, направлен на изменение отношения к травматическому опыту, к примеру, преодоление самообвинения. На заключительном этапе совершенствуются навыки оценки и корректировки убеждений, связанных с травматическим событием, а также закрепляются адаптивные когнитивные стратегии в отношении вопросов безопасности, доверия, власти, контроля, уважения и близости, тех сфер, которые могли быть затронуты травматическим опытом, основной задачей становится улучшение повседневного функционирования и качества жизни пациента.

Хорошо зарекомендовало себя применение **индивидуальной когнитивно-поведенческой психотерапии с пролонгированной экспозицией** -15-20 сеансов с целью повышения переносимости неприятных стимулов, связанных с травматическим опытом, обучения пациентов постепенно соприкоснуться к чувствам, воспоминаниям и ситуациям, связанных с травмой. Основная цель этого метода повысить переносимость неприятных стимулов, связанных с травматическим опытом, она направлена на обучение пациентов постепенно соприкоснуться к чувствам, воспоминаниям и ситуациям, связанных с травмой. Основной задачей является обучение, что триггеры и воспоминания являются безопасными и переносимыми и их не стоит избегать. Длительность терапии составляет около 3 месяцев с еженедельными сессиями от 60 до 120 минут, всего проводится от 8 до 15 сессий, в ряде случаев рекомендовано от 15 до 20. В начале терапии врач-психотерапевт описывает план лечения и валидирует травматический опыт пациента, затем проводится обучение навыкам совладания с тревогой и дыхательным упражнениям. После этого проводится собственно экспозиция, для ее успешного проведения должен быть сформирован терапевтический альянс и атмосфера безопасности, где в условиях эмоциональной поддержки возможно столкновение с очень пугающими стимулами. Экспозиция может проводиться в воображении, или в качестве домашнего задания *in vivo*, в настоящее время активно используются программы виртуальной реальности (VR) для проведения экспозиции. При проведении VR экспозиции длительность сессии составляет 45-60 минут, каждая сцена повторяется до тех, пока уровень дистресса не снизится вдвое по сравнению с первым предъявлением. Следующая сцена используется после того, как пациент подтвердит свою готовность, задача терапии сделать дискомфорт переносимым. Темп психотерапии определяется состоянием и индивидуальными особенностями пациента.

Для проработки травматических переживаний применяют также **индивидуальную нарративную экспозиционную терапию** продолжительностью от 4 до 10 сессий. Метод активно используется для

помощи беженцам, основной задачей является составление последовательного жизненного нарратива, в контекст которого вписывается травматический опыт. Важным в поведении психотерапевта являются сочувствующее понимание, активное слушание, безусловное позитивное принятие и поддержание терапевтического альянса. Под руководством психотерапевта пациент в хронологическом порядке создает свой жизненный нарратив, концентрируясь в основном на травматическом опыте, но также включая позитивные события. Считается, что это объединяет контекст когнитивных, аффективных и сенсорных воспоминаний о травме. Создавая нарратив, пациент из фрагментарных воспоминаний формирует последовательную согласованную биографическую историю. Важной задачей психотерапии является объединить в нарративе прошлое с эпизодами травматизации, настоящее с травматическими воспоминаниями о прошлых событиях и будущее, где травматический опыт определяется как один из жизненных эпизодов.

Пациентам с ПТСР может быть показано использование **методики биообратной связи** - 10 сеансов с целью снижения тревоги и напряжения, обучения навыкам саморегуляции и для снижения уровня напряжения[14].

В случаях длительной или множественной травматизации для формирования альтернативной оценки травматического опыта применяют индивидуальную **диалектическую бихевиоральную терапию (ДБТ)**[38]. Само название определяет основную цель терапии – формирование альтернативной оценки травматического опыта, который часто пациентами однозначно воспринимается как невыносимый и безысходный, поведенческий модуль направлен на выработку оптимальных паттернов поведения в процессе сопоставления различных, иногда противоречивых вариантов. Задача психотерапевта в каждом индивидуальном случае найти оптимальный баланс между принятием и изменением, для чего используются соответствующие техники, для решения отдельных задач могут дополнительно использоваться отдельные приемы ТФ-КПТ, психотерапии, сфокусированной на сострадании, психотерапии принятия и ответственности. В процессе диалектической бихевиоральной терапии ПТСР используются маиндфулнесс (mindfulness), обучение переносимости дистресса и навыкам эмоциональной регуляции, повышение межличностной эффективности, экспозиция и предотвращение ответа, противоположное поведение, валидация, самопринятие.

«Десенсибилизации и переработки движениями глаз» (ДШДГ) – метод конфронтации с травматическим опытом, с применением направленной билатеральной стимуляции (посредством ритмичных

движений глазами) с одновременным образным представлением травматического события. Движения глаз и другие формы стимуляции двойного фокуса внимания, помимо глазных движений возможно использование звуковой стимуляции или постукивание по различным частям тела, обеспечивает одновременную десенсибилизацию и когнитивное переструктурирование, а также интеграцию травматических воспоминаний и уменьшение выраженности симптомов ПТСР. Это метод индивидуальной психотерапии длительностью 6-12 сессий, которые могут проводиться последовательно каждый день. Ф. Шапиро – автор метода основывается на том, что эмоциональная травма может нарушить работу системы переработки информации, поэтому она будет сохраняться в форме, обусловленной травматическим переживанием, и способствует формированию интрузионных симптомов посттравматического синдрома. Движения глаз (могут быть и другие альтернативные раздражители), используемые при ДПДГ, активируют информационно-перерабатывающую систему и восстанавливают ее равновесие. Психотерапия состоит из 8 последовательных фаз: сбор анамнеза; подготовка; оценка; десенсибилизация; инсталляция; сканирование тела; завершение; повторная оценка.

Развитие высокотехнологичной помощи позволяет использовать компьютерные технологии для моделирования ситуаций, воспроизведение которых в реальной мирной жизни маловозможно. Виртуальная реальность (VR) позволяет в трехмерном измерении воспроизводить широкий спектр необходимых для экспозиции ситуаций, наиболее разработанными на сегодняшний день являются программы, созданные для имитаций условий боевого стресса, которые используются как для лечения ПТСР у комбатантов, так и для его профилактики перед отправкой новобранцев в зону активных боевых действий.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ПТСР

Целью реабилитационных мероприятий при ПТСР является укорочение временной утраты трудоспособности пациентов, более ранняя социализация в обществе, улучшение качества жизни [39,40]. Важное место занимает медико-психологическая реабилитация, направленная на коррекцию остаточной психопатологической симптоматики, сокращения сроков социально-трудового восстановления, дестигматизации. Реабилитационные мероприятия нацелены на

формирование или восстановление недостаточных или утраченных во время болезни когнитивных, мотивационных, эмоциональных, адаптационных ресурсов личности. Более эффективно их осуществлять полипрофессиональной бригадой, куда входят врач-психиатр, психотерапевт, клинический психолог, специалист по социальной работе.

Отмечено положительное влияние физических упражнений и физической активности на тяжесть симптомов ПТСР, она способствует уменьшению симптомов депрессии и тревоги, улучшению качества сна, снижению злоупотребления психоактивными веществами, повышению качества жизни. Пациентам с ПТСР рекомендуется начинать раннее выполнение комплекса лечебной физической культуры (ЛФК), выполнение физических упражнений и дозированных физических нагрузок для повышения функциональной пластичности головного мозга [39,40].

В качестве реабилитационных мероприятий при ПТСР используют различные методы:

1. Ритмическая транскраниальная магнитная стимуляция (рТМС) показана для купирования корковых очагов возбуждения [39,40]. Применяют повторяющуюся ритмическую транскраниальную магнитную стимуляцию (рТМС) с частотой 20 Гц правой или левой дорсолатеральной префронтальной коры, 1600 импульсов за процедуру (40 серий по 2 секунды с интервалом между сериями 28 секунд). Курс – 10 процедур. Наблюдается уменьшение симптомов ПТСР, значительное улучшение настроения после рТМС левой дорсолатеральной префронтальной коры и значительное снижение тревожности после рТМС правой дорсолатеральной префронтальной коры.

2. Технологии БОС-терапии применяют для обучения саморегуляции головного мозга, без использования внешней стимуляции [39,40]. Используется неинвазивная форма нейробиоуправления (биологическая обратная связь – БОС-терапия), независимо от типа нейровизуализации (с помощью методов электроэнцефалографии (ЭЭГ) и функциональной магнитно-резонансной томографии (фМРТ) в реальном времени). Нейробиоуправление включает в себя интерфейс мозг-компьютер, который обеспечивает обратную связь в режиме реального времени об активности головного мозга, которую пациенты учатся регулировать, используя парадигму «замкнутого цикла». Нейронный сигнал возвращается к человеку в виде слухового или визуального сигнала. Терапию проводят ежедневно, длительность процедуры 15-20 мин, на курс – 10-12 процедур.

3. Транскраниальная терапия постоянным электрическим током для коррекции когнитивных и эмоциональных нарушений

[39,40]. Транскраниальное воздействие (гальванизация, микрополяризация) постоянным непрерывным электрическим током изменяет возбудимость коры через подпороговую модуляцию потенциалов мембран покоящихся нейронов с использованием слабого (1-2 мА) постоянного электрического тока. Стимуляцию рекомендуют проводить ежедневно, в течение 20–30 минут, на курс 10-15 процедур.

4. Аудиовизуальная полисенсорная релаксация (неселективная фототерапия) рекомендована для активации экстраокулярной фотонейроэндокринной системы и восстановления подкорковой активности головного мозга [39,40]. Проводят облучение лица оптическим излучением в непрерывном режиме, продолжительность – 10 мин, ежедневно; курс – 7-10 процедур.

5. Красная селективная хромотерапия направлена на изменение адаптивно-поведенческого статуса организма и снижения уровня депрессии [39,40]. Используют окулярный метод воздействия красным (длина волны 0,628 мкм) излучением на орган зрения в непрерывном режиме по стабильной методике. Продолжительность процедуры – 30 мин, 2 раза в неделю, курс – 15 процедур.

6. Неселективная хромотерапия применяется для стабилизации эмоционального состояния и повышения общего тонуса [39,40]. На курс рекомендовано 4 недели ежедневного применения яркого белого света (освещенность - 10 000 люкс) в течение 30 минут в день.

7. Гидротерапия показана для коррекции астено-невротического и иммуносупрессивного синдромов [39,40].

8. Акупунктура предназначена для купирования устойчивого возбуждения [39,40]. Применяют методы классической акупунктуры в комбинации с аурикулярной и поверхностной рефлексотерапией. Воздействие выполняют по тормозному методу, начинают с использования только общих точек, с постепенным включением местных точек. При отсутствии эффекта применяют тормозной метод на больной стороне и возбуждающий – на здоровой. Продолжительность курса – 8-12 процедур.

В системе реабилитационных мероприятий пациентов с ПТСР достойное место занимает санаторно-курортное лечение. Оно включает методы курортной (аэро-, гелио-, таласса-) терапии [39,40].

ПРОФИЛАКТИКА ПТСР

Выделяют **первичные и вторичные меры профилактики** в отношении ПТСР[41]. **Первичные профилактические меры** осуществляются в период, предшествующий возможному воздействию травмирующего фактора, то есть до того, как человек пережил травмирующее событие. Вторичные профилактические меры предполагают осуществление в период, следующий непосредственно за воздействием травмирующего фактора, то есть реализовываются в максимально приближенные сроки с момента травматического переживания и в течение первых трех месяцев после пережитого травматического события (ранние интервенции).

Меры первичной профилактики включают реализацию мероприятий, предшествующих появлению в жизни человека возможного травмирующего опыта. Специфической профилактики, позволяющей предотвратить развитие ПТСР, не существует. Профилактика ПТСР заключается во внедрении принципов здорового образа жизни, мероприятий, направленных на поддержание психического здоровья среди населения, ограничение употребления алкоголя и психоактивных веществ.

Меры вторичной профилактики могут быть реализованы после воздействия травмирующего фактора (наступления травмирующего события), отвечающего критериям, потенциально влекущим формирование ПТСР (внезапность, субъективно переживаемая угроза жизни, утрата). В отечественной практике вторичную профилактику условно можно обозначить двумя направлениями частично взаимосвязанными друг с другом содержанием и являющимися при этом универсальными рекомендациями для переживших травматическое событие: экстренная психологическая помощь и психологическое просвещение. Экстренная психологическая помощь (ЭПП) включает в себя также информационно-психологическую поддержку, индивидуальную психологическую помощь.

Экстренная психологическая помощь (Emergency psychological aid) - целостная система мероприятий, направленных на оптимизацию актуального психического состояния, включающая в себя как отдельные специальные методы психологического воздействия, так и организацию особой среды, которая помогает в снижении интенсивности воздействия травматического события на человека. ЭПП может быть оказана человеку во времени максимально приближенно от момента воздействия травмирующего события.

Задачи такого вида психологической помощи включают в себя удовлетворение актуальных потребностей человека (информация, социальная поддержка и т.д.), в том числе переживание травматического опыта, а в качестве цели ставит сохранение психологических и физических ресурсов человека, переживающего травматическое событие [41].

Информационно-психологическая поддержка (ИнфПП) – это форма работы, направленная на информирование об особенностях психического состояния и возможной динамике его изменения, предоставляемая адаптировано актуальному эмоциональному состоянию человека, должна быть предоставлена людям, столкнувшимся с травматической ситуацией, в короткие сроки и непосредственно после травматического события, и осуществляться с учетом особенностей психологического состояния на этом этапе (эмоциональные состояния, особенности когнитивных функций, которые вызваны ситуацией травматического стресса).

Индивидуальная психологическая помощь (ИПП) представляет собой форму работы, направленную на актуализацию личностных ресурсов, принятие сложившейся ситуации, поиск и актуализацию стратегий совладания, регуляцию актуального психического состояния [41].

Также сохранение социальной активности, выстраивание сети социальной поддержки и актуализация социальных связей может быть обоснованной профилактической практикой для людей, переживающих травматическое событие, особенно в контексте изменения базовых позитивных убеждений в отношении мира и окружения. Обнаружены свидетельства о положительном влиянии социальной поддержки, в том числе и в виде отношений с близкими, на способность человека справляться с травматической ситуацией.

Психологическое просвещение может быть реализовано психологом в форме индивидуального информирования человека, пережившего травмирующее событие о распространенных реакциях, которые обычно следуют за травмой, об особенностях его психического состояния, возможных последствиях и динамике проявлений симптомов переживания травмы.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПТСР

Медико-психологическая помощь пациентам с ПТСР осуществляется в соответствии с утвержденными стандартами:

1. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 №1223н «Об утверждении стандарта первичной медико-социальной помощи при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, посттравматическом стрессовом расстройстве в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета)».

2. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 №1229н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, посттравматическом стрессовом расстройстве».

В дополнение к основным лечебно-реабилитационным принципам оказания помощи пострадавшим в длительной чрезвычайной ситуации при организации помощи пациентам с ПТСР целесообразно также реализовывать следующие принципы [42].

1. Принцип раннего выявления психических расстройств:

Максимально раннее выявление лиц, не только с уже сформировавшимися психическими расстройствами, но и нарушениями субклинического уровня, предотвращает углубление психических расстройств и их хронификацию, способствует профилактике развития социальной дезадаптации. Раннему выявлению также способствует широкое информирование населения о причинах и клинических проявлениях ПТСР, об учреждениях, оказывающих медицинскую и психологическую помощь, о возможностях обращаться по телефонам «горячей линии».

2. Принцип доступности медико-психологической помощи:

Целесообразно организовывать «горячие линии». Куда могут обращаться как пациенты, так и специалист, получать психологическую помощь и информацию об организации медицинской и психологической помощи при ПТСР, учреждениях ее оказывающих. При этом помощь должна носить не разовый, а постоянный характер с учетом возможности длительного течения психических расстройств. Наиболее оптимальной представляется организация медико-психиатрической (психиатрической, психотерапевтической, психологической) помощи непосредственно по месту проживания населения, в данном случае на уровне территориальных поликлиник. Также могут быть организованы выездные формы оказания психиатрической, психотерапевтической и психологической помощи.

3. Принцип комплексности в оказании медико-психологической помощи:

- сочетание психофармакотерапии и психотерапевтических методов в зависимости от характера психического расстройства и индивидуальных особенностей личности пациента;
- сочетание целостности и симптоматичности в использовании психотерапевтических вмешательств, т.е. воздействие, с одной стороны, на отреагирование и проработку пережитых психотравмирующих событий, с другой стороны, направленное на устранение отдельных доминирующих психопатологических симптомов;
- привлечение врачей других специальностей для скорейшего выявления и лечения коморбидных соматических нарушений.

4. Принцип полипрофессионального подхода:

Наиболее эффективен полипрофессиональный подход к лечению пациентов с ПТСР. Медико-психологическая (психиатрическая, психотерапевтическая, психологическая) помощь оказывается пострадавшим при участии специалистов разных направлений – врачи общей практики, психотерапевты, психиатры, клинические (медицинские) психологи, социальные работники, медицинские сестры. Для оказания эффективной помощи важно проводить обучение специалистов – медицинских работников как профильных специальностей (психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов), так и врачей других специальностей.

5. Принцип мобилизации копинг-стратегий:

Основная цель психотерапии лиц с ПТСР, длительное время находившихся в условиях ЧС, заключается в восстановлении удовлетворительного уровня функционирования. Для этого необходимы некоторые дополнительные ресурсы «Я» или более гибкие эмоциональные, когнитивные и поведенческие реакции, позволяющие справляться с имеющимися последствиями психических травм и будущими стрессами.

6. Принцип динамического сопровождения:

Очень часто больные с ПТСР прекращают посещение врача и/или прием медикаментов после некоторого улучшения состояния, что влечет за собой обострение психопатологической симптоматики и ухудшение состояния. При организации психотерапевтической помощи на уровне первичного медицинского звена появляется возможность наблюдения за состоянием больного в период посещения им поликлиники или во время патронажного медсестринского обхода.

7. Поддержка семьи и сообщества:

Выработка и обсуждение с близкими родственниками конкретных рекомендаций по тактике поведения с больными (проведение больше времени с больными, вовлечение их в общие семейные мероприятия, привлечение к совместной трудовой деятельности) помогает родственникам осознанно относиться к проблемам больного и лучше организовать процесс взаимодействия. Вовлечение родственников в процесс оказания помощи больным, пережившим тяжелые психические травмы, значительно снижает социальную изоляцию больных, оптимизирует и ускоряет процесс социальной реабилитации пациентов.

Организационная модель оказания помощи пациентам с ПТСР

Организация помощи больным с ПТСР осуществляется в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия».

В амбулаторных условиях медицинская помощь пациентам с ПТСР оказывается в кабинете врач-психиатра и (или в психотерапевтическом кабинете и (или в кабинете медико-психологической помощи). При необходимости возможно открытие временных кабинетов неотложной медико-психологической (психиатрической, психотерапевтической, психологической) помощи с целью обеспечения ее доступности и эффективности [42].

Основой кабинета является полипрофессиональный (бригадный) подход: психиатр – психотерапевт – клинический психолог – социальный работник.

В работе Центров психосоциальной реабилитации (в т.ч. и организованных непосредственно в зоне ЧС или военного конфликта), психотерапевтических центров, центров психического здоровья правильно ориентироваться на этапность лечения и профилактики стрессовых расстройств силами комплексной бригады специалистов: психиатр и/или психотерапевт, клинический психолог, врачи общей практики, социальный работник [42].

1. **Первый этап** включает в себя мероприятия по предотвращению формирования ПТСР: обеспечение своевременной помощи населению (выявление случаев, требующих неотложной помощи и направление их в места оказания помощи); взаимодействие с другими специалистами, их обучение распознаванию и выявлению случаев острой реакции на стресс, ПТСР, расстройства адаптации с целью направления их к специалистам; лечение острой реакции на стресс, ПТСР, расстройств

адаптации. Своевременное лечение предупреждает хронификацию болезненных состояний и формирование личностных изменений;

2. **Второй этап** включает проведение психофармакотерапии и психотерапии ПТСР и расстройств адаптации: диагностика ПТСР и расстройств адаптации; психофармакотерапия ПТСР и расстройств адаптации; психотерапия ПТСР и расстройств адаптации (групповая и индивидуальная терапия)

3. **Третий этап** состоит из комплекса мероприятий по психосоциальной реабилитации лиц с ПТСР: психодиагностика личностных изменений при хроническом ПТСР и расстройстве адаптации; психотерапия лиц с изменениями личности при ПТСР.

В условиях ЧС и военных конфликтах может быть целесообразно применение модели оказания помощи больным с ПТСР на уровне территориальной поликлиники, с активным использованием психотерапевтических кабинетов.

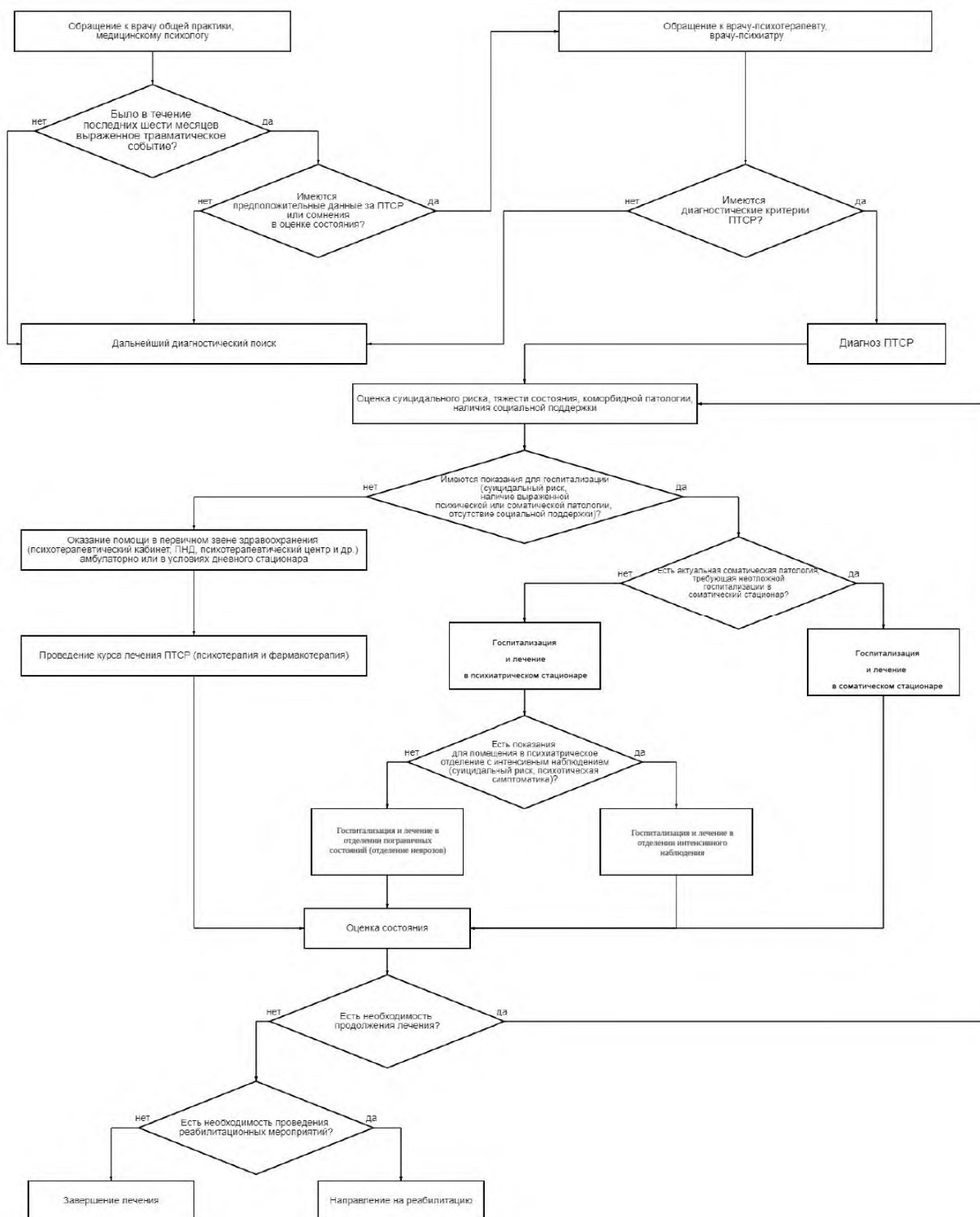
Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

1. Наличие суицидального риска.
2. Наличие риска формирования злоупотребления ПАВ.
3. Необходимость изоляции от действия стрессового фактора.
4. Значительная выраженность психопатологических нарушений, требующая подбора фармакотерапии в стационаре.
5. Наличие коморбидных психических расстройств, требующих подбора медикаментозной терапии в стационаре.
6. Плохая переносимость медикаментозной терапии.
7. Отсутствие социальной поддержки, близких родственников.

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

1. Отсутствие суицидального риска.
2. Подбор адекватной и эффективной фармакотерапии.
3. Отсутствие выраженных нежелательных явлений.
4. Снижение уровня проявлений психопатологических нарушений.
5. Стабилизация психического состояния.
6. Стабилизация соматического состояния.
7. Отсутствие риска ухудшения состояния вне медицинского учреждения при отсутствии социальной поддержки, близкого окружения.

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Da Costa JM. On irritable heart: a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences // *Am. J. M. Sc.* 1871. P. 61-117.
2. Озерецковский А.И. Об истерии в войсках. М., 1891. 265 с
3. Hyams KC, Wignall FS, Roswell R. War syndromes and their evaluation: from the U.S. Civil War to the Persian Gulf War // *Ann. Intern. Med.* 1996. Vol. 125. P. 398-405.
4. ПСИХОТЕРАПИЯ: УЧЕБНИК / под ред. А. В. Васильевой, Т. А. Караваевой, Н. Г. Незнанова. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. — 864 с. : ил. — DOI: 10.33029/9704-6485-4-VKN-2022-1-86
5. МКБ. Международная классификация болезней, 10-й пересмотр. Психические расстройства и расстройства поведения. Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации, М.: Российское общество психиатров, 1998.
6. Tian Y, Liu H, Guse L, et al. Association of Genetic Factors and Gene–Environment Interactions With Risk of Developing Posttraumatic Stress Disorder in a Case–Control Study. *Biological Research For Nursing.* 2015;17(4):364-372. doi:10.1177/1099800415588362
7. Seah, C., Breen, M.S., Rusielewicz, T. et al. Modeling gene × environment interactions in PTSD using human neurons reveals diagnosis-specific glucocorticoid-induced gene expression. *Nat Neurosci* 25, 1434–1445 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41593-022-01161-y>
8. Yehuda R. Advances in understanding neuroendocrine alterations in PTSD and their therapeutic implications. *Ann N Y Acad Sci.* 2006;1071:137-166.
9. Meewisse ML, Reitsma JB, de Vries GJ, Gersons BP, Olf M. Cortisol and post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2007;191:387-392.
10. Brewin CR. A cognitive neuroscience account of post-traumatic stress disorder and its treatment. *Behav Res Ther* 2001; 39(4): 373-393.
11. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1995;52(12):1048-1060. doi:10.1001/archpsyc.1995.03950240066012
12. Tolin DF, Foa EB. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychol Bull.* 2006;132(6):959-992. doi:10.1037/0033-2909.132.6.959

13. А. В. Васильева, Т. А. Караваева, Е. П. Лукошкина. Диагностика и терапия посттравматического стрессового расстройства в клинике пограничных расстройств и соматической медицине / Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы. Сборник методических рекомендаций / сост. Н. В. Семенова, под общ. ред. Н. Г. Незнанова. Выпуск 2. — СПб.: издательско-полиграфическая компания «КОСТА», 2019. Стр. 300-324. https://bekhterev.ru/wp-content/uploads/2021/05/2019_sbormik_m_vyp_2.pdf
14. Караваева Т.А., Васильева А.В. Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации в кн. «Тактика врача-психиатра: практическое руководство / под ред. Н.Г. Незнанова, Г.Э. Мазо. – Москва : ГЕОТАР-Медиа, 2022. – С. 127-135.
15. Посттравматическое стрессовое расстройство / под ред. В.А. Солдаткина; ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2015. – 624 с
16. Волошин В.М. Посттравматическое стрессовое расстройство. Феноменология, клиника, систематика, динамика и современные подходы к психотерапии. – М., 2005. 199 с.
17. Ivesic S., Bagaric A., Oruc L. et al. Psychotic symptoms and comorbid psychiatric disorders in Croatian combat-related posttraumatic stress disorder patients // Croat Med. – 2000. – Vol. 41. – P. 179–183.
18. Караваева Т.А., Коцюбинский А.П. Холистическая диагностика пограничных психических расстройств - Санкт-Петербург: - Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2016. – 395 с.
19. Brewin, C. R., Rose, S., Andrews, B., Green, J., Tata P., Mc Evedy, C., Turne, S., and Foa E. B. Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. /The British Journal of Psychiatry. – 2002 – V. 181, №3. – P. 158-162.
20. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса — СПб: Питер, 2001. — 272 с.
21. Horowitz, M. Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. PsychosomaticMedicine, 41, 209-218.
22. Клиническая психометрика: учебное пособие / В. А. Солдаткин, А. И. Ковалев, М. Н. Крючкова [и др.]; ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии. – Ростов-на-Дону: Изд-во РостГМУ, 2020. – 352 с
23. Bandelow B, Zohar J, Hollander E, Kasper S, M€oller H-J, Zohar J, Hollander E, Kasper S, M€oller H-J, Bandelow B, WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Anxiety, Obsessive- Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders, et al.2008. World Federation of

- Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders – first revision. *World J Biol Psychiatry*. 9(4): 248–312.
24. Hoskins M, Pearce J, Bethell A, Dankova L, Barbui C, Tol WA, van Ommeren M, de Jong J, Seedat S, Chen H, Bisson JI. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2015;206(2):93–100. doi: 10.1192/bjp.bp.114.148551
 25. Guina J, Rossetter SR, De RB, Nahhas RW, Welton RS. Benzodiazepines for PTSD: a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Pract*. 2015;21(4):281–303. doi: 10.1097/PRA.000000000000091]
 26. Bond A., Lader M.A. Comparison of the psychotropic profiles of tofisopam and diazepam. *Eur J Clin Pharmacol* 1982;22:2:137-142;
 27. Александровский Ю.А., Аведисова А.С., Павлова М.С. О вегетотропном эффекте Грандаксина при лечении невротических расстройств в общесоматической практике. *Терапевтический архив*. 1998;10:76;
 28. Медведев В.Э. Алимемазин в психиатрии и психосоматике / В. Э. Медведев // *Психиатрия и психофармакотерапия* – 2018. – № 3-4. – С. 26–33]
 29. Servant D, Graziani P, Moyses D, Parquet P. Treatment of adjustment disorder with anxiety: efficacy and tolerance of etifoxine in a doubleblind controlled study. *Encephale*. 1998 Nov-Dec; 24(6):569-74;
 30. Lader M. Многоцентровое сравнительное исследование гидроксизина, буспирона и плацебо двойным слепым методом у больных с генерализованными тревожными состояниями (расширенный реферат) / М. Lader, J.-C. Scotto // *Психиатрия и психофармакотерапия: журнал им. П.Б. Ганнушкина*. – 2002. – №2. – С. 76–78.
 31. Vellante F, Orsolini L, Martinotti G, Di Giannantonio M. Targeting the Noradrenergic System in Posttraumatic in Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prazosin Trials. *Curr Drug Targets*. 2015;16(10):1094-106. doi: 10.2174/1389450116666150506114108.
 32. Davidson J, Kudler H, Smith R, Mahorney SL, Lipper S, Hammett E, Saunders WB, Cavenar JO, Jr. 1990. Treatment of posttraumatic stress disorder with amitriptyline and placebo. *Arch Gen Psychiatry* 47:259-66;
 33. Kim W, Pae CU, Chae JH, Jun TY, Bahk WM. The effectiveness of mirtazapine in the treatment of post-traumatic stress disorder: a 24-week continuation therapy. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005 Dec;59(6):743-7. doi: 10.1111/j.1440-1819.2005.01447.x.

34. Hertzberg MA, Butterfield MI, Feldman ME, Beckham JC, Sutherland SM, Connor KM, Davidson JR. 1999. A preliminary study of lamotrigine for the treatment of posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry* 45:1226-9
35. Muenzenmaier K, Castille D, Shelley A, et al. Comorbid post-traumatic stress disorder and schizophrenia. *Psychiatr Ann.* 2005;35(1):50–56.
36. Sautter FJ, Brailey K, Uddo MM, et al. PTSD and comorbid psychotic disorders: Comparison with veterans diagnosed with PTSD or psychotic disorder. *J Trauma Stress.* 1999;12(1):73–88.
37. Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westin, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 214–227.
38. Bohus M, Kleindienst N, Hahn C, Müller-Engelmann M, Ludäscher P, Steil R, Fydrich T, Kuehner C, Resick PA, Stiglmayr C, Schmahl C, Priebe K. Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder (DBT-PTSD) Compared With Cognitive Processing Therapy (CPT) in Complex Presentations of PTSD in Women Survivors of Childhood Abuse: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry.* 2020 Dec 1;77(12):1235-1245. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.2148. PMID: 32697288; PMCID: PMC7376475.
39. Пономаренко, Г. Н. Медицинская реабилитация : учебник / Г. Н. Пономаренко. – 2-е издание, переработанное и дополненное. – Москва : Общество с ограниченной ответственностью Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа", 2021. – 368 с. – ISBN 978-5-9704-5945-4. – DOI 10.33029/9704-5945-4-MRU-2021-1-368. – EDN GKQDPD.
40. Медицинская реабилитация. Руководство к практическим занятиям : учебное пособие / Г. Р. Абусева, В. Н. Ищук, Д. В. Ковлен [и др.] ; под ред. Г. Н. Пономаренко. – Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2021. – 240 с. – ISBN 978-5-9704-6023-8. – EDN XIIIДН.
41. Юлия. С. Шойгу et al., “Особенности оказания экстренной психологической помощи при переживании утраты в чрезвычайных ситуациях,” *Национальный психологический журнал*, vol. 41, no. 1, pp. 115–126, 2021, doi: 10.11621/npj.2021.0110.
42. Идрисов К.А. Особенности оказания психотерапевтической помощи лицам с непсихотическими психическими расстройствами в условиях длительной чрезвычайной ситуации. // *Психическое здоровье.* 2010 г., №12 (55), С.25-30.