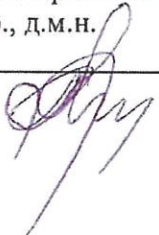


ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ  
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный специалист  
психиатр Департамента  
здравоохранения города Москвы,  
проф., д.м.н.

  
Г.П. Костюк

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертным советом по науке  
Департамента здравоохранения города  
Москвы №3

  
  
До марта 2023г

Посттравматическое стрессовое расстройство.  
Клинические характеристики, лечение, профилактика

Методические рекомендации № 16

Москва 2023

УДК 616.89

ББК 56.14

П63

**Организация-разработчик:**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-практический психоневрологический центр имени З. П. Соловьева» Департамента здравоохранения города Москвы.

**Авторы-составители:**

Кошелев Всеволод Владимирович, доктор медицинских наук, заместитель директора ГБУЗ «Научно-практический центр психоневрологии им. З. П. Соловьева» Департамента здравоохранения города Москвы;

Аведисова Алла Сергеевна, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отдела новых методов терапии пограничных психических расстройств ГБУЗ «Научно-практический центр психоневрологии им. З. П. Соловьева» Департамента здравоохранения города Москвы; главный научный сотрудник отдела пограничной психиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России;

Акжигитов Ренат Гайясович, кандидат медицинских наук, заместитель директора ГБУЗ «Научно-практический центр психоневрологии им. З. П. Соловьева» Департамента здравоохранения города Москвы;

Дачевская Ирина Ивановна, заместитель директора ГБУЗ «Научно-практический центр психоневрологии им. З. П. Соловьева» Департамента здравоохранения города Москвы;

Герсамия Анна Гулбаатовна, старший психолог ГБУЗ «Научно-практический центр психоневрологии им. З. П. Соловьева» Департамента здравоохранения города Москвы.

**Рецензенты:**

Л. В. Ромасенко – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник ФГБУ «НМИЦ психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России.

А. Я. Басова – кандидат медицинских наук, заместитель директора по научной работе ГБУЗ НПЦ ПЗДП им. Г. Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы.

Посттравматическое стрессовое расстройство. Клинические характеристики, лечение, профилактика: методические рекомендации / составители: В.В. Кошелев, А.С. Аведисова, Р.Г. Акжигитов [и др.]. – М.: ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ, 2023. – 59 с.

В настоящих методических рекомендациях представлена информация об этиологии и клинических проявлениях посттравматического стрессового расстройства, описаны особенности его диагностики, лечения и профилактики. Методические рекомендации предназначены для использования в практической и научно-исследовательской работе психиатров, психотерапевтов, врачей общей практики, клинических психологов, а также могут служить учебным материалом при подготовке медицинских специалистов.

Методические рекомендации разработаны в рамках выполнения темы НИР «Факторы риска, механизмы развития и подходы к коррекции неблагоприятных форм течения пограничных психических расстройств».

*Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.*

**ISBN**

© Департамент здравоохранения города Москвы, 2023

© ГБУЗ НПЦ им. З. П. Соловьева ДЗМ, 2023

© Коллектив авторов, 2023

## ОГЛАВЛЕНИЕ

СОКРАЩЕНИЯ	5
ВВЕДЕНИЕ	6
ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ (классификация, эпидемиология, этиопатогенез)	6
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПТСР	10
ДИАГНОСТИКА ПТСР	13
ЛЕЧЕНИЕ	17
Основные принципы организации медицинской помощи при ПТСР	18
Психофармакотерапия	23
Психотерапия	28
Другие нелекарственные методы лечения	32
Реабилитация и санаторно-курортное лечение	34
ПРОФИЛАКТИКА ПТСР	37
Этапы маршрутизации и преемственности пациентов с ПТСР	41
Этапы лечебно-профилактической помощи при ПТСР	42
Факторы, влияющие на течение и исход заболевания ПТСР	42
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	43
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	45

## СОКРАЩЕНИЯ

ГТР– генерализованное тревожное расстройство

БТ– бихевиоральная терапия

ДПДГ– десенсибилизация и переработка психотравмы с помощью глазодвигательных движений

КПТ– когнитивно-поведенческая психотерапия

ЛФК– лечебная физическая культура

МКБ-10– Международная классификация болезней 10-го пересмотра

МКБ-11– Международная классификация болезней 11-го пересмотра

ОКР– обсессивно-компульсивное расстройство

ПАВ– психоактивные вещества

ПТСР– посттравматическое стрессовое расстройство

ПР– паническое расстройство

РЛ– расстройство личности

СИОЗС– селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

СИОЗСН – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина

СФ–социальная фобия

ТМС– транскраниальная магнитная стимуляция

ТФ-КПТ– травма-фокусированная когнитивно-поведенческая психотерапия

ЧС– чрезвычайная ситуация

ЭПП– экстренная психологическая помощь

## **ВВЕДЕНИЕ**

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – это психическое расстройство, развивающееся после воздействия на индивидуума экстремального психотравмирующего фактора. К событиям, способным вызвать дистресс практически у любого человека, относятся угроза жизни, непосредственное влияние природных или техногенных катастроф, терактов, неожиданная смерть близкого человека, сексуальное насилие, участие в военных действиях или нахождение в плену.

Основным проявлением ПТСР является состояние, когда психотравмирующее событие ярко оживает в памяти, ощущается в текущем времени «здесь и сейчас», сопровождается образными представлениями событий, ставших причиной психотравмы (флэшбеки), чувством тревоги или злости, чувством вины или безнадежности, кошмарными сновидениями. При этом, пациенты стремятся избегать напоминаний о пережитой психотравме, а также любых ассоциирующихся с ней событий. Как правило, симптомы ПТСР формируются в течение шести месяцев после психотравмирующего события и часто сочетаются с другими психическими расстройствами [21,56].

Актуальность данных методических рекомендаций обусловлена необходимостью повышения качества диагностики, лечения и профилактики ПТСР, а также решения задачи практического применения имеющихся знаний и практических вопросов медицинской помощи при ПТСР.

В данных методических рекомендациях изложены современные представления о ПТСР, описаны клинические проявления, особенности диагностики, лечения и профилактики. Методические рекомендации ориентированы на широкую аудиторию: врачи-психиатры, врачи-психотерапевты, врачи общей практики, клинические психологи. Информация может использоваться при подготовке медицинских специалистов.

### **ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ (эпидемиология, этиопатогенез, классификация)**

По данным литературных источников, около 60 % жителей планеты сталкиваются с психотравмирующими событиями, которые могут вызвать такое психическое расстройство, как «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации», и в последующем стать причиной формирования Посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). При этом отмечается, что ПТСР манифестирует только у части людей, перенесших воздействие чрезвычайного психотравмирующего события (по данным разных авторов, от 13% до 50 %), поскольку формирование этого расстройства зависит как от индивидуально-типологических особенностей,

так и от факторов психотравмирующего воздействия [73]. Также отмечается, что частота формирования ПТСР зависит от гендерных различий и у женщин это расстройство встречается примерно в два раза чаще. Кроме того, заболеваемость ПТСР меняется в зависимости от социальной ситуации в обществе и в благоприятных социальных условиях составляет 0,5% у мужчин и 1,2% – у женщин [176].

Исследование этиологических факторов показало, что ПТСР формируется как результат индивидуальной неспособности психики преодолеть воздействие чрезвычайного психотравмирующего фактора. Вследствие дефицита психических и физиологических ресурсов адаптации естественная реакция на психоэмоциональный дистресс принимает патологический характер, нарушается функционирование симпатoadреналовой системы, возникает психомоторное возбуждение и снижение порога чувствительности к внешним раздражителям, появление патологических тревожных состояний и эмоциональной лабильности [93,120,148,159,173,180]. При сопоставлении генетических и средовых факторов формирования ПТСР отмечается полигенный тип наследования, а также повышение частоты развития ПТСР под влиянием предшествующей психогенной травматизации [134,171,175].

Применение нейровизуализации для исследования патогенеза ПТСР показало, что психопатологические феномены при ПТСР ассоциированы со сниженной активностью левой нижней фронтальной коры больших полушарий головного мозга, что свидетельствует о преобладании сенсорных и эмоциональных функций над ассоциативно-интеллектуальными. Вследствие этого нарушается механизм переработки травматического опыта, психотравма сохраняется в активной рабочей памяти, образуется пролонгированное преобладание эмоционально-чувственных следов воздействия психотравмирующего события, которые под влиянием новых эмоциогенных факторов оживляют и усиливают болезненные воспоминания. Стремление пациентов с ПТСР к избеганию эмоциогенных ситуаций и контролю над своими мыслями, в свою очередь, затрудняет психическую переработку травматического опыта. Избегающее поведение может достигать значительной степени и предшествовать формированию депрессивного расстройства [94,111,126].

Для предотвращения формирования ПТСР необходимо среди лиц, подвергшихся чрезвычайному психотравмирующему воздействию, выявлять пациентов с симптоматикой, ассоциированной с психотравмой, и оказывать им специализированную психотерапевтическую и психиатрическую помощь.

### **ПТСР в международной классификации болезней (МКБ)**

В международной классификации болезней десятого пересмотра выделяются следующие критерии Посттравматического стрессового расстройства (F43.1):

А. Подверженность пациента воздействию события или ситуации исключительно угрожающего или катастрофического характера, способной вызвать дистресс у любого индивидуума.

Б. Стойкие навязчивые воспоминания и реминисценции «оживлением» психотравмирующего фактора, а также повторяющиеся сны и повторные переживания чувства горя и утраты в ассоциирующихся с психотравмой обстоятельствах.

В. Избегание или стремление избежать обстоятельств, напоминающих о психотравме.

Г. Любое из двух:

1. Психогенная частичная либо полная амнезия событий в период воздействия психотравмирующего фактора.

2. Стойкие симптомы повышения возбудимости и сенситивности, не наблюдавшиеся до воздействия психотравмирующего фактора и представленные любыми двумя проявлениями:

а) затруднение засыпания или глубины и продолжительности сна;

б) повышенная раздражительность или вспышки гнева;

в) затруднения концентрации внимания;

г) повышение уровня бодрствования;

д) усиленный рефлекс четверохолмия, когда при внезапном воздействии раздражителей (световых, зрительных, слуховых, тактильных) наблюдается вздрагивание, вскакивание, вскрикивание или «застывание», сопровождающиеся вегетативными проявлениями.

Д. Критерии Б, В и Г должны возникать в течение шести месяцев после психотравмирующей ситуации или сразу по окончании ее воздействия.

В МКБ-11 вместо рубрики F43 «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации» введен раздел «Расстройства, непосредственно связанные со стрессом». Данный раздел включает в себя: «Расстройство адаптации», «ПТСР», «Комплексное ПТСР». Помимо этого, в МКБ-11 выделен самостоятельный диагноз: «Пролонгированная реакция горя».

Острая реакция на стресс в МКБ-11 рассматривается как диагноз, требующий терапевтического вмешательства, но не относящийся к психическим расстройствам [20,30,34,85].

Основными изменениями по отношению к расстройствам, непосредственно связанным со стрессом, в МКБ-11 являются:

- более узкая диагностическая концепция ПТСР;
- новый диагноз «Комплексное ПТСР», соответствующий диагнозу МКБ-10 «Хроническое изменение личности после переживания катастрофы» (F62.0);
- новый диагноз «Пролонгированная реакция горя», используемый в случаях интенсивной, болезненной, приводящей к потере трудоспособности пациентов и аномально персистирующей реакции на тяжелую утрату;
- пересмотр квалификационных признаков «расстройства адаптации», включающий конкретизацию симптомов;
- изменение концепции «острой реакции на стресс», представление этого состояния как нормального, но требующего терапевтического вмешательства.

### **Классификация ПТСР в МКБ-11:**

#### **1. Посттравматическое стрессовое расстройство (6B40)**

Расстройство, которое развивается после воздействия экстремального угрожающего или ужасающего события или серии событий и характеризуется следующими признаками:

- 1) повторное переживание травматического события в настоящем времени в виде ярких навязчивых воспоминаний, сопровождающихся страхом или ужасом, флешбэками или ночными кошмарами;
- 2) избегание мыслей и воспоминаний о травматическом событии или избегание деятельности и ситуаций, напоминающих о травматическом событии;
- 3) состояние субъективного ощущения сохраняющейся угрозы, настороженность или усиленные реакции испуга.

Симптомы должны длиться не менее нескольких недель и вызывать значительное ухудшение функционирования.

#### **2. Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (6B41)**

Заменяет диагноз в МКБ-10 «Хроническое изменение личности после переживания катастрофы» (F62.0).

Расстройство, возникающее после воздействия чрезвычайного или длительного по своей природе стрессора, от воздействия которого трудно или невозможно избавиться (например, воздействие геноцида, сексуальное насилие над детьми, нахождение на войне, жестокое бытовое насилие, пытки или рабство и др.). Между действием стрессора и возникновением клинических проявлений, как правило, наблюдается латентный период. Данное расстройство

характеризуется основными симптомами ПТСР, а также развитием персистирующих и сквозных нарушений в аффективной сфере, отношении к самому себе и в социальном функционировании, включая трудности в регуляции эмоций, ощущение себя как униженного, побежденного и ничего не стоящего человека, трудности в поддержании взаимоотношений. Заменяет диагноз в МКБ-10 «Хроническое изменение личности после переживания катастрофы» (F62.0).

Диагноз включает дополнения к трем типичным кластерам симптомов ПТСР:

1. Стойкие длительные нарушения в аффективной сфере, повышенная эмоциональная реактивность или отсутствие эмоций;
2. Поведенческие нарушения: внезапные состояния ярости, саморазрушающее или безрассудное поведение, диссоциативные состояния;
3. Стойкие самоуничижительные представления, сопровождающиеся чувствами вины и несостоятельности;
4. Нарушения социального функционирования, трудности в поддержании близких или личных взаимоотношений, избегание вовлеченности в социальную жизнь.

Таким образом, в МКБ-11 выделены стержневые особенности ПТСР и диагноз комплексного ПТСР, включающий выраженные индуцированные дистрессом изменения личности и нарушения саморегуляции аффекта и межличностного функционирования.

### **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПТСР**

ПТСР развивается в течение периода, следующего за воздействием мощного психотравмирующего воздействия угрожающего или катастрофического характера, сопровождающегося экстремальным стрессом. В качестве этиологических факторов выступают события, которые способны вызвать дистресс практически у любого человека: природные и техногенные катастрофы, угроза жизни, участие в военных действиях, террористические акты, пребывание в плену или концентрационном лагере, свидетельство гибели другого человека, пытки, сексуальное насилие, жизнеугрожающее или инвалидизирующее заболевание (травма), получение известия о неожиданной или насильственной смерти близкого человека и др.

Таким образом, подчеркиваются психогенная природа расстройства и выходящая за рамки обычного человеческого опыта тяжесть психотравмы.

В клинической картине ПТСР выделяют следующую основную симптоматику [20,21,26,40, 62]:

1. Повторяющиеся аффективно насыщенные переживания психотравмирующего события (флэшбеки), представленные в ярких навязчивых воспоминаниях, реминисценциях или повторяющихся снах [26,62,62].

2. Избегание действий и ситуаций, напоминающих о психотравме, отстраненность от окружающего и самоограничительное поведение, эмоциональное притупление, ангедония [21,26,40,62].

3. Чрезмерное физиологическое и психомоторное возбуждение, повышенная чувствительность к внешним раздражителям, чрезмерно изменчивое настроение (гипервигилитет), настороженность и повышенная реакция испуга, бессонница, связанная с наплывом неприятных воспоминаний о травматическом событии [20,21,26,40,62].

Также у пациентов с ПТСР могут отмечаться следующие нарушения [25,26,62]:

- психогенная амнезия, частичная либо полная, в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора;
- формирование депрессивных переживаний, эпизодическая или генерализованная тревога;
- постоянное внутреннее напряжение, затрудняющее саморегуляцию эмоционального состояния, невозможность сдерживать вспышки гнева даже по незначительному поводу, острые вспышки страха, паники или агрессии, связанные с воспоминаниями о психотравме;
- нарушения сна (бессонница, затруднение засыпания, ночные кошмары), а также нарушения, связанные со сном: сомнамбулизм, сноговорение, гипнагогические и гипнопомпические галлюцинации;
- субъективно воспринимаемые затруднения запоминания и удержания в памяти информации, трудности воспроизведения. Расстройства памяти не связаны с истинными нарушениями функций памяти, а обусловлены нарушением концентрации внимания на фактах, не имеющих прямого отношения к травматическому событию;
- повышенный рефлекс четверохолмия на внезапные раздражители внешней среды (световые, зрительные, слуховые, тактильные): вздрагивание, вскакивание, вскрикивание или наоборот – «застывание». Иногда сопровождается повышением артериального давления, тахикардией и другими вегетативными симптомами);
- постоянное избегание ситуаций или стимулов, связанных с травмой, а также доходящая до степени оцепенения блокировка эмоциональных реакций, что может выражаться в следующем:

1. Усилия по избеганию мыслей, чувств или разговоров, связанных с психотравмой.
2. Усилия по избеганию действий, мест или людей, которые пробуждают воспоминания о психотравме.
3. Неспособность вспомнить о важных аспектах психотравмы, психогенная амнезия.
4. Снижение интереса к участию в ранее значимых видах деятельности.
5. Чувство отстраненности от остальных людей.
6. Снижение способности к чувствам.
7. Чувство отсутствия перспективы, отсутствие ожиданий по поводу женитьбы, детей или карьеры и др.

Указанные симптомы ПТСР можно условно разделить на четыре группы, соотношение которых в клинической картине необходимо учитывать при определении тактики лечения:

- симптомы интрузии: навязчиво повторяющиеся и угнетающие больного воспоминания, образы, мысли, ощущения и сновидения, тревога и вегетативные реакции при воспоминаниях о психотравме;
- симптомы избегания: избегание людей, мест и разговоров, связанных с психотравмой;
- симптомы возбудимости: пресомнические и интрасомнические расстройства, раздражительность, гневливость, настороженность и ощущение постоянной угрозы, гипервигилантность, нарушения концентрации внимания;
- негативная аффективность: безразличие, отстраненность, замкнутость, неспособность к эмпатии, снижение интереса к деятельности.

Согласно МКБ-10, симптомы ПТСР появляются в течение 6 месяцев после травматического события. Между действием стрессора и возникновением клинических проявлений, как правило, наблюдается латентный период [20,21,26,40,56,62].

Таким образом, ПТСР является тяжелым эмоциональным расстройством вследствие серьезного психотравмирующего события с нарушениями в социальной, личной или профессиональной сферах жизнедеятельности.

В развитии ПТСР отмечается ряд этапов. На первом этапе пациент погружен в мир связанных с травмой переживаний. В этот период наиболее выражены флешбэки, обостряются хронические соматические заболевания или манифестируют сексологические нарушения. Психические нарушения проявляются в чувствах беспомощности и растерянности, внезапном появлении пугающих образных воспоминаний, дереализации и деперсонализации. В этот

период особенно важно безотлагательное обращение за психотерапевтической и медико-психологической помощью [40,62].

На втором этапе воспоминания о психотравмирующей ситуации дезактуализируются, пациенты активно избегают любых напоминаний о пережитом, на первый план выступают гипервигилитет, раздражительность, конфликтность и агрессивность.

При этом клиническая динамика и прогноз течения ПТСР во многом зависят от сопутствующей психической и, в частности, от экзогенно-органической патологии головного мозга. Так, катамнестические исследования динамики ПТСР у ветеранов боевых действий показали нарастание выраженности органических расстройств и характерное видоизменение клинической картины с нарастающим преобладанием психопатоподобной и интеллектуально-мнестической симптоматики [5, 9, 21, 62].

## ДИАГНОСТИКА ПТСР

**Анамнез. Жалобы.** При сборе анамнеза пациентов с ПТСР для получения максимально объективной картины и большей точности диагностики рекомендуется соотносить полученные со слов пациента сведения с информацией из других источников [14,21,22,40]. При опросе оценивается давность психотравмирующих событий и факторы-триггеры манифестации ПТСР. Также необходимо учитывать отягощенность психотравматическим опытом в течение жизни и выявлять характерные симптомы-предикторы формирования ПТСР, а также оценивать эмоциональную и сенсорную насыщенность травматических воспоминаний, наличие интрузий и флэшбэков, проводить дифференциальный диагноз с другими психическими заболеваниями [20,21,40,105]. Также важно уделять внимание выявлению сопутствующих соматических заболеваний и зависимости от психоактивных веществ, определить личностные и характерологические особенности пациента [20,21,26,40]. Необходимо выявить актуальные стрессовые факторы, оценить социальные условия и наличие социальной поддержки, изучить межличностные взаимоотношения и актуальные психологические проблемы. Также необходимо оценить особенности копинг-стратегий и познавательной деятельности, суицидальный риск. С учетом определения всей совокупности признаков клинической картины определяются виды и объем психиатрической помощи.

Необходимо внимательно и тактично оценивать состояние пациента и динамику его состояния во время клинической беседы. Необходимо учитывать, что напоминание о психотравмирующем событии может выступать в качестве фактора оживления травматического

опыта.

Основные симптомы, характерные для пациентов с ПТСР, это наплывы ярких навязчивых воспоминаний о психотравмирующей ситуации, сопровождающиеся чувством страха, кошмарные сновидения, содержащие картины пережитого травматического опыта, чрезмерная настороженность, стремление избегать деятельности, ситуаций и людей, напоминающих о пережитом событии, патологическая тревога, страх, ощущение надвигающейся угрозы, неприятных или ужасных событий, невозможность почувствовать себя в безопасности, раздражительность, гневливость, эмоциональная лабильность, чувство отстраненности и эмоциональное притупление, утрата прежних интересов, а также вегетативные симптомы: ощущение жара, потливость, ощущение внутренней дрожи, зябкость или озноб, сердцебиение, повышенный мышечный тонус и др. Одновременно отмечается частичная или полная психогенная амнезия психотравмирующего события.

Часто ПТСР сопутствует коморбидная психическая и соматическая патология, которая может быть представлена разнообразными сочетаниями психопатологических состояний и соматических заболеваний и определяет необходимость выделения такой группы расстройств, как атипичное ПТСР [62,63,71,85, 151]. Наиболее часто выявляется коморбидность со следующими психическими расстройствами:

- экзогенно-органические заболевания головного мозга;
- рекуррентное депрессивное расстройство;
- биполярное аффективное расстройство;
- паническое расстройство;
- генерализованное тревожное расстройство;
- социальная фобия;
- специфическая фобия;
- диссоциативное расстройство;
- шизофрения,
- зависимость от психоактивных веществ.

Дифференциальный диагноз при ПТСР в первую очередь рекомендуется проводить со следующими психопатологическими состояниями: острая реакция на стресс (F43.0), расстройство адаптации (F43.2), хроническое изменение личности после катастрофы (F62.0) [21,40,132].

После внедрения МКБ-11 ПТСР необходимо будет дифференцировать с

Пролонгированной реакцией горя (6В42)–расстройством, при котором после смерти близкого человека сохраняется стойкая, значительно выраженная грусть и тоска по умершему, постоянные мысли о нем [3,15,24,28].

У пациентов с признаками ПТСР также необходимо исключать эндокринные заболевания и синдромы вследствие приема или отмены психоактивных веществ [1,11,12,26,27,28,29,30]:

- гипоталамическое расстройство;
- заболевание щитовидной железы;
- феохромоцитома;
- употребление ПАВ;
- синдром отмены производных бензодиазепа;на;
- побочные эффекты фармакотерапии (кортикостероидов, половых гормонов, психостимуляторов, препаратов для лечения заболеваний сердца).

**Физикальное обследование.** Физикальное и неврологическое обследование пациентов с симптомами ПТСР осуществляется для исключения вероятной соматической и неврологической патологии, требующей первоочередного или одновременного лечения. Оценивается соматический статус, проводится измерение роста и массы тела. Необходимо провести пальпацию щитовидной железы, оценить вегетативный статус, измерить пульс и артериальное давление– лежа и стоя. При осмотре кожных покровов оцениваются как стандартные параметры, так и выявляются повреждения и самоповреждения, следы инъекций[11,16,20,21,40].

**Лабораторные исследования.** Специфические лабораторные методы для диагностики ПТСР не разработаны, поэтому лабораторное обследование проводится для исключения соматических заболеваний и патологических состояний, маскирующих или видоизменяющих симптомы ПТСР. Рекомендуются клинический и биохимический анализ крови, общий анализ мочи [11,20,21,40]. При наличии клинических или анамнестических показаний исследуется содержание в сыворотки крови гормонов щитовидной железы: трийодтиронина и тироксина, а также тиреотропного гормона[20,21,40].

**Инструментальные исследования.** Основная цель инструментального обследования пациентов с ПТСР –это, как и при лабораторных исследованиях, исключение соматических и

неврологических заболеваний, сопровождающихся симптомами, сходными с симптомами ПТСР. Рекомендуется проведение ЭКГ, ЭЭГ, а также– при наличии клинических или анамнестических показаний–дуплексное сканирование транскраниальных артерий и вен и МРТ головного мозга [11,20,21,40].

**Клинико-психологическое психодиагностическое исследование.** ПТСР является заболеванием, на патогенез и клинические проявления которого большое влияние оказывают индивидуальные психологические факторы. Кроме того, высокую эффективность в лечении ПТСР показывает психотерапия. Поэтому необходимым является участие медицинских психологов в лечебно-диагностическом процессе с целью определения сохранных и нарушенных индивидуально-психологических особенностей пациента, выделения мишеней психотерапевтического воздействия, объективной оценки терапевтической динамики. Психологи могут применять психометрические шкалы и опросники, как для скрининга ПТСР, так и для оценки выраженности отдельных симптомов, терапевтической динамики, тяжести состояния. Поскольку в настоящее время признается биопсихосоциальная концепция психических расстройств и в том числе ПТСР, то для повышения эффективности лечебно-диагностических мероприятий целесообразно включение медицинских психологов в состав полипрофессиональных бригад, наряду с психиатром, психотерапевтом и социальным работником. Рекомендуется применение следующих психометрических шкал и опросников для пациентов, страдающих ПТСР [62,67,95,126]:

1. **Опросник для скрининга расстройств, связанных со стрессом.** Оригинальное название: Trauma Screening Questionnaire (Brewin C. R., Rose S., Andrews B., Green J., Tata P., Mc Evedy, C., Turner 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.). Содержит десять вопросов, связанных с реакциями личности на травматическое событие. При заполнении испытуемый отвечает «да», если испытывал симптомы дважды или чаще в течение недели, или «нет»– если не испытывал. Тест выявляет основную психопатологическую симптоматику, типичную для психических расстройств, связанных со стрессом. Для верификации выявленных при тестировании симптомов необходимо проведение клинического интервью и дополнительных тестовых методик.

2. **Структурированное клиническое диагностическое интервью (СКИД).** Оригинальное название: Structured Clinical Interview for DSM (SCID). (Посттравматическое стрессовое расстройство. / Под ред. В.А. Солдаткина: Изд-во РостГМУ, 2015.– 624 с.). Опросник включает

несколько диагностических модулей, позволяющих диагностировать группы психических расстройств: аффективные, тревожные, психотические, вызванные употреблением ПАВ и др. Можно применять модули отдельно, в частности – модуль ПТСР. При выявлении у пациента симптомов, связанных с воздействием психотравмы, используются другие блоки для определения феноменологии и оценки степени выраженности симптоматики. В случае необходимости для постановки окончательного диагноза дополнительно привлекаются эксперты.

3. **Клиническая шкала для выявления ПТСР – CAPS.** Оригинальное название: Clinical administered PTSD scale – CAPS. («Посттравматическое стрессовое расстройство». // Клинические рекомендации. Российское общество психиатров. Межрегиональное общество физической и реабилитационной медицины. // <https://psychiatr.ru>). К применению предлагается два варианта, первый из которых позволяет оценить тяжесть ПТСР, второй – оценить динамику симптоматики за последние две недели. Каждый симптом оценивается по пятибалльной шкале с учетом интенсивности и частоты проявления. Опросник применяется в дополнение к Структурированному клиническому интервью.

4. **Шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС).** Оригинальное название: Impact of Event Scale – R – IES-R. (Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса — СПб: Питер, 2001. — 272 с.). Опросник предназначен для выявления, определения степени выраженности и структуры симптомов ПТСР. Шкала состоит из трех субшкал: «вторжение», «избегание», «возбудимость». При шкалировании каждый пункт оценивается по пятибалльной системе. Субшкала «вторжение» позволяет выявлять у испытуемого ночные кошмары и навязчивые мысли, связанные с травмирующим событием; субшкала «избегание» выявляет симптомы избегания или избегания переживаний, связанных с влиянием травматического события; субшкала «физиологическое возбуждение» выявляет раздражительность, избыточные реакции испуга, избыточную психомоторную активацию при воспоминании о психотравме, бессонницу. Методика валидизирована и прошла кросс-культурную апробацию. Зарекомендовала себя как надёжный инструмент для выявления ПТСР, особенно при использовании с другими психодиагностическими методиками.

5. **Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций** (гражданский и военный варианты). Оригинальное название: Mississippi Scale (Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса СПб: 2001. – 272 с.) Шкала является клинической тестовой методикой, разработанной для диагностики ПТСР у военнослужащих, а также у гражданских лиц с установленным диагнозом ПТСР. Содержит 35 вопросов в «военном»

варианте и 39– в «гражданском». Имеются три группы вопросов, которые адресованы к выявлению трех основных проявлений ПТСР: симптомов вторжения, симптомов избегания, симптомов возбудимости. Дополнительно представлены вопросы для выявления чувства вины и суицидальных намерений. Шкала обладает высокой чувствительностью и специфичностью при диагностике ПТСР.

6. **Шкала оценки интенсивности боевого опыта Т. Кина.** Оригинальное название: Combat Exposure Scale. (Посттравматическое стрессовое расстройство / под ред. В.А. Солдаткина; ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России.– Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2015.– 624 с.) Шкала предназначена для оценки частоты и продолжительности участия военнослужащих в особых экстремальных ситуациях в ходе боевых действий с использованием количественных параметров. Методика включает всего семь вопросов, ответ на каждый вопрос ранжируется испытуемым от 0 до 3 или от 0 до 4, в соответствии с имеющимся у него боевым опытом. Более высокие показатели свидетельствуют о возрастающей вероятности переживания испытуемым травматического опыта.

7. **Шкала оценки выраженности психофизиологической реакции на стресс.** (Клиническая психометрика: учебное пособие / В. А. Солдаткин, А. И. Ковалев, М. Н. Крючкова и др.; Ростов-на-Дону: Изд-во РостГМУ, 2020. – 352 с.) Шкала применяется для определения выраженности у индивидуума психофизиологической реакции на стресс как предиктора ПТСР. Выявляется частота проявления того или иного симптома и вероятность развития ПТСР, которая определяется по числу набранных баллов.

8. **Опросник перитравматической диссоциации.** (Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса– СПб: Питер, 2001.– 272 с.). Опросник включает девять вопросов, касающихся переживаний пациента в тот период, когда происходило психотравмирующее событие. В предлагаемых вопросах описаны различные диссоциативные состояния. Ответы даются по пятибалльной шкале. После подсчета общего балла по 9 пунктам испытуемый относится к группе «здоровые» или к группе «посттравматическое стрессовое расстройство».

9. **Шкала безнадежности Бека.** Оригинальное название: Beck Hopelessness Scale (BHS). (Посттравматическое стрессовое расстройство / под ред. В.А. Солдаткина;– Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2015.– 624 с.). Шкала измеряет выраженность негативного отношения по отношению к субъективному будущему. Состоит из двадцати утверждений. Испытуемый проставляет «верно/неверно» напротив каждого утверждения опросника. Данная методика является чувствительным косвенным индикатором суицидального риска у пациентов с ПТСР и другими нозологиями. По результатам обработки предлагаются оценки: «В пределах нормы», «Легкая

безнадежность», «Умеренная безнадежность», «Тяжелая безнадежность».

**10. Опросник оценки терапевтической динамики ПТСР.** Оригинальное название: «Treatment Outcome PTSDS Scale» (Посттравматическое стрессовое расстройство.//Под ред. В.А. Солдаткина,– Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2015.– 624 с.). Применение опросника осуществляется интервьюером, который определяет максимально индивидуально значимое травматическое событие и оценивает, насколько вызванные этим событием симптомы мешали пациенту в течение предшествующей исследованию недели. Подсчитывается сумма баллов по каждому вопросу. Количественное изменение суммы баллов отражает терапевтическую динамику.

При оценке данных, полученных с использованием опросников, необходимо учитывать влияние самооценки испытуемых на результаты. С одной стороны, это ограничивает получаемые результаты в плане объективности. С другой стороны, такая самооценка имеет преимущество, поскольку с ее помощью исследователь может полнее раскрыть индивидуально-психологические особенности пациента и их взаимодействие со средовыми влияниями. Также полученные с использованием опросников данные должны быть сопоставлены с результатами применения клинических методов, в том числе большое значение имеет анализ динамики психического и психологического статуса пациента, его изменений после психотравмы в сопоставлении с доболезненными особенностями.

## ЛЕЧЕНИЕ

Биологические механизмы развития ПТСР в настоящее время точно не определены. Имеющиеся гипотезы связывают патогенез ПТСР с дисфункцией нейросетей, синаптической дизрегуляцией, снижением пластичности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, нейроэндокринными и воспалительными нарушениями. Важная роль признается за процессами киндлинга (повторяющиеся подпороговые стимулы при длительном влиянии активируют негативную реакцию) и сенсibilизации (повторные негативные воздействия вызывают прогрессивное усиление ответных реакций) [180,181].

**Психофармакотерапия.** После установления диагноза ПТСР пациентам в качестве препаратов первой линии рекомендуются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). Действие этих антидепрессантов направлено на редукцию аффективных нарушений и снижение чувствительности к внешним стимулам, запускающим повторное

переживание травматического опыта, а также – на снижение интенсивности интрузий (непроизвольных наплывов повторных переживаний психотравмы). В течение первых 4–6 недель возможна монотерапия СИОЗС, которая начинается с минимальных дозировок и постепенно повышается до терапевтических. Вариант лечения следует выбирать индивидуально с учетом клинических характеристик заболевания и спектра действия препарата. Поскольку анксиолитический эффект СИОЗС развивается в течение относительно длительного периода – от двух до восьми недель, на первом этапе лечения рекомендуется применять комбинацию СИОЗС с производными бензодиазепа. Особенно они показаны при выраженной тревоге и вегетативных нарушениях. В случае недостаточной терапевтической эффективности дозировки препарата из группы СИОЗС повышаются. После достижения стабильного терапевтического эффекта рекомендовано продолжать терапию 6–12 месяцев [103, 108, 125]. К преимуществам антидепрессантов из группы СИОЗС относятся хороший профиль эффективности-переносимость-безопасность и возможность однократного приема в течение суток. К недостаткам – относительно медленное становление терапевтического эффекта, риск усиления тревоги в начале лечения, вероятность временного ухудшения сексуальной функции и появление желудочно-кишечных расстройств. Противопоказанием для приема производных бензодиазепа является высокий риск формирования зависимости. Как в начале лечения, так и на его протяжении необходимо оценивать возможное усиление тревожной симптоматики и суицидальный риск [125, 127].

Пациентам с ПТСР с преобладанием выраженной раздражительности, тревоги и вегетативных нарушений на первом этапе лечения рекомендуется кратковременное применение препаратов из группы производных бензодиазепа: 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. [2, 4, 49, 91, 119, 172]. Преимуществами препаратов этой группы являются быстро развивающееся анксиолитическое и вегетотропное действие, хорошая переносимость и широкое терапевтическое окно. Перед назначением бензодиазепинов необходимо собрать наркологический анамнез, не назначать их пациентам с риском формирования зависимости от психоактивных веществ. Ряд специалистов придерживается той точки зрения, что производные бензодиазепа эффективны в короткой перспективе, но при длительном использовании способны усиливать симптомы избегания и социальную дезадаптацию, а также оказывать негативное влияние на когнитивные функции и эффективность психотерапии [46, 119]. Поэтому длительность применения производных бензодиазепа рекомендуется ограничивать 3-4

неделями. Длительное применение производных бензодиазепаина оправданно в случае отсутствия ответа или непереносимости других психофармакологических средств. Однако необходимо учитывать, что большинство производных бензодиазепаина были одобрены для терапии тревожных состояний еще до выделения ПТСР как самостоятельной нозологии и рандомизированные клинические исследования их эффективности для лечения ПТСР не проводились. Относительно часто пациенты, которым назначаются бензодиазепины, превышают рекомендуемые дозировки. Также применение этих препаратов может сопровождаться рядом нежелательных эффектов: миорелаксацией, седацией, нарушением концентрации внимания, головокружением. Кроме того, существует риск формирования лекарственной зависимости и синдрома отмены после прекращения их приема. Учитывая это, особое внимание необходимо уделять формированию комплаентности пациента, а также необходимо ограничиваться короткими курсами терапии, не более 4 недель [35].

Из группы бензодиазепиновых производных выделяется тофизопам, который отличается расположением нитрогруппы и специфическими характеристиками. К нему не развивается физическая зависимость, отсутствуют седативный и миорелаксанта́ный эффекты. Также данный препарат не ухудшает когнитивное функционирование. При этом тофизопам проявляет значительный вегетостабилизирующий эффект. В открытом исследовании была показана эффективность тофизопама при терапии ПТСР у пациентов с преобладанием эмоционального напряжения, тревоги и вегетативных расстройств, которые сочетались с астено-апатической симптоматикой. Тофизопам рекомендуется принимать по 50-300 мг в сутки. При внезапном ухудшении состояния рекомендуется однократный прием 1-2 таблеток. Общая длительность терапии составляет 4-12 недель. Препарат может комбинироваться с другими лекарственными средствами.

В качестве альтернативы бензодиазепиновым анксиолитикам при лечении пациентов с ПТСР применяется этифоксин, показавший высокую эффективность при лечении тревожных расстройств [68, 150, 153, 172]. Его преимуществом является отсутствие типичных для бензодиазепинов побочных эффектов и способности к формированию аддикции. К нежелательным эффектам этифоксина относятся сонливость, аллергические реакции, гепатит, маточные кровотечения. Этифоксин применяется в дозе 50-150 мг/сут., продолжительность лечения до 4-6 недель. Препарат может применяться в комбинированной терапии с другими психофармакологическими средствами.

Так же при лечении ПТСР применяются другие небензодиазепиновые анксиолитики – гидроксизин и буспирон [122, 136]. Гидроксизин обладает седативным, спазмолитическим и

анальгетическим эффектами, оказывает симпатолитическое действие. При пероральном применении седативный эффект наступает через 30-45 минут. Рекомендуется принимать по 25-100 мг в сутки. Особенностью гидроксизина является индивидуальная изменчивость терапевтического эффекта, определяющая необходимость применения низких доз в начале лечения. Оптимальная терапевтическая доза подбирается постепенно, длительность лечения составляет 4-8 недель.

Буспирон не обладает ни миорелаксантами, ни противосудорожными свойствами и не замедляет психомоторные функции. Его седативный эффект значительно слабее, чем у производных бензодиазепа, но анксиолитическая активность не уступает их действию. Буспирон не вызывает привыкания и синдрома отмены. Его недостатком можно считать относительно медленное развитие терапевтического эффекта, который начинает проявляться только с седьмого дня и достигает максимальной выраженности через 4 недели лечения. Поэтому буспирон не рекомендуется применять для купирования тревожных состояний. Начальная суточная доза составляет 15 мг, а терапевтическая суточная доза – 20-30 мг.

В качестве альтернативы бензодиазепиновым и небензодиазепиновым транквилизаторам при ПТСР с преобладанием тревоги и эмоционального напряжения, а также вегетативных и соматоформных расстройств рекомендовано применение алимемазина в дозе 15-80 мг/сут. [10,37,53]. Курсовое лечение необходимо начинать с приема 2,5-5 мг в вечернее время с постепенным увеличением суточной дозы до ожидаемого эффекта. Суточная доза, как правило, распределяется на 3-4 приема. Длительность курсового лечения может составлять от 2 до 6 и более месяцев. При необходимости седативного или снотворного эффекта алимемазин может применяться однократно или эпизодически.

При нарушениях непрерывности, цикличности и структуры сна, сопровождающихся выраженными ночными кошмарами, рекомендовано применение альфа-адреноблокатора празозина, который снижает повышенную при ПТСР центральную норадренергическую активность. Празозин применяется в суточной дозировке 1-10 мг/сут. Присоединение празозина к основной терапии СИОЗС показало значительное положительное влияние на качество сна при ПТСР по сравнению с плацебо. А назначение пропранолола перед сеансами психотерапии снижало тяжесть субъективного восприятия воспоминаний о психотравме и уменьшало выраженность вегетативных реакций [116,179].

В качестве препаратов второй линии при ПТСР рекомендовано применение неселективных ингибиторов обратного захвата моноаминов, amitриптилина в дозе 75-150 мг/сут., имипрамина по 75-250 мг/сут., мirtазапина по 30-60 мг/сут. [18, 20, 26, 58, 70].

Длительность терапии также составляет 6-12 месяцев. При этом необходимо учитывать выраженность побочных эффектов и связанную с этим более низкую комплаентность пациентов к терапии этими препаратами. Кроме того, поскольку эти лекарственные средства обладают высоким риском передозировки, они не рекомендуются пациентам с высоким суицидальным риском.

Назначение препаратов третьей линии рекомендуется пациентам с ПТСР при недостаточной эффективности применения антидепрессантов и анксиолитиков [127]. В этих случаях могут быть назначены антиконвульсанты (ламотриджин 25-500 мг/сут.) [128], нейрелептики: перициазин (30-100 мг/сут.), тиаприд (200-300 мг/сут.), хлорпротиксен (25-150 мг/сут.), рисперидон (0,5-8 мг/сут.), кветиапин (50-300 мг/сут.), оланзапин (5-20 мг/сут.) [11, 17, 61, 75, 82, 83].

При назначении ламотриджина следует помнить о необходимости постепенного наращивания дозировок ввиду риска появления кожных высыпаний, достигающих клиники токсического эпидермального некролиза. Ламотриджин может назначаться в дополнение к основному лечебному курсу в качестве корректора поведения, когда на первый план выступают гневливость, эксплозивность и агрессия. Также пациентам с проявлениями в клинической картине эксплозивности и поведенческих расстройств рекомендовано назначение перициазина, хлорпротиксена или алимемазина. Показаниями для назначения препаратов с более выраженными антипсихотическими свойствами являются как отсутствие эффекта на предыдущие курсы терапии, так и наличие таких симптомов, как выраженные флэшбеки, дезорганизованное или диссоциативное поведение [83,125,163, 181]. Необходимо учитывать, что для лечения пациентов с ПТСР рекомендуется использовать более низкие дозы препаратов, чем стандартные. [10, 17, 161].

Нонреспондерами считаются пациенты с ПТСР, которые получали лечение одним или двумя разными СИОЗС в максимально переносимой дозе в течение 8-12 недель и имеют менее 70% улучшение по шкале CAPS. В этих случаях назначение антипсихотиков в низких дозировках в дополнение к стандартной схеме лечения значительно повышает эффективность терапии [17, 18, 161].

Пациентам с ПТСР рекомендуется проводить лечение длительностью около одного года после достижения устойчивого терапевтического эффекта. Это необходимо для стабилизации эффекта и профилактики рецидивов [88]. В случае отсутствия достаточного эффекта психофармакотерапии рекомендуется удостовериться в том, что препарат был использован в

максимальной терапевтической дозе и при хорошем комплайнсе пациента, так как нарушение режима приема препарата является причиной формирования резистентности к лечению в значительной части случаев. Нарушения режима терапии могут быть связаны с наличием побочных эффектов, слабой включенностью пациента в ход лечебного процесса, отсутствием субъективно достаточного для пациента эффекта от лечения [86, 108]. Для повышения комплаентности следует проводить психообразовательные беседы, рекомендовать пациенту ведение дневника приема лекарств или соответствующее телефонное приложение.

У пациентов с ПТСР рекомендуется оценивать такие нежелательные эффекты психофармакотерапии, как: седация, сонливость, заторможенность, задержка мочеиспускания, запор, понос, тошнота, головные боли, головокружение, нарушение координации, нарушение концентрации внимания, нарушение памяти, формирование зависимости и толерантности к препаратам и др. Это позволяет снизить вероятность развития побочных эффектов и осложнений от проводимой терапии [47,88]. При амбулаторном назначении психофармакотерапии рекомендуется осуществлять оценку непереносимости и эффективности не реже одного раза в 7 дней до 28-го дня лечения, а затем – один раз в 4 недели [88]. Эффективность монотерапии рекомендуется оценивать на 4-6-й неделе лечения и, при необходимости, проводить смену препарата или осуществлять переход на комбинированные схемы лечения [88].

Значительный вклад в повышение эффективности фармакотерапии вносит персонализированный подход к пациентам, а также квалификация врача, его способность сопоставлять клинические проявления со спектром психотропной активности того или иного лекарственного препарата. Персонализированный подход и преимущества индивидуального выбора препарата определяют возможность достижения наилучших результатов лечебного процесса.

**Психотерапия.** Психотерапия в настоящее время рассматривается как терапия первого выбора при ПТСР. Исследование эффективности психотерапии в лечении ПТСР началось сразу же после выделения ПТСР в самостоятельную нозологию. Поэтому уже собрана значительная доказательная база эффективности применения психотерапии при данной патологии [7, 8, 31, 52, 57, 60, 92, 96].

Большое количество источников подтверждают эффективность при ПТСР когнитивно-поведенческой психотерапии. Выявлена более длительная сохранность эффекта лечения после когнитивно-поведенческой психотерапии по сравнению с фармакотерапией [78,89,90,106].

Другие методы психотерапии могут быть не менее эффективными, чем когнитивно-поведенческая психотерапия, однако имеют меньшую доказательную базу [78,80,81,113]. При выборе метода психотерапии для практического применения при ПТСР необходимо учитывать как индивидуально-психологические особенности пациента, так и его мотивацию, а также возможность применения какого-либо психотерапевтического метода [67,72,76].

В организации психотерапевтической помощи необходимо использовать следующие принципы:

- 1) дестигматизации психиатрической помощи при работе с пострадавшими;
- 2) конструктивного сотрудничества;
- 3) разумной кооперации;
- 4) разумной продолжительности.

Противопоказаниями к психотерапевтическому лечению пациентов с ПТСР являются [149]:

- 1) страх перед самораскрытием и преобладание отрицания в комплексе характерных механизмов психологической защиты;
- 2) недостаточная мотивация к изменениям, вторичная выгода от болезни;
- 3) низкая интерперсональная сензитивность, неспособность к активной вербализации и слушанию в индивидуальной и групповой психотерапии;
- 4) невозможность регулярного посещения сеансов психотерапии;
- 5) наличие характерологических особенностей, не позволяющих конструктивно участвовать в индивидуальной и групповой психотерапии и анализировать свое психологическое состояние;
- 6) состояние алкогольного или наркотического опьянения;
- 7) психотическое состояние.

Целью применения психотерапии у пациентов с ПТСР является преодоление последствий психической травмы, снижение тревоги, напряжения, коррекция мышления и эмоционального состояния. В качестве метода с наибольшей доказательной базой пациентам с ПТСР рекомендовано применение травма-сфокусированной когнитивно-поведенческой психотерапии (ТФ-КПТ), в том числе таких ее вариантов, как когнитивно-процессуальная психотерапия, когнитивная психотерапия, когнитивная психотерапия с пролонгированной экспозицией, нарративная экспозиционная психотерапия. Также эффективно применяется десенсибилизация и переработка психической травмы движениями глаз (ДПДГ)

[81,97,99,123,133,135,166,184]. Сеансы психотерапии проводятся еженедельно, как индивидуально, так и в группе. При этом решаются задачи модификации пессимистических и катастрофических оценок и психотравмирующих воспоминаний, преодоления поведенческих и когнитивных паттернов, поддерживающих избегание и препятствующих социальному повседневному функционированию. Длительность курса когнитивной психотерапии составляет 15-20 сессий [106, 107, 178].

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 психотравмы и поддерживающими ощущения постоянной угрозы, рекомендован диалог между психотерапевтом и пациентом или между пациентами, основывающийся на дискуссии в поисках решения проблемы (Сократовский диалог). Дополнительной мишенью являются дисфункциональные когнитивные и поведенческие паттерны, которые блокируют адаптивные стратегии преодоления, а также восстановление последовательных воспоминаний о травматическом событии, поиск безопасности, подавление мыслей.

Пациентам с ПТСР рекомендовано использование когнитивно-процессуальной психотерапии с целью преодоления избегания, связанного с травматическим опытом, выработки новой концептуализации и обучения навыкам проблемно-решающего поведения [127, 140, 165]. Метод показал свою эффективность в работе с разными видами травматических воздействий, стандартный протокол включает 12 сессий. Используется психообразование, ведение дневника автоматических мыслей, выявление дезадаптивных мыслей, поддерживающих симптомы ПТСР, Сократовский диалог. На заключительном этапе совершенствуются навыки оценки и корректировки убеждений, связанных с травматическим событием, а также закрепляются адаптивные стратегии преодоления, основной задачей становится улучшение повседневного функционирования и качества жизни пациента. Индивидуальная когнитивно-поведенческая психотерапия с пролонгированной экспозицией проводится с целью повышения переносимости неприятных стимулов, чувств и воспоминаний, связанных с травматическим опытом [114, 115, 147, 152, 158]. Длительность терапии составляет в среднем 3 месяца с еженедельными занятиями продолжительностью 60-120 мин. Как правило, проводится от 8 до 15 сессий, но в ряде случаев рекомендовано проведение 15--20 сессий. Вначале терапии психотерапевт предлагает вниманию пациентов план лечения и подтверждает психотравматический опыт.

Затем проводится обучение навыкам совладания с применением дыхательных упражнений. После этого проводится собственно экспозиция, для успешного проведения которой должен быть сформирован терапевтический альянс и атмосфера безопасности. В условиях эмоциональной поддержки пациент «переживает столкновение с пугающими стимулами». Экспозиция может проводиться как в воображении, так и в качестве домашнего задания. Хорошо себя зарекомендовало применение программ виртуальной реальности. Каждый зрительный стимул повторяется до тех пор, пока уровень дистресса не снизится существенно по сравнению с первоначальным предъявлением. Следующая сцена предъявляется после того, как пациент подтвердит свою готовность, поскольку задача данного метода психотерапии – сделать дискомфорт переносимым. Длительность сессии 45-60 мин. Темп психотерапии определяется состоянием и индивидуальными особенностями пациента [147, 152].

Использование индивидуальной нарративной экспозиционной терапии занимает от 4 до 10 сессий, достаточных для проработки травматических переживаний [184]. В нарративной экспозиционной психотерапии особенно важным в поведении психотерапевта являются сочувствующее внимание, активное слушание, безусловное позитивное принятие и поддержание терапевтического альянса. Под руководством психотерапевта пациент в хронологическом порядке создает свое жизненное повествование, находя связь во множестве событий (нарратив), концентрируясь в основном на травматическом опыте, но также включая позитивные события. Таким образом, объединяется контекст когнитивных, аффективных и сенсорных воспоминаний о травме. Создавая нарратив, пациент из фрагментарных воспоминаний формирует последовательную биографическую историю, объединяя психотравмирующие эпизоды, настоящее и будущее. При этом травматический опыт определяется как один из жизненных эпизодов.

Для переработки травматического опыта пациентам с ПТСР рекомендовано использование методики «Десенсибилизация и переработка психотравмы с помощью глазодвигательных движений» [20,81,99,107]. Данная методика – это метод конфронтации с травматическим опытом путем применения направленной билатеральной стимуляции (ритмичных движений глазами) с одновременным образным представлением травматического события. При этом происходит стимуляция двойного фокуса внимания. Помимо глазных движений возможно использование звуковой стимуляции или постукивания по различным частям тела, что обеспечивает одновременную десенсибилизацию и когнитивное переформатирование, а также интеграцию травматических воспоминаний и уменьшение выраженности симптомов ПТСР. Этот метод индивидуальной психотерапии рекомендуется

проводить в течение 6-12 ежедневных сессий. Метод основывается на том, что эмоциональная травма нарушает работу системы переработки информации и способствует формированию интрузионных симптомов посттравматического синдрома. Движения глаз (или другие альтернативные раздражители) активируют информационно-перерабатывающую систему и восстанавливают ее равновесие.

С целью формирования альтернативной оценки травматического опыта пациентам с ПТСР рекомендуется использовать индивидуальную диалектическую бихевиоральную психотерапию. Метод особенно эффективен в случаях длительной или множественной травматизации [78]. Формирование альтернативной оценки травматического опыта позволяет пациентам выработать оптимальный паттерн поведения в процессе сопоставления альтернативных поведенческих стратегий. Психотерапевт помогает найти оптимальный баланс между принятием и изменением.

Хорошо зарекомендовало себя использование метода биологической обратной связи (БОС). Данный метод применяется у пациентов с ПТСР для снижения тревоги и напряжения, а также для обучения пациентов навыкам саморегуляции. Стандартный протокол включает в себя 10 сеансов БОС [101,169,186].

**Комплексная терапия.** Комбинация психофармакотерапии и психотерапии признана в РФ основной терапевтической стратегией для пациентов с ПТСР, поскольку считается, что такое лечение обеспечивает более высокую терапевтическую эффективность [20,24,44,88]. Некоторыми исследователями, однако, сделаны выводы о необходимости продолжения поиска способов повышения эффективности терапевтических подходов при ПТСР [33]. В то же время результатами клинических исследований подтверждается самостоятельная эффективность как психофармакотерапии у пациентов с ПТСР, так и психотерапии [25,59,139,149].

По нашему мнению, при лечении пациентов с ПТСР приоритет остается за индивидуально подобранной комбинированной терапией, когда, в зависимости от индивидуальных клинических и психологических особенностей пациентов, применяется индивидуальная комбинация психофармакотерапии и психотерапии. Психофармакологические средства широко используются в лечении ПТСР, поскольку их применение требует меньше временных и квалифицированных кадровых ресурсов. Соотношение фармакотерапии и психотерапии зависит от ряда факторов, в том числе от клинической симптоматики, готовности и согласия пациента применять рекомендованные методы лечения, организационных и кадровых ресурсов. Также имеются показания и противопоказания, как для

психофармакологического, так и для психотерапевтического лечения [138,149].

**Нелекарственные методы лечения.** Нелекарственные методы биологической терапии пациентов с ПТСР признаны достаточно эффективными и рекомендуются к дальнейшему применению и разработке. В значительной степени применение этих методов рекомендуется при лечении пациентов с терапевтической резистентностью. Однако имеются и другие показания к их применению. В частности, транскраниальная терапия постоянным электрическим током рекомендуется для коррекции когнитивных и эмоциональных нарушений у пациентов с ПТСР. Применение этой методики изменяет возбудимость коры головного мозга. Процедуру рекомендуется проводить ежедневно, 10-15 сеансов на курс лечения.

Ритмическая транскраниальная магнитная стимуляция (рТМС) у пациентов с ПТСР рекомендована для купирования корковых очагов возбуждения [104,110,160,162]. Применять эту методику необходимо ежедневно, длительность одной процедуры должна составлять 15-20 мин, а курс лечения – 10-12 процедур. В зависимости от точки приложения меняются и терапевтические эффекты этого метода. Улучшение настроения и уменьшение общих симптомов ПТСР отмечается после воздействия на область левой дорсолатеральной префронтальной коры, тогда как снижение тревожности отмечается после воздействия на правую дорсолатеральную префронтальную кору. Возможно сочетание данной методики с применением БОС, когда пациенты получают слуховой или визуальный стимул, дублирующий нейронный сигнал, и могут обучаться произвольной регуляции функциональной активности головного мозга.

Применение аудиовизуальной полисенсорной релаксации у пациентов с ПТСР рекомендуется для восстановления подкорковой активности головного мозга [100]. Осуществляется непрерывное воздействие на орган зрения излучением красного спектра в течение 30 мин, что способствует активации экстраокулярной фотонейроэндокринной системы. Процедуры рекомендуется проводить 2 раза в неделю, всего на курс лечения – 15 процедур.

Хорошо зарекомендовал себя при лечении пациентов с ПТСР такой метод традиционной медицины, как акупунктура. Применение акупунктуры позволяет купировать длительное устойчивое возбуждение ЦНС [121,124,141,159]. Применяется как классическая, так и аурикулярная методики воздействия. Используется тормозной метод. В случае отсутствия эффекта методику меняют и переносят применение тормозного метода на одну сторону тела, а на другой стороне используют возбуждающий метод. Продолжительность курса рефлексотерапии – 8-12 процедур.

Метод биологической обратной связи (БОС) рекомендуется пациентам с ПТСР для обучения саморегуляции в отсутствие внешней стимуляции [64,69,89,125]. Применение биологической обратной связи обеспечивает обратную связь в режиме реального времени и, как правило, включает в себя функциональную цепочку «мозг–компьютер».

Одним из последних нелекарственных методов, рекомендованных к применению у пациентов с ПТСР, является «Технология виртуальной реальности». Применение этой технологии повышает устойчивость пациентов к действию психотравмирующих стимулов [195,199,202]. Погружение пациентов в мультисенсорную виртуальную среду, адаптированную к специфическим раздражителям, и возможность контроля за развитием предлагаемой виртуальной ситуации дают возможность изменить восприятие психотравмирующих обстоятельств пациентом.

Для терапии астенических состояний у пациентов с ПТСР хорошо зарекомендовала себя гидротерапия [87, 118]. Применяют ванны с пресной водой 38<sup>0</sup>С. Лечебные ванны лучше принимать ежедневно, курсами по 10 процедур. С целью повышения тонуса нервной системы применяются ароматические и скипидарные, а также контрастные ванны. Наряду с ваннами рекомендуются душевые процедуры нисходящими душами среднего давления (душ дождевой и душ игольчатый), применяют с холодной (18-20<sup>0</sup>С) и с теплой (40-42<sup>0</sup>С) водой. Возможно применение душей с чередованием холодной и горячей воды в течение одной процедуры. Длительность каждой процедуры составляет от 3 до 7 мин. Также рекомендуется применение струевых душей (душ Шарко и циркулярный душ), которые назначают ежедневно или через день. Длительность каждой процедуры рекомендуется от 3 до 5 мин, а курс лечения –10-15 процедур.

### **Реабилитация и санаторно-курортное лечение**

Лечебно-реабилитационные мероприятия у пациентов с ПТСР используются в динамике комплексного лечения. Они способствуют повышению эффективности лечебно-реабилитационного процесса и повышению качества жизни пациентов, а также улучшают их ресоциализацию [69,89,123,131,133,139,146]. В целом реабилитационные мероприятия направлены на формирование или восстановление недостаточных или утраченных во время болезни когнитивных, эмоциональных и адаптационных ресурсов личности. Наиболее эффективно реабилитационные мероприятия осуществляются полипрофессиональной бригадой, куда входят врач-психиатр, психотерапевт, клинический психолог, специалист по социальной работе. Медико-психологическая реабилитация, как правило, проводится в групповом варианте

и направлена на редукцию остаточной психопатологической симптоматики, а также на решение вопросов дестигматизации и сокращение сроков социально-трудового восстановления [8,32,36,41,50,54]. В комплексе медико-психологической и психосоциальной реабилитации применяются такие методики, как психообразование, когнитивно-поведенческая психотерапия, социоцентрированная и психоцентрированная психотерапия. Также на завершающей стадии лечебно-реабилитационного процесса необходимо учитывать важность сохранения приверженности пациентов к продолжению лечения и реабилитации в дальнейшем. Реабилитационные мероприятия могут проводиться в индивидуальной, групповой или семейной форме. Применяются такие методы, как семейная психотерапия, профессиональная суппортивная психотерапия, клиничко-психологические и психосоциальные тренинги, семейное клиничко-психологическое консультирование. Перед применением с конкретной группой пациентов рекомендуется проводить индивидуально-психологическую адаптацию реабилитационной программы.

Высокую эффективность при реабилитации пациентов с ПТСР показали лечебные физические упражнения с индивидуальным дозированием нагрузки. Применение лечебной физкультуры способствует повышению функциональной пластичности головного мозга [55,123,133,139,146,155,177]. Физические упражнения под контролем врача или инструктора рекомендуется начинать на ранних этапах реабилитации. Положительное влияние физических упражнений на симптомы ПТСР выражается в снижении проявлений депрессии и тревоги, повышении качества сна и качества жизни. Рекомендуются комбинированные упражнения, тренировки с отягощениями, аэробные упражнения, силовые упражнения. Занятия продолжительностью 15-20 мин проводят 2-3 раза в неделю на протяжении не менее 4 недель. При выполнении физических упражнений важным аспектом является сочетание дыхания с различными движениями. Хорошо зарекомендовала себя самостоятельная дыхательная гимнастика, в основе которой упражнения с глубоким вдохом и последующем выдохом в условиях сопротивления (например, медленный выдох через трубочку в воду). Хорошую эффективность для снятия напряжения и стабилизации вегетативных функций показало диафрагмальное дыхание, которое можно выполнять как лежа, так и сидя, стоя и даже во время бега или ходьбы.

Для пролонгирования реабилитационных мероприятий и повышения доступности реабилитационных программ пациентам с ПТСР рекомендуется применение дистанционных методов реабилитации. Повышение доступности реабилитационных мероприятий улучшает приверженность пациентов к продолжению реабилитации [90,157,174]. Дистанционно могут с

успехом применяться методы когнитивно-поведенческой терапии и нейро-когнитивного обучения.

Эффективным условием прохождения реабилитационных мероприятий для многих категорий пациентов с ПТСР является санаторно-курортное лечение [159, 167]. Санаторно-курортное лечение включает методы аэротерапии, гелиотерапии, талассотерапии и рекомендуется для восстановления баланса тормозных и активирующих процессов в ЦНС. Аэротерапия предусматривает максимально длительное пребывание пациентов на свежем воздухе, включая время сна. Продолжительность воздействия аэротерапии определяется по холодовой нагрузке. Может использоваться умеренный режим (3-4 часа) и интенсивный режим (6-8 часов). Как правило, на курс проводится 10-12 процедур [167,168].

Гелиотерапию пациентам с ПТСР проводят по слабому и умеренному режимам, курс – 12-24 процедуры. Талассотерапию проводят в режиме умеренной (температура воды не ниже 18°C) или интенсивной (температура воды не ниже 16°C) холодовой нагрузки. Длительность процедур определяется по специальной таблице [98,143].

Также в санаторно-курортных условиях рекомендуется продолжать проведение психосоциальной реабилитации пациентов с ПТСР. Пролонгация психосоциальной реабилитации, начатой на более ранних этапах лечебно-реабилитационного процесса, позволяет сохранить преемственность и продолжить улучшение семейного и профессионального функционирования и качества жизни [38, 58]. Психореабилитационные мероприятия в санаторно-курортных условиях, как правило, проводятся в групповой форме, но с учетом персонализированного подхода для конкретного пациента.

Лечебные физические упражнения пациентам с ПТСР рекомендуется выполнять в виде дозированных физических нагрузок. Лечебная гимнастика способствует повышению функциональной пластичности головного мозга [55, 123, 133, 137, 139,146,150,177]. Отмечено положительное влияние физических упражнений и физической активности на симптомы ПТСР, снижение выраженности депрессии и тревоги, улучшение качества сна, повышение качества жизни, снижение тяги к злоупотреблению психоактивными веществами. Рекомендованы комбинированные упражнения (тренировки с отягощениями, аэробные упражнения, силовые упражнения, традиционная оздоровительная гимнастика), проводимые в течение 12 недель, три раза в неделю в течение 30-60 мин на процедуру. При выполнении физических упражнений сочетают дыхание с различными движениями, увеличивающими экскурсии грудной клетки. Дыхание сочетают с боковыми наклонами и поворотами туловища, максимальным использованием вспомогательной дыхательной мускулатуры, сопротивлением дыханию,

упражнениями на расслабление мышц плечевого пояса, рук, туловища (маховые движения для рук, наклоны туловища вперед, произнесение жужжащих, свистящих и шипящих звуков и др.). Занятия продолжительностью 15-20 мин проводят 2-3 раза в неделю на протяжении не менее 4 недель. Отдельно может проводиться дыхательная гимнастика. После глубокого вдоха осуществляется выдох с сопротивлением, следует как можно медленнее выдохнуть через трубочку в воду. Упражнение повторяют 4-5 раз в день по 10-15 мин. Хорошо зарекомендовало себя диафрагмальное дыхание. Исходное положение – лежа на спине. На счет 1 2 3 сделать мощный, длительный, глубокий выдох с вовлечением мышц брюшного пресса, живот нужно сильно втянуть. На счет четыре – сделать вдох, предельно выпячивая живот. Затем, быстро сократив мышцы живота и кашлевыми движениями, выдохнуть. После усвоения навыков выполнения упражнение можно выполнять лежа, сидя, стоя, во время занятий бегом или ходьбой.

### **Основные принципы организации психолого-психиатрической помощи при ПТСР** [3,11,38,79,116,117,146,149]

Необходимо отделить принципы психолого-психиатрической помощи в экстренной ситуации, направленные в основном на профилактику формирования ПТСР, от принципов психолого-психиатрической помощи при уже сформированном ПТСР, приобретающем с течением времени все более отчетливые признаки хронического психического расстройства. Задачей данных рекомендаций является помощь в организации и проведении психолого-психиатрической помощи на относительно отдаленных этапах формирования постстрессовых расстройств. С учетом указанной задачи основными организационными аспектами психолого-психиатрической помощи при ПТСР являются следующие принципы:

- 1) раннего выявления психических расстройств;
- 2) доступности психолого-психиатрической помощи;
- 3) комплексности в оказании медико-психологической помощи;
- 4) полипрофессионального подхода в оказании медицинской помощи;
- 5) мобилизации собственных копинг-стратегий пациентов;
- б) динамического сопровождения пациента на разных этапах лечебно-реабилитационного процесса;
- 7) поддержки семьи и общества.

### **Принцип раннего выявления психических расстройств**

Способность оказать своевременную психотерапевтическую и психиатрическую помощь на начальных этапах развития психических нарушений зависит от того, насколько быстро выявляются психические расстройства у пострадавших. Максимально раннее выявление пострадавших, не только с отчетливыми и сформировавшимися психическими расстройствами, но и с нарушениями субклинического уровня, предотвращает негативную динамику и хронификацию психических расстройств и является профилактикой социальной дезадаптации. Раннему выявлению психических расстройств способствует информирование специалистов, участвующих в оказании помощи пострадавшим, о вероятных клинических проявлениях ПТСР, а также о дальнейшей маршрутизации пострадавших с психическими расстройствами в учреждения, оказывающие медицинскую и психологическую помощь. Важной задачей является организация работы «горячей линии».

### **Принцип доступности медико-психологической помощи**

В условиях чрезвычайной ситуации наблюдается быстрое увеличение численности нуждающихся в медицинской и психологической помощи людей. Однако количество специалистов, способных оказать эту помощь, как правило, ограничено. Поэтому необходимо любыми способами способствовать повышению доступности медицинской и психологической помощи, в том числе с применением дистанционных технологий и использованием телефонов «горячей линии». Основной задачей операторов «горячей линии» является не столько психологическая и психотерапевтическая помощь, сколько информация о динамике ситуации и маршрутизация пострадавших в учреждения, оказывающие медицинскую и психологическую помощь. Медицинская помощь и сопровождение пациентов с ПТСР должны носить перманентный характер, поскольку ПТСР свойственно длительное течение. Поэтому наиболее важным организационным аспектом является приближение медико-психологической помощи к местам пребывания пострадавшего контингента, например развертывание медико-психологических кабинетов в участковых поликлиниках. С целью оптимального распределения кадровых ресурсов рекомендуются выездные и дистанционные формы предоставления психиатрической, психотерапевтической и психологической помощи.

### **Принцип комплексности в оказании медико-психологической помощи**

- Рекомендуется сочетание психофармакотерапии и психотерапии, в зависимости от преобладающей актуальной психиатрической симптоматики в клинической картине психического расстройства, которая оценивается в совокупности с индивидуальными

лично-характерологическими особенностями пациентов;

- при организации психотерапевтической работы делается акцент на устранение доминирующих психопатологических состояний, с учетом направления психотерапевтического влияния как на симптоматичность, так и на целостность проработки психотравмирующих событий;

- проведение комплексного лечебно-диагностического процесса с участием врачей-консультантов востребованных в конкретной ситуации лечебных специальностей, позволяющее повысить не только выявляемость психиатрических состояний и сопутствующих соматических нарушений, но и эффективность терапии.

### **Принцип полипрофессионального подхода**

При лечении пациентов с ПТСР наиболее эффективна полипрофессиональная организация медицинской помощи, при которой медицинская и психологическая помощь оказывается бригадой специалистов разных направлений: врача общей практики, психотерапевта, психиатра, клинического (медицинского) психолога, социального работника, медицинских сестер, младших медицинских работников и др. Для оказания эффективной медико-психологической помощи необходимо проводить дополнительное обучение медицинских работников всех уровней и специальностей, участвующих в лечебно-реабилитационном процессе. Это позволяет достигать максимальной эффективности медико-психологической помощи пациентам с ПТСР.

### **Принцип мобилизации копинг-стратегий**

Основная цель психотерапии пациентов с ПТСР заключается в восстановлении их социального функционирования. Для этого психотерапевтические интервенции направляются на повышение энергетических ресурсов личности пострадавшего и приобретение новых навыков социального взаимодействия. Особое значение придается навыкам эмоционального и поведенческого реагирования и преодоления конфликтных ситуаций. Это позволяет расширить и оптимизировать индивидуальный набор копинг-стратегий, повысить резистентность к стрессовым событиям и психическим травмам. Вторым важным направлением мобилизации копинг-стратегий является работа с ограничивающими убеждениями пациентов, способствующая переформатированию стратегий адаптивного преодоления последствий психотравмирующей ситуации.

### **Принцип динамического сопровождения**

В практической работе и по данным литературных источников отмечено, что у пациентов с ПТСР легко формируется гипнозогнозия, приводящая к прекращению лечения и контактов с врачом после достижения незначительного улучшения состояния. Поскольку прерывание лечения, как правило, приводит к ухудшению состояния с нарастанием психопатологической симптоматики, у пациентов появляется недоверие, как к проведенному лечению, так и к медицинской помощи в целом. Поэтому при организации медицинской помощи обязательно необходимо предусмотреть возможность продолжения психотерапевтической работы после выписки из специализированного медицинского учреждения с маршрутизацией на уровне участковой поликлиники или другого доступного медицинского звена, приближенного к месту жительства пациента, а также на дому, при патронажном обходе.

### **Поддержка семьи и сообщества**

С близкими родственниками пациентов обсуждается тактика поведения и вырабатываются рекомендации по облегчению социальной реадaptации пациентов, привлечению их к трудовой деятельности, вовлечению в общие семейные дела и события. Включение родственников в лечебно-реабилитационный процесс улучшает взаимодействие с пациентами, помогает и пациентам, и их родным лучше понимать и более осознанно относиться к психологическим проблемам и психиатрическим симптомам пациентов с ПТСР. Такой подход снижает эмоциональное напряжение в семье и уменьшает социальную изоляцию пациентов. Вторым важным аспектом является обучение семьи своевременно обращать внимание на начальные патологические симптомы и изменения в состоянии пациентов и своевременно направлять их в медицинские учреждения для возобновления медико-психологической, психотерапевтической или психиатрической помощи. К такому просвещению рекомендуется привлекать врачей общей практики, предварительно прошедших обучение по программе повышения квалификации и обученных как выявлению признаков психических расстройств, так и возможности медицинской и медико-психологической помощи для таких пациентов.

### **Показания для госпитализации**

Показаниями для госпитализации пациентов с ПТСР являются:

- наличие суицидального риска;
- наличие риска формирования злоупотребления и зависимости от ПАВ;
- необходимость изоляции пациента от действия стрессового фактора;
- значительная выраженность психических нарушений, требующих проведения психофармакотерапии в стационаре;
- наличие коморбидных психических расстройств, требующих медикаментозной терапии в стационаре;
- плохая переносимость медикаментозной терапии;
- отсутствие социальной поддержки, близких родственников.

### **Принципы организации медико-психологической и психиатрической и помощи при боевых стрессовых расстройствах**

Организация медико-психологической и психиатрической помощи при боевых стрессовых расстройствах должна осуществляться на основе следующих принципов:

1. **Приближенность** – силы и средства медико-психологической и психиатрической помощи должны располагаться приближенно к местонахождению пострадавших или к зоне влияния психотравмирующего фактора.
2. **Неотложность** – оказание медико-психологической, психиатрической и психотерапевтической помощи необходимо осуществлять в наиболее ранние сроки, как для купирования острых психических нарушений, так и для предупреждения дальнейшего нарастания субклинических психических симптомов.
3. **Адекватность** – необходимый и достаточный выбор методов и средств коррекции и лечения широкого спектра психогенных реакций и психопатологических состояний.
4. **Этапность** – оказание помощи пострадавшим на всех этапах эвакуации.
5. **Непрерывность и преемственность** – при проведении лечебно-профилактических мероприятий пострадавшим в ближайший и отдаленный периоды после воздействия экстремального психогенного фактора необходимо соблюдение непрерывности и преемственности лечебно-реабилитационного процесса [7, 19, 51]. Наличие схем маршрутизации пациентов (пострадавших). При оказании медико-психологической помощи маршрутизацию и преемственность рекомендуется осуществлять по схеме «психолог– медицинский психолог– врач-психиатр– врач-психотерапевт» [65, 185].

При необходимости организуются кабинеты неотложной медико-психологической,

психотерапевтической и психиатрической помощи, которые необходимы для повышения доступности и эффективности медицинской помощи и профилактики ПТСР [19,77, 138, 164]. Рекомендуется организация центров психосоциальной реабилитации, психотерапевтических центров и центров психологической поддержки. При этом рекомендуется соблюдать этапность лечения и реабилитации, а также комплексный бригадный подход с участием специалистов: психиатр, психотерапевт, клинический психолог, врач общей практики, социальный работник [3,22,42, 43,48].

В условиях военных конфликтов или масштабных чрезвычайных ситуаций оптимальной является организационная модель психотерапевтических кабинетов. Для их эффективной работы необходимо предусмотреть:

- 1) наличие помещений или пространства для приема больных;
- 2) преодоление стигматизации у населения и специалистов общемедицинской сети по отношению к психиатрической службе;
- 3) расположение кабинетов психотерапевтической помощи в максимальной доступности к месту жительства больных;
- 4) проведение скрининга психического состояния пациентов в ходе первого и последующих контактов со специалистами общемедицинской сети;
- 5) наличие кадровых ресурсов с навыками оказания медико-психиатрической помощи в рамках комплексной бригадной организации медико-реабилитационной помощи больным с ПТСР [143,152] и соблюдение преемственности по схеме «психолог–медицинский психолог–врач-психотерапевт–врач-психиатр» [151].

## **ПРОФИЛАКТИКА ПТСР**

Традиционно выделяют первичную и вторичную профилактику ПТСР. Меры первичной профилактики осуществляются в период, предшествующий воздействию психотравмирующего фактора. Вторичная профилактика осуществляется непосредственно после психотравмирующего воздействия и может продолжаться в течение трех месяцев после него. Первичную профилактику, как правило, проводят с максимальным охватом населения, поскольку специфической первичной профилактики, предотвращающей развитие ПТСР, не существует. Первичная профилактика заключается во внедрении принципов образа жизни, направленных на поддержание психического здоровья [6,22,31,42,50,66,74,185]. В частности,

пропагандируется ограничение употребления алкоголя и психоактивных веществ, проводятся мероприятия психологического и медицинского просвещения, направленные на приобретение основных знаний о психическом здоровье и психологическом благополучии, в том числе о видах эмоциональных состояний, особенно возникающих в периоды психотравмирующих событий; о состояниях, при которых необходимо обратиться за медицинской и психологической помощью; о деятельности, снижающей риск появления психопатологических состояний, и о психологической гигиене; о профилактической ценности физической активности.

Особое значение приобретает первичная профилактика посттравматических психических нарушений для военнослужащих, пожарных, спасателей и других специалистов, наиболее часто подвергающихся воздействию факторов дистресса. Для этого контингента проводится более углубленное обучение, включая приобретение знаний о закономерностях функционирования ЦНС в ситуации дистресса, а также о навыках саморегуляции, самопомощи и самоконтроля [6, 13, 23, 29, 39].

Вторичная профилактика связанных со стрессом психических расстройств и также ПТСР осуществляется уже после воздействия психотравмирующего фактора. Фактически вторичная профилактика включает экстренную психологическую помощь и психологическое просвещение [44,74,76,77]. Экстренная психологическая помощь должна быть максимально приближена к психотравмирующему событию по времени. С учетом накопленных знаний о закономерностях формирования ПТСР становится очевидным, что экстренная, первая помощь при острой стрессовой ситуации, как правило, должна быть простой и доступной действиям людей, далеких от психологии и психиатрии. Такая помощь должна включать в первую очередь прекращение действия стрессовых факторов и обеспечение основных физиологических потребностей пострадавших. Также важным является наличие средств связи, получение информации о текущей ситуации и о перспективах получения помощи. Информационно-психологическая поддержка формирует адекватное восприятие окружающей обстановки и ее вероятных изменений. В результате снижается интенсивность реакции на стресс, активизируется способность применения навыков саморегуляции. В свою очередь оптимизация физического состояния улучшает восприимчивость пострадавших к информационно-психологической поддержке, а также способствует минимизации психопатологических изменений. Таким образом, целью экстренной психологической помощи является сохранение психологических и физических ресурсов человека, переживающего травматическое событие [19,22,42,45].

Значительный профилактический потенциал в отношении формирования ПТСР признается за приемами активации интеллектуальной деятельности и системы визуальной

обработки информации во время острой фазы переживания психотравмирующего события [129,130]. Изучение катамнеза группы пациентов, перенесших травматическое событие, показало, что у испытуемых, которые непосредственно после воздействия психотравмы были заняты индифферентной компьютерной игрой, значительно реже формировались навязчивые воспоминания, чем у контрольной группы [79,80,94].

В отсутствие вышеуказанных профилактических мероприятий значительно возрастает риск формирования у части пострадавших острых стрессовых реакций в виде агрессии или тревоги с двигательным возбуждением и дезориентировкой в окружающем пространстве, либо апатии, истероидных реакций. Такие состояния не только нарушают рациональное поведение и способность к взаимодействию, но и способствуют формированию в перспективе психопатологических состояний [109,184]. Напротив, своевременная психологическая помощь лицам, столкнувшимся с катастрофическим стрессом, существенно снижает риск формирования ПТСР, поскольку направлена на активацию индивидуальных личностных ресурсов и стратегий совладания [31,77, 129,130,142].

В более отдаленные периоды после перенесенного дистресса на первый план выходят такие профилактические меры, как сохранение социальной активности пострадавших, налаживание и поддержание благополучных отношений в семье и с близким окружением. Значительную роль в решении этой задачи играет социальная и информационная поддержка, а также психологическое просвещение и сопровождение [31, 112].

Психологическое просвещение лиц, столкнувшихся с чрезвычайным стрессом, должно начинаться с индивидуальных сессий и вначале носить информационный характер. Человеку, пережившему психотравмирующее событие, необходимо рассказать о распространенности и закономерностях формирования постстрессовых психических реакций, их дальнейшем развитии и возможных последствиях. При этом достигается цель формирования объективных представлений о нормальном протекании психических процессов и психологической переработки травмы, что позволяет человеку лучше справляться с формирующимися симптомами.

Для организации эффективной профилактики важной задачей является выявление нуждающихся в психологической и психиатрической помощи. Объяснением этому служит наличие тесной связи между острыми и хроническими психическими расстройствами, связанными со стрессом. При этом только незначительная часть пострадавших мотивирована на медицинскую или психологическую помощь [163,170]. Для решения этой задачи необходимо организовать мониторинг людей из группы риска и выявление нуждающихся в

психологической или психиатрической помощи. Такой мониторинг можно проводить в медицинских и социальных учреждениях, а также путем телефонных опросов. Эффективным представляется применение опросников, что не требует участия специалистов высокой квалификации и временных затрат. Более информативным, но одновременно более затратным по использованию временных и кадровых ресурсов является метод клинической беседы, в ходе которой определяются не только субъективные психологические особенности переживания дистресса, но и наличие психологических ресурсов, а также эффективность индивидуальных стратегий преодоления [20].

### **Этапы маршрутизации и преемственности пациентов с ПТСР**

На первом этапе маршрутизации помощь оказывается врачами общемедицинской сети, когда в ходе первого контакта с пострадавшими или больными выявляются признаки ПТСР. В случае выявления больных с признаками ПТСР они направляются в кабинет врача-психотерапевта, где проводится углубленная психодиагностика их состояния и оказывается специализированная психотерапевтическая помощь. Кроме того, в кабинетах психотерапии на уровне поликлиник реализуются и мероприятия по профилактике психосоматических и личностных нарушений у лиц, переживших стрессовые расстройства.

При необходимости на третьем этапе помощи пациенты направляются в кабинет психиатра (различной территориальной и структурной принадлежности). В основном это больные в психотическом состоянии, с грубыми поведенческими и интеллектуально-мнестическими нарушениями, пугающиеся в психофармакотерапии или в стационарной психиатрической помощи.

На этапах преемственности и маршрутизации пострадавших и пациентов с признаками психических нарушений важное значение придается выявлению предикторов затяжного течения посттравматической психической патологии, что позволяет провести сортировку пациентов для наиболее эффективной медико-психологической и психотерапевтической помощи.

### **Этапы лечебно-профилактической помощи при ПТСР**

Первый этап включает в себя мероприятия по предотвращению формирования ПТСР:

- обеспечение своевременной помощи населению (выявление случаев, требующих неотложной помощи, и направление пострадавших в места оказания помощи);
- взаимодействие с другими специалистами, их обучение распознаванию и выявлению случаев острой реакции на стресс, ПТСР, расстройства адаптации с целью направления

пациентов к специалистам;

- лечение острой реакции на стресс, ПТСР, расстройств адаптации. Своевременное лечение предупреждает хронификацию болезненных состояний и формирование личностных изменений.

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).

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.

### **Факторы, влияющие на формирование, течение и исход ПТСР [13,153,154,155,156]**

Влияние гендерных характеристик. В большинстве исследований отмечается, что ПТСР примерно в два раза чаще формируется у женщин. Также отмечено, что женщины склонны к интрапунитивным реакциям и пессимистическому восприятию жизни после пережитого стресса с усилением ощущения фатальности событий. У женщин чаще формируются депрессивные расстройства и чаще отмечается хроническое течение ПТСР с неблагоприятным исходом. Мужчинам, страдающим ПТСР, более свойственны раздражительность, дисфория и экстрапунитивные реакции с проявлением агрессии.

Характерологические особенности. Формированию ПТСР способствуют такие черты, как психический инфантилизм, повышенная тревожность, эмоциональная неустойчивость. При этом необходимо дифференцировать, когда появились личностные изменения, поскольку они могут быть следствием переживания психотравмы.

Несвоевременная постановка диагноза ПТСР ведет к отсроченности адекватной терапии и часто связана с фиксацией пациентов на соматических симптомах с игнорированием психических проявлений заболевания. Симптомы ПТСР зачастую сочетаются с симптомами депрессивных нарушений, аддикции, расстройств пищевого поведения и даже психозов, что при недостаточном распознавании полного диагноза затрудняет эффективное лечение. Также

симптомы ПТСР способны провоцировать появление соматических заболеваний или вызывать хроническую боль. Особенно это касается сердечно-сосудистой системы.

Вторичная выгода. Необходимо учитывать вероятность формирования механизма «вторичной выгоды» и рентных установок. В основе лежат представления пациентов о своем заболевании как о «состоянии особой значимости» или подсознательное использование заболевания для оправдания личных промахов и неудач.

Избегающее поведение. Является одним из основных проявлений ПТСР и значительно ухудшает социальное функционирование, может способствовать злоупотреблению психоактивными веществами, табачными изделиями, увеличивать гиподинамию. Это, в свою очередь, ведет к нарастающей социальной дезадаптации.

Самолечение. Пациенты с ПТСР часто применяют самолечение, принимая лекарственные препараты без назначения врача, или псевдосамолечение, связанное с употреблением алкоголя, и наносят тем самым дополнительный вред своему здоровью.

#### Клинико-биологические предикторы затяжного течения ПТСР:

- данные за наличие тревожных и/или аффективных расстройств в анамнезе;
- наличие сочетанных экзогенно-органических поражений головного мозга;
- коморбидные психические расстройства;
- коморбидные соматические расстройства;
- злоупотребление психоактивными веществами;
- пролонгированная актуальная стрессовая ситуация в сочетании с низкой фрустрационной толерантностью;
- терапевтическая резистентность.

#### Психологические предикторы затяжного течения ПТСР:

- высокий уровень невротичности;
- преобладание зависимых черт личности;
- трудности в построении стабильных межличностных отношений.

#### Социальные предикторы затяжного течения ПТСР:

- отсутствие социальной поддержки в период после травматического события;
- предшествующая хроническая психическая травматизация;
- недостаток навыков проблемно-решающего поведения;
- наличие выраженного травматического опыта в детском возрасте.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Актуальность предложенных методических рекомендаций обусловлена высокой степенью насыщенности современной жизни психотравмирующими событиями, затрагивающими жизнь и здоровье как лиц опасных профессий, включая военнослужащих, так и гражданского населения. Проблема диагностики и, главное, медицинской помощи при психических расстройствах, сформировавшихся в результате значительного психотравмирующего события, известна очень давно, однако было бы неверным утверждать, что она полностью разрешена. Основной сложностью является недостаточная четкость критериев посттравматического стрессового расстройства, которая отмечается как в американской классификации DSM, так и в международной классификации болезней 10-го пересмотра, официально принятой в России. Такая ситуация затрудняет решение и без того сложных вопросов диагностики, клинической оценки и экспертизы пациентов с ПТСР. Взгляды на проблему от ведущих специалистов современной психиатрии, работающих не только в России, но и в соседних странах, отражены в коллективной монографии «Посттравматическое стрессовое расстройство» под редакцией д.м.н. В.А.Солдаткина (Посттравматическое стрессовое расстройство / под ред. В.А. Солдаткина; ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России.– Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2015.– 624 с.). В этом основополагающем труде отражены разнообразные взгляды на проблему ПТСР, постулируется, что единственной точки зрения на этиологические, патогенетические и лечебно-реабилитационные факторы не существует, что остаются как сложности диагностики, лечения и реабилитации пострадавших, так и проблема подготовки квалифицированных кадров.

В данных методических рекомендациях отражены разнообразные взгляды на базисные этиопатогенетические факторы формирования ПТСР, описаны основные лечебно-реабилитационные и профилактические стратегии, представлены психометрические шкалы и опросники для скрининга на ПТСР, оценки тяжести состояния, выраженности отдельных симптомов и терапевтической динамики.

Мы надеемся, что данные методические рекомендации внесут свой вклад в решение задач практического применения имеющихся знаний и решение практических вопросов медицинской помощи при ПТСР.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Аведисова А. С. Общие вопросы психофармакотерапии психогений в результате действия экстремальных факторов // Российский психиатрический журнал.– 2003. – № 2. – С. 4-6.
2. Аведисова А. С. Психофармакотерапия больных с посттравматическим стрессовым расстройством // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова С. С. –2009. – Т. 109. – № 12. –С.46-49.
3. Александровский Ю. А. Психогении в экстремальных условиях / Ю. А. Александровский и др.– М.: Медицина, 1991. – 96 с.
4. 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/
5. Александровский Ю. А. Динамика психогенных расстройств во время и после завершения чрезвычайной ситуации // Психиатрия и психофармакотерапия.– 2001. – № 1. – С. 34.
6. Аляпкин С. Ф. К проблеме профилактики психогенных расстройств в экстремальных условиях // Психиатрические и медико-психологические вопросы диагностики и оказания помощи при катастрофах и экологических кризисах: тезисы доклада. – СПб., 1992. – С. 55-56.
7. Аппенянский А.И. О психотерапии пострадавших при террористических актах // Психологическая реабилитация участников боевых действий и лиц, пострадавших в чрезвычайных ситуациях / Материалы научно-практической конференции. Вологда, 25-27 февраля 2003 г. / Под ред. проф. Ю.А. Александровского.– М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. с.24- 26
8. Арзуманян М.А., Долгов С.А. Психотерапевтическая помощь пострадавшим: сравнение двух подходов / Психологическая реабилитация участников боевых действий и лиц, пострадавших в чрезвычайных ситуациях / Материалы научно-практической конференции. Вологда, 25-27 февраля 2003 г. / Под ред. проф. Ю.А. Александровского.– М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004.– С.30-33.
9. Ахмедова Х. Б. Посттравматические личностные изменения у гражданских лиц, переживших угрозу жизни // Вопросы психологии. – 2004. – № 3. – С. 93-102.
10. Беккер Р.А., Быков Ю. В. Алимемазин: обзор применения // Психиатрия и психофармакотерапия: журнал им. П.Б. Ганнушкина.– 2016.– № 6.– С.10-20.
11. Беккер Р.А., Быков Ю.В. Клиническое применение перициазина (Неулептила). Психиатрия и психофармакотерапия. 2018; 20 (2): 16-31.
12. Бондарев Н. И. К вопросу о влиянии боевых впечатлений на солдат. // Научная медицина. – 1919. – № 3. – С. 299-303.
13. Бондарев Н. И. Условия возникновения и развития реактивных состояний // Труды Военно-морской медицинской академии. – Л.: ВММедА, 1944. – С. 46-52.
14. Бундало Н. Л. Посттравматическое стрессовое расстройство (клиника, динамика, факторы

риска, психотерапия): автореф. дис. доктора мед. наук: 14.00.18 /. – СПб., 2008. – 52 с.

15. Бухановский А. О., Галкин К. Ю. «Опасливая настороженность» – новая черта личности у пострадавших от теракта // Актуальные вопросы охраны психического здоровья населения: материалы конференции, посвящённой 100-летию СКПБ № 1 департамента здравоохранения Краснодарского края. – Краснодар, 2003. – С. 444-445.
16. Бухановский А. О., Галкин К. Ю. Модель «единого психогенного посттравматического расстройства» // Серийные убийства и социальная агрессия: что ожидает нас в XXI веке?: материалы Третьей международной научной конференции, 18-21 сентября 2001 г. г. Ростов-на-Дону. – Ростов н/Д.: Изд-во РостГМУ, 2001. – С. 97-100
17. Быков Ю.В., Беккер Р.А. Хлорпротиксен: обзор применения в психиатрии (I часть). Психиатрия и психофармакотерапия. 2016; 18 (2): 26-32
18. Вайнштейн А. Э. Антидепрессанты в лечении стрессовых расстройств (обзор литературы)// Психиатрия и психофармакотерапия. – 2005. – Т. 7. – № 2. – С. 86-88.
19. Васильева А В Посттравматическое стрессовое расстройство в центре международных исследований: от «солдатского сердца» в МКБ-11. Ж-л неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.2022;122(10):72-81
20. Васильева А.В., Караваева Т.А, Лукошкина Е.П. 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. С. 300-324, [https://\\_bekhterev\\_ru/p-content/uploads/2021/05/2019\\_sbornik\\_m\\_vyp\\_2.pdf](https://_bekhterev_ru/p-content/uploads/2021/05/2019_sbornik_m_vyp_2.pdf)
21. Васильева А.В., Караваева Т.А. Посттравматическое стрессовое расстройство. в кн. Психотерапия: учебник // под ред. А. В. Васильевой, Т. А. Караваевой, Н. Г. Незнанова. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – С. 496-505
22. Вельтищев Д. Ю. Острые стрессовые расстройства: факторы прогноза и профилактики затяжного течения // Социальная и клиническая психиатрия.– 2010. – Т. 20. –Вып. 2. – С. 48-52.
23. Винокурова И. П. Факторы риска развития посттравматического стрессового расстройства // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2009. – № 35. – с. 43-48.
24. Волкогонова Л. Ю. Особенности развития и лечения пограничных нервно-психических расстройств травматического генеза у военнослужащих, находящихся в экстремальных условиях: автореф. дис. канд. мед.наук: 14.00.13 /. – Н. Новгород, 2002. – 19 с.
25. Волошин В. М. Хроническое ПТСР (клинико-терапевтические аспекты): пособие для врачей /В.М. Волошин. – М.: Анахарсис, 2004. – 48 с.
26. Волошин В. М. Посттравматическое стрессовое расстройство (феноменология, клиника, систематика, динамика и современные подходы к психофармакотерапии) /– М.: Анахарсис, 2005. – 200 с.

27. Волькова М. А., Кокорина Н. П. Психосоматические расстройства у военнослужащих, проходивших службу в условиях локальных войн. Проблемы оказания медико-социальной и психологической поддержки населению при чрезвычайных ситуациях // Материалы научно-практической конференции, 02.11.2004 г., Кемерово.: Изд-во «Медицина и Просвещение», 2004. – С. 6-7.
28. Воробьев А. И. Синдром посттравматического стресса у ветеранов войны, перенёвших боевую психическую травму // Военно-медицинский журнал. – 1991. – № 8. – С. 71-74.
29. Воробьев А. И. Разработка методов и средств профилактики боевой психической травмы в армии США // Военно-медицинский журнал. – 1993. – № 12.- С. 61-62.
30. Галкин К.Ю. Модель «единого психогенного посттравматического расстройства» // материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвящённой 300-летию Санкт-Петербурга, 27-28 ноября 2003 г. –СПб., 2003. –95-96.
31. Гаранян Н.Г. «Когнитивно-бихевиоральная психотерапия посттравматического стрессового расстройства»// Консультативная психология и психотерапия, № 3, с.46-72, 2013.
32. Гаррик Дж. Двенадцать шагов: руководство. Программа самостоятельной реабилитации для ветеранов войны в Афганистане /Дж. Гаррик. –NewYork, 1992. – 31 с.
33. Давиденков С. Н. К вопросу об острых психозах военного времени. Истерические формы // Психиатрическая газета. – 1915. – № 20. – С. 321-325.
34. Дрига Б.В., Лыткин В. М., Нечипоренко В.В. Изучение боевых посттравматических стрессовых расстройств с позиций многоосевой диагностики // Материалы XIV съезда психиатров России. – М., 2005. – С. 161-162.
35. Дрига Б. В. К вопросу о клинических особенностях боевых посттравматических стрессовых расстройств у ветеранов локальных войн // Наследие Н. И. Пирогова: прошлое, настоящее и будущее (к 200-летию со дня рождения великого хирурга и анатома). – СПб., 2010. – С. 45-46.
36. Епанчинцева Е. М. Посттравматические стрессовые расстройства у комбатантов (клинико-динамический и реабилитационный аспекты): дис. ... канд. мед.наук: 14.00.18 /. – Томск, 2001. – 182 с.
37. Ибрагимов Д.Ф. Алимемазин во врачебной практике. Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2008; 108 (9): С.76-8.
38. Идрисов К.А. Особенности оказания психотерапевтической помощи лицам с непсихотическими психическими расстройствами в условиях длительной чрезвычайной ситуации. // Психическое здоровье. 2010, №12 (55). – С.25-30.
39. Исаева Л. К. Техногенные катастрофы, аварии и окружающая среда // Московский институт пожарной безопасности МВД России. – М., 1998. – 158 с.
40. 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.

41. Карвасарский Б. Д. Певротические расстройства внутренних органов // Б. Д. Карвасарский, Ф. Простомолотов. – Кишинев: Штиинца, 1988. – 166 с.
42. Кашкарова О. Е. Задачи кризисной службы в оказании помощи пострадавшим в случае террористического акта // Психология и психопатология терроризма. Гуманитарные стратегии антитеррора: сборник статей / под ред. М. М. Решетникова.– СПб.: Вост. –Евр. Ин-т Психоанализа, 2004. –С. 156-162.
43. Коханов В.П., Краснов В.Н.Оказание психиатрической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях// Приложение к журналу «Медицина катастроф». – 1997. – № 6 (2). – С. 3-46.
44. Коханов В.П. Особенности психических нарушений при чрезвычайных ситуациях, их профилактика и лечение // Психиатрия и психофармакотерапия. –2001. –№3. – С. 34.
45. Коханов В.П., Краснов В.Н. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций.– М.: Практическая медицина, 2008.– 448 с.
46. Кошелев В.В., Краснов В.Н., Незнамов Г.Г. Фармакологическая реабилитация участников ликвидации последствий Чернобыльской катастрофы. //7-я гор.конференция «Мед. реабилитация больных с патологией опорно-двигательной и нервной систем». – М., 2006. – С.362-363.
47. Кошелев В.В. Фармакотерапия психических расстройств у участников ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС. Автореф. дис. канд. мед.наук: 14.00.18 / М., 1999. – 22 с.
48. Краснов В.Н. Методологические и организационные аспекты психиатрии катастроф. / В. Н. Краснов // Медицина катастроф. – 1997. – № 1. – С. 21-24.
49. Краснов В.Н. Психические расстройства у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС. Сообщение 2: клинико-патогенетические и патопластические взаимосвязи/ В. Н. Краснов и др. // Социальная и клиническая психиатрия. – 1994. – Т. 4. –Вып. 3. – С. 6-20.
50. Курпатов В. И. Профилактика, лечение и реабилитация психогенно обусловленных расстройств у плавсостава Военно-морского флота: автореф. дис. ... доктора мед. наук: 14.00.18 / Курпатов Владимир Иванович. – СПб., –1994. – 41 с.
51. Кутько И. И., Панченко О. А., Рачкаускас Г. С., Линев А. Н. Основные направления оказания психиатрической помощи ликвидаторам последствий аварии на ЧАЭС // Реабилитация и абилитация человека. Социально-психологическая безопасность и психическое здоровье: материалы VI научно-практической конференции / Под.ред. Казакова В. Н. – К.: КВИЦ, 2006. – С. 128-136.
52. Лихи Р., Сэмпл Р. Посттравматическое стрессовое расстройство: когнитивно-бихевиоральный подход // Московский психотерапевтический журнал.– 2002.— № 1.— С. 141–157.

53. Медведев В.Э. Алимемазин в психиатрии и психосоматике // Психиатрия и психофармакотерапия– 2018.– № 3-4.– С. 26-33
54. Медицинская реабилитация раненых и больных / под ред. Ю. Н. Шанина.– СПб.: «Специальная Литература», 1997. – 960 с.
55. 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.– ISBN978-5-9704-6023-8.– EDNXIИДН
56. Мосолов С.Н. Терапия и профилактика посттравматического стрессового расстройства при чрезвычайных ситуациях (алгоритм биологической терапии) // Современная терапия психических расстройств. – 2022. – № 3. – С. 32–44. – DOI: 10.21265/PSYPH.2022.92.41.004
57. Незнанов Н.Г., Васильева А.В., Салагай О.О. Роль психотерапии, как медицинской специальности, в общественном здоровье. //Общественное здоровье. 2022, 2(2):40-57. DOI: 10.21045/2782 1676 2022 2 2-40-57
58. Нечаев Э. А., Захаров В. И. Медицинская реабилитация участников войн и локальных вооружённых конфликтов. // Военно-медицинский журнал. – 1994. – № 2. – С. 4-7.
59. Организационная модель и способы психосоциальной реабилитации лиц с посттравматическим стрессовым расстройством. Материалы Российской конференции «Аффективные и шизоаффективные расстройства».– М., 2003. – С. 165.
60. Падун М. А. Особенности базисных убеждений у лиц, переживших травматический стресс: дис. канд. психол. наук: / М., 2003. – 159 с.
61. Посттравматическое стрессовое расстройство / Клинические рекомендации. Российское общество психиатров. Межрегиональное общество физической и реабилитационной медицины. <https://psychiatr.ru/>
62. Посттравматическое стрессовое расстройство / под ред. В.А. Солдаткина; ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России.– Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2015.– 624 с.
63. Посттравматические стрессовые расстройства и коморбидные состояния у военнослужащих (клиника, факторы риска, терапия) / под ред. А. В. Погосова. – Курск: КГМУ 2006. – 268 с.
64. Реабилитация инвалидов: национальное руководство / под ред. Г. Н. Пономаренко.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.– 736 с.: ил.– (Серия «Национальные руководства»).– ISBN978-59704-4589-1.
65. Румянцева Г. М. и др. Психическая дезадаптация участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС. // Современная психиатрия. – 1998. – № 1. – С.26-30.
66. Солдаткин В. А. Предикторы психических расстройств у жертв террористического акта в Волгодонске / В. А. Солдаткин, М. Ивлева, М. Карастоянова // Медицина Юга России.– 2000. – № 6. – С. 14.
67. Тарабрина Н. В. Психология посттравматического стресса: интегративный подход. Дис.

доктора психолог. наук: 19.00.04 / СПб., 2008. – 356 с.

68. Торшин И.Ю., Громова О.А., Семенов В.А, Гришина Т.Р. Систематический анализ фундаментальных и клинических исследований этифоксина. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2016;8(3):106-112;

69. Физическая и реабилитационная медицина: национальное руководство / Г.Р. Абусева, П.В.Антипенко, В.В.Арьков и др.; Межрегиональное научное общество физической и реабилитационной медицины, Ассоциация медицинских обществ по качеству.– Москва: Общество с ограниченной ответственностью «Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа"», 2020.– 688 с.– (Национальные руководства).– ISBN978-5-9704-5554-8.– EDNKSMCPP.

70. Фирсов А. А., Погодина Т.Г., Зуйкова А.А. Психотерапия боевой психической травмы // Нижегородский медицинский журнал.– 2004. – № 1. – С. 45-46.

71. Хохлов Л. К. Посттравматическое стрессовое расстройство и проблема коморбидности // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – № 2. – С. 116-122.

72. Цыганков Б. Д., Белякин С. А., Григорьев М. Э., Лямин М. В. Особенности психических нарушений и оценки качества жизни у ветеранов боевых действий // Современные проблемы психического здоровья: сборник статей под редакцией А. В. Картелишева.// Москва, 2005. – С.131-137.

73. Чуркин А. А. Распространенность посттравматических стрессовых расстройств.– М., 2005. – С. 20-32.

74. Шевцов А. М. Психологическая профилактика посттравматического стрессового расстройства у лиц, проходящих службу в зоне локальных военных конфликтов: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.13 /. – Казань, 2003. – 192 с.

75. Шмуклер А.Б. Обзор применения тиаприда в современных условиях. Социальная и клиническая психиатрия. – 2015. – т. 25, № 1.

76. Шойгу Ю.С., Пыжьянова Л.Г., Портнова Ю.М. Особенности организации и оказания экстренной психологической помощи в чрезвычайной ситуации Национальный психологический журнал с.67-73 2015. № 3.

77. Шойгу Ю. С. с соавт. «Особенности оказания экстренной психологической помощи при переживании утраты в чрезвычайных ситуациях, ”Национальный психологический журнал, т.41, №1, с.115-126, 2021, doi: 10.11621/npj.2021.0110.

78. A. A. P. van Emmerik, J. H. Kamphuis, and P. M. G. Emmelkamp. Treating acute stress disorder and posttraumatic stress disorder with cognitive behavioral therapy or structured writing therapy: A randomized controlled trial. *Psychother. Psychosom.*, vol. 77, no. 2, 2008, doi: 10.1159/000112886.

79. A. Ehlers et al., A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 60, no. 10, 2003, doi: 10.1001/archpsyc.60.10.1024.

80. A. Ehlers et al. A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*, vol. 60, no. 10, 2003, doi: 10.1001/archpsyc.60.10.1024.
81. Acarturk C., Konuk E., Cetinkaya M. et al. The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees: Results of a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 2016, 46(12), 2583-2593
82. Adetunji B., Mathews M., Williams A., Budur K., et al. Use of antipsychotics in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Psychiatry (Edgmont)*. 2005 Apr;2(4):43-7. PMID: 21179651; PMCID: PMC3004738.
83. Ahearn E.P., Krohn A., Connor K.M, Davidson J.R. Pharmacologic treatment of post-traumatic stress disorder: A focus on antipsychotic use. [Review] *Ann Clin Psychiatry*. 2003;15(4):193-201.
84. Ahmadizadeh M.J., Rezaei M., Fitzgerald P.B. Transcranial direct current stimulation (tDCS) for post-traumatic stress disorder (PTSD): A randomized, double-blinded, controlled trial. *Brain Res Bull*. 2019;153:273-278
85. Alarcon R.D., Glover S.G., Deering C.G. The cascade model: an alternative to comorbidity in the pathogenesis of posttraumatic stress disorder // *Psychiatry*.– 1999.– Vol. 62.– P. 114-124.
86. Aligning Clinical Practice to PTSD Treatment Guidelines: Medication Prescribing by Provider Type, Thad E. Abrams, Brian C. Lund, Nancy C. Bernardy, and Matthew J. Friedman *Psychiatric Services* 2013 64:2, 142-148
87. Antonelli M., Donelli D. Effects of balneotherapy and spa therapy on levels of cortisol as a stress biomarker: a systematic review // *Int. J. Biometeorol*. 2018. –Vol. 62, N 6. –P. 913-924.
88. Bandelow B., Zohar J., Hollander E., et al. 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): 248312.
89. Bisson J. I., Shepherd J. P., Joy D. et al. Early cognitive-behavioural therapy for post-traumatic stress symptoms after physical injury: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, vol. 184, no. JAN., 2004, doi: 10.1192/bjp.184.1.63.
90. Bisson J.I., Ariti C., Cullen K., et al. Guided, internet based, cognitive behavioural therapy for post-traumatic stress disorder: pragmatic, multicentre, randomised controlled non-inferiority trial (RAPID). *BMJ*. 2022 Jun 16; 377:e069405. doi: 10.1136/bmj-2021-069405. PMID: 35710124; PMCID: PMC9202033.
91. Bond A., Lader M.A. Comparison of the psychotropic profiles of tofisopam and diazepam. *Eur. J. Clin.Pharmacol*.1982;22:2:137-142;
92. Bradley R., Greene J., Russ E. A. Multidimensional metaanalysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, (2009), 162(2), 214-227.

93. Bremner J.D., Elzinga B., Schmahl C., Vermetten E. Structural and functional plasticity of the human brain in posttraumatic stress disorder. *Prog Brain Res.* 2008; 167:171-86.
94. Brewin C.R. A cognitive neuroscience account of post-traumatic stress disorder and its treatment. *Behav Res Ther* 2001; 39(4): 373-393.
95. 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.
96. Busch F. N., & Milrod B. L. Trauma-Focused Psychodynamic Psychotherapy. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(2), 277-287. doi:10.1016/j.psc.2018.01.005
97. C. Freyth, K. Elsesser, T. Lohrmann, and G. Sartory. Effects of additional prolonged exposure to psychoeducation and relaxation in acute stress disorder, *J Anxiety Disord*, vol. 24, no. 8, 2010, doi: 10.1016/j.janxdis.2010.06.016.
98. Carl E., T. Stein, A., Levihn-Coon, et al. Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: A metaanalysis of randomized controlled trials. *Journal of Anxiety Disorders.* doi:10.1016/j.janxdis.2018.08.003
99. Carlson J., Chemtob C. M., Rusnak K., Hedlund N. L., & Muraoka M. Y. Eye movement desensitization and reprocessing (EDMR) treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, (1998), 11(1), 3-32.
100. Carr C, d'Ardenne P, Sloboda A. et al. Group music therapy for patients with persistent post-traumatic stress disorder – an exploratory randomized controlled trial with mixed methods evaluation // *Psychol Psychother.* 2012. Vol. 85, N 2. P. 179-202.
101. Chiba T., Kanazawa T., Koizumi A., Ide K. Current Status of Neurofeedback for Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review and the Possibility of Decoded Neurofeedback. *Front Hum Neurosci.* 2019 Jul 17;13:233. doi: 10.3389/fnhum.2019.00233. PMID: 31379538; PMCID: PMC6650780.
102. Cieslik B., Mazurek J., Rutkowski S., Kiper P., Turolla A., & Szczepanska-Gieracha, J. (2020). Virtual reality in psychiatric disorders: A systematic review of reviews. *Complementary Therapies in Medicine*, 102480. doi:10.1016/j.ctim.2020.102480
103. Cipriani A., Williams T., Nikolakopoulou A., Salanti G. et al. Comparative efficacy and acceptability of pharmacological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: A network meta-analysis. *Psychological Medicine*, 48(12), 1975-1984. doi:10.1017/S003329171700349X;
104. Cirillo P., Gold A. K., Nardi A. E., Ornelas A. C. et al. Transcranial magnetic stimulation in anxiety and trauma-related disorders: A systematic review and meta-analysis // *Brain Behav.* 2019. Vol. 9, N 6. P. e01284. doi:10.1002/brb3.1284
105. Deng W., Hu D., Xu S., Liu X., Zhao J., Chen Q., Li X. The efficacy of virtual reality exposure therapy for PTSD symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 257, 698-709. doi:10.1016/j.jad.2019.07.086

106. Devilly G. J., & Spence S. H. The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive-behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, (1999). 13(1-2), 131-157
107. Devilly G., Spence S., & Rapee R. Statistical and reliable change with eye movement desensitization and reprocessing: Treating trauma within a veteran population. *Behavior Therapy*, 29, 435-455. doi:10.1016/j.jpsychires.2017.02.
108. Dorrepaal Ethy & Thomaes Kathleen & Smit Johannes & Veltman Dirk & Hoogendoorn Adriaan & Bulkom Anton & Draijer Nel. Treatment compliance and effectiveness in complex PTSD patients with co-morbid personality disorder undergoing stabilizing cognitive behavioral group treatment: A preliminary study. *European journal of psychotraumatology*. (2013). 4. 10.3402/ejpt.v4i0.21171.
109. Dunmore E., Clark D. M., Ehlers A. A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, vol. 39, no. 9, 2001, doi: 10.1016/S0005-7967(00)00088-7.
110. Edinoff A N , Hegefelfd T I , Petersen M et al Transcranial Magnetic Stimulation for Post-traumatic Stress Disorder // *Front Psychiatry*. 2022. N 13. P. 701348.
111. Ehlers A., Clark D.M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav. Res. Ther.* 2000; 38(4): 319-345.
112. Ehlers A., Hackmann A., Grey N., Wild J., et al. A randomized controlled trial of 7-day intensive and standard weekly cognitive therapy for PTSD and emotion-focused supportive therapy. *American Journal of Psychiatry*, (2014). 171, 294-304.
113. Farooqui S.K., Barolia M. Result of Music Therapy on Post-Traumatic Stress Disorder // *J. Pak. Med. Assoc.* 2022. Vol. 72, N 7. P. 1469.
114. Foa E.B., McLean C.P., Zang Y., Rosenfield D., Yadin E., Yarvis J.S., Fina B.A. Effect of prolonged exposure therapy delivered over 2 weeks vs 8 weeks vs present-centered therapy on PTSD symptom severity in military personnel: A randomized clinical trial. *Jama*, (2018), 319, 354-364
115. Foa E.B., Zoellner L.A., Feeny N.C. An evaluation of three brief programs for facilitating recovery after assault, *J Trauma Stress*, vol. 19, no. 1, 2006, doi: 10.1002/jts.20096.
116. Frank J.B., Kosten T.R., Giller E.L., Jr., Dan E. 1988. A randomized clinical trial of phenelzine and imipramine for posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 145:1289-91;
117. Friedman M. J. Considering PTSD for DSM-V/ Depression and Anxiety.– 2011.– Vol. 28.– № 9.– P. 750-769.
118. Galvez I., Torres-Piles S., Ortega-Rincon E. Balneotherapy, Immune System, and Stress Response: A Hormetic Strategy. // *Int. J. Mol. Sci.* 2018. Vol. 19, N 6. P. 1687.
119. Gelpin E., Bonne O., Peri T. et al. Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines: a prospective study. *J. Clin. Psychiatry*. 1996; 57:390-394.
120. Geracioti T.D., Baker D.G., Ekhtor N.N., et al. CSF norepinephrine concentrations in

posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 2001;158:1227-1230

121. Grant S., Colaiaco B., Motala A. et al. Acupuncture for the Treatment of Adults with Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis // *J. Trauma Dissociation*. 2018. Vol. 19, N 1. P. 39-58.

122. Guaiana G. Hydroxyzine for generalised anxiety disorder / G.Guaiana, C. Barbui, A. Cipriani // *Cochrane Database Syst Rev.*— 2010.— Vol. (12).— CD006815.— DOI: 10.1002/14651858.CD006815.pub2

123. Haagen J. F., Smid G. E., Knipscheer J.W., & Kleber R. J. (2015). The efficacy of recommended treatments for veterans with PTSD: A metaregression analysis. *Clinical Psychology Review*, 40, 184-194. doi:10.1016/j.cpr.2015.06.008

124. Hollifield M., Hsiao A.F., Carrick K. et al. Acupuncture for combat post-traumatic stress disorder: trial development and methodological approach for a randomized controlled clinical trial // *Trials*. 2021. Vol. 22, N 1. P. 594.

125. Hong J., Park J.H. Efficacy of Neuro-Feedback Training for PTSD Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int. J. Environ Res Public Health*. 2022 Oct 12;19(20):13096. doi: 10.3390/ijerph192013096. PMID: 36293673; PMCID: PMC9603735.

126. Horowitz M., Wilner N. & Alvarez W. Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.

127. Hoskins M., Pearce J., Bethell A., Dankova L., Barbui C., Tol W.A., van Ommeren M., de Jong J., Seedat S., Chen H., Bisson J.I. 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

128. Iyadurai L. et al. Preventing intrusive memories after trauma via a brief intervention involving Tetris computer game play in the emergency department: A proof-of-concept randomized controlled trial, *Mol. Psychiatry*, vol. 23, no. 3, 2018, doi: 10.1038/mp.2017.23.

129. James E. L. et al. *Playing* the computergame Tetris prior to viewing traumatic film material and subsequent intrusive memories: Examining proactive interference, *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry*, vol. 53, 2016, doi:10.1016/j.jbtep.2015.11.004.

130. James E. L. et al. Computer Game Play Reduces Intrusive Memories of Experimental Trauma via Reconsolidation-Update Mechanisms, *Psychol. Sci.* vol. 26, no. 8, 2015, doi: 10.1177/0956797615583071.

131. Karatzias T., Murphy P., Cloitre M., Bisson J., Roberts, N., Shevlin, M., Hutton P. Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 1-15. doi:10.1017/s0033291719000436

132. Keane Terence & Taylor, Kathryn & Penk, Walter. (1997). Differentiating Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) from Major Depression (MDD) and Generalized Anxiety Disorder (GAD). *Journal of anxiety disorders*. 11. 317-28. 10.1016/S0887-6185(97)00013-3.

133. Khan A. M., Dar. S., Ahmed R., Bachu R., Adnan, M., & Kotapati, V. P. (2018). Cognitive

Behavioral Therapy versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Patients with Post-traumatic Stress Disorder: Systematic Review and Meta analysis of Randomized Clinical Trials. *Curcus*. doi:10.7759/curcus.3250

134. Kilpatrick D.G., Koenen K.C., Ruggiero K.J., Acierno R., Galea S., Resnick H.S., et al. The serotonin transporter genotype and social support and moderation of posttraumatic stress disorder and depression in hurricane-exposed adults. *Am J Psychiatry*. 2007;164:1693-1699

135. Kuehner C., Resick P.A., 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.

136. Lader M. Многоцентровое сравнительное исследование гидроксизина, буспирона и плацебо двойным слепым методом у больных с генерализованными тревожными состояниями (расширенный реферат) / М. Lader, J. –С. Scotto// Психиатрия и психофармакотерапия: журнал им. П.Б. Ганнушкина.– 2002. – №2. – С. 76-78.

137. Lawrence S., De Silva M., Henley R. Sports and games for post-traumatic stress disorder (PTSD) // *Cochrane Database Syst Rev*. 2010. Vol. 2010, N 1. P. CD007171. Lee C., Gavriel H., Drummond P., Richards J., & Greenwald R. Treatment of PTSD: Stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *Journal of Clinical Psychology*, (2002). 58, 1071-1089.

138. Lee D.J., Schnitzlein C.W., Wolf J.P. et. al. Psychotherapy versus pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: systemic review and meta-analyses to determine first-line treatments. *Depress Anxiety* 2016; 33:792-806.

139. Lewis C., Roberts N.P., Andrew M., Starling E., Bisson J.I. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *Eur. J.Psychotraumatol*. 2020 Mar 10;11(1):1729633. doi: 10.1080/20008198.2020.1729633

140. Lewis C., Roberts N. P., Andrew M., Starling E., & Bisson J. I. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, (2020). 11(1), 1729633. doi:10.1080/20008198.2020.1729633

141. Li X-Y, Sun Y-P, Lu J. et al. Progress of researches on acupuncture and moxibustion for treating post-traumatic stress disorder in the past five years // *Zhen Ci Yan Jiu*. 2021. Vol. 46, N 5. P. 439-44.

142. Lieberman M. D., Eisenberger N. I., Crockett M. J., S. et al., Putting feelings into words: Affect labeling disrupts amygdala activity in response to affective stimuli: Research article, *Psychol. Sci*, vol. 18, no. 5, 2007, doi: 10.1111/j.1467- 9280.2007.01916.x.

143. Maples-Keller J. L., Yasinski C., Manjin N., & Rothbaum B.O. Virtual Reality-Enhanced Extinction of Phobias and Post-Traumatic Stress. *Neurotherapeutics*, (2017),14(3), 554-563. doi:10.1007/s13311-017-0534-y

144. Martin P.I., Chao L., Kregel M.H. et al. Transcranial Photobiomodulation to Improve

Cognition in Gulf War Illness // *Front Neurol.* 2021. N 11. P. 574386.

145. Maschavan't Wout-Frank M., Shea M.T., Larson V.C., Greenberg B.D., Philip N.S. Combined transcranial direct current stimulation with virtual reality exposure for posttraumatic stress disorder: Feasibility and pilot results. *Brain Stimul.* 2019;12:41-43
146. Mavranouzouli I., Megnin-Viggars O., Grey N., et al. Cost-effectiveness of psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults. *PLOS ONE*, (2020). 15(4), e0232245. doi:10.1371/journal.pone.0232245
147. Mc. Lay R., Baird A., Webb-Murphy J. et al. randomized, head-to-head study of virtual reality exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, (2017), 20, 218-224.
148. Meewisse M.L., Reitsma J.B., de Vries G.J., et al. Cortisol and post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2007; 191: 387-392.
149. Merz J., Schwarzer G., Gerger H. Comparative efficacy and acceptability of pharmacological, psychotherapeutic, and combination treatments in adults with posttraumatic stress disorder: a network meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2019; 76:904-13.
150. Micallef J., Soubrouillard C., Guet F. et al. A double blind parallel group placebo controlled comparison of sedative and mnesic effects of etifoxine and lorazepam in healthy subjects. *Fundam. Clin. Pharmacol.* 2001 Jun; 15(3):209-16.
151. Muenzenmaier K., Castille D., Shelley A. et al. Comorbid post-traumatic stress disorder and schizophrenia. *Psychiatr Ann.* 2005; 35(1):50-56.
152. NacaschN., Foa E. B., Huppert J. D., Tzur D., Fostick L., Dinstein Y., ... Zohar, J. (2011). Prolonged exposure therapy for combat- and terror-related posttraumatic stress disorder: A randomized control comparison with treatment as usual NCT00229372. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72, 1174-1180.
153. Nguyen N., Fakra E., Pradel V., et al. Efficacy of etifoxine compared to lorazepam monotherapy in the treatment of patients with adjustment disorders with anxiety: a double-blind controlled study in general practice. *Hum Psychopharmacol.* 2006 Apr;21(3):139-49;
154. Nicholson A. A., Ros T., Jetly R., & Lanius R. A. Regulating posttraumatic stress disorder symptoms with neurofeedback: Regaining control of the mind. *Journal of Military, Veteran and Family Health*, 6(S1), 3-15. <https://doi.org/10.3138/imvfh.2019-0032>
155. Nilsson H., Gustavsson C., Gottvall M., Saboonchi F. Physical activity, post-traumatic stress disorder, and exposure to torture among asylum seekers in Sweden: a cross-sectional study // *BMC Psychiatry.* 2021. Vol. 21, N 1. P. 452.
156. O'Donnell M. L. et al. Stepped early psychological intervention for posttraumatic stress disorder, other anxiety disorders, and depression following serious injury.// *J. Trauma Stress*, vol. 25, no. 2, 2012, doi: 10.1002/jts.21677.
157. Ontario Health (Quality). Internet-Delivered Cognitive Behavioural Therapy for Post-traumatic

Stress Disorder or Acute Stress Disorder: A Health Technology Assessment. *Ont. Health Technol. Assess Ser.* 2021 Jun.1; 21(9):1-120. PMID: 34527087; PMCID: PMC8398719.

158. Pacella M.L., Armelie A., Boarts J. et al. The impact of prolonged exposure on PTSD symptoms and associated psychopathology in people living with HIV: A randomized test of concept. *AIDS and Behavior*, (2012), 16 (5), 1327-1340.

159. Peacock K.S, Stoerkel E., Libretto S. et al. A randomized trial comparing the Tennant Biomodulator to transcutaneous electrical nerve stimulation and traditional Chinese acupuncture for the treatment of chronic pain in military service members // *Military Medical Research*. 2019. Vol. 6, N 1. P. 37

160. Petrosino N.J., Cosmo C., Berlow Y.A. et al. Transcranial magnetic stimulation for post-traumatic stress disorder // *Ther Adv. Psychopharmacol.* 2021. N 11. P. 20451253211049921.

161. Petty F., Brannan S., Casada J. et al. Olanzapine treatment for post-traumatic stress disorder: An open-label study. *Int Clin. Psychopharmacol.* 2001; 16(6):331-7.

162. Philip N. S., Barredo J., Aiken E., Larson V., Jones R. N., Shea M. T., van 't Wout-Frank M. Theta-Burst Transcranial Magnetic Stimulation for Posttraumatic Stress Disorder // *Am J Psychiatry*. 2019. Vol. 176, N 11. P. 939-948. doi:10.1176/appi.ajp.2019.18101160

163. Pinto P.A., Gregory R.J. Post-traumatic stress disorder with psychotic features. *Am J Psychiatry*. 1995; 152(3):471. *Psychiatric Practice: July 2014 – Vol.20 – Iss.4 – p.253-259* doi: psychotherapies and pharmacotherapies for mental disorders in adults: an umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analyses. *World Psychiatry*, 21:133-145.

164. R. A. Bryant et al., Treatment of acute stress disorder: A randomized controlled trial, *Arch Gen Psychiatry*, vol. 65, no. 6, 2008, doi: 10.1001/archpsyc.65.6.659.

165. R. D. V. Nixon, Cognitive Processing Therapy Versus Supportive Counseling for Acute Stress Disorder Following Assault: A Randomized Pilot Trial, *Behav. Ther.*, vol. 43, no. 4, 2012, doi: 10.1016/j.beth.2012.05.001.

166. R. D. V. Nixon, T. Best, S. R. Wilksch, S. Angelakis, L. J. Beatty and N. Weber, Cognitive processing therapy for the treatment of acute stress disorder following sexual assault: A randomised effectiveness study, *Behaviour Change*, vol. 33, no. 4, 2016, doi: 10.1017/bec.2017.2.

167. Razumov A.N., Ezhov V.V. Dovgan I.A., Ponomarenko G.N. Therapeutic effects of climotherapy: scientometrical analysis of evidence-based studies // *Vopr.Kurortol. Fizioter Lech Fiz.Kult.* 2020. Vol. 97, N 6. P. 59-67.

168. Razumov A.N., Ezhov V.V., Dovgan I.A, Ponomarenko G.N. Therapeutic effects of climotherapy: scientometrical analysis of evidence-based studies // *Vopr.Kurortol.Fizioter. Lech Fiz.Kult.* 2020. Vol. 97, N 6. P. 59-67.

169. Reiter K., Andersen S.B., Carlsson J. Neurofeedback Treatment and Posttraumatic Stress Disorder: Effectiveness of Neurofeedback on Posttraumatic Stress Disorder and the Optimal Choice of Protocol. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2016 Feb; 204(2):69-77. doi: 10.1097/NMD.0000000000000418.

170. Sautter F.J., Brailey K., Uddo M.M. et al. PTSD and comorbid psychotic disorders: Comparison with veterans diagnosed with PTSD or psychotic disorder. *J Trauma Stress*. 1999;12(1):73-88.
171. Seah C., Breen M.S., Rusielewicz T. et al. Modeling gene x 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>
172. Servant D., Graziani P., Moyse 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;
173. Southwick S.M., Bremner J.D., Rasmusson A., Morgan C.A. 3rd, Arnsten A., Charney DS. Role of norepinephrine in the pathophysiology and treatment of posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*. 1999;46:1192-1204.
174. Steubl L., Sachser C., Baumeister H., Domhardt M. Mechanisms of change in Internet- and mobile-based interventions for PTSD: a systematic review and meta-analysis. *Eur. J.Psychotraumatol*. 2021 Feb 19; 12(1):1879551. doi: 10.1080/20008198.2021.1879551. PMID: 34025920; PMCID: PMC8128120.
175. 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
176. Tolin D.F, 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:10.1037/0033-2909.132.6.959trauma-typetrial after traumatic childbirth,” *Psychol Health*, vol. 35, no. 7,2020, doi:10.1080/08870446.2019.1699088. University, Ann Arbor, MI, United States. Retrieved from: <http://search.proquest.com/docview/193497792?accountid=13607> (accessed April 12, 2019).
177. Valiente-Gomez A., Moreno-Alcazar A., Treen D., Cedron C., Colom F., Perez V., & Amann B. L. (2017). EMDR beyond PTSD: A Systematic Literature Review. *Frontiers in Psychology*, 8. doi:10.3389/fpsyg.2017.01668
178. Van Dis EAM, van Veen SC, Hageaars MA et al. Long-term outcomes of cognitive behavioral therapy for anxiety-related disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2020; 77:265-73.
179. 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.
180. Yehuda R. Advances in understanding neuroendocrine alterations in PTSD and their therapeutic implications. *Ann N Y Acad Sci*. 2006;1071:137-166.
181. Yehuda R. Managing aggressive behavior associated with post-traumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 1999;7(2):25-7
182. Youngstedt S.D., Kline C.E., Reynolds A.M., Crowley S.K., Burch J.B., Khan N., Han S.

Bright Light Treatment of Combat-related PTSD: A Randomized Controlled Trial. *Mil Med.* 2022 Mar 28;187(3-4):e435-e444. doi: 10.1093/milmed/usab014. PMID: 33511988.

183. Zalta A.K., Bravo K., Valdespino-Hayden Z., Pollack M.H., Burgess H.J. A placebo-controlled pilot study of a wearable morning bright light treatment for probable PTSD. *Depress Anxiety.* 2019 Jul; 36(7):617-624. doi: 10.1002/da.22897. Epub 2019 Apr 17. PMID: 30995350; PMCID: PMC6721597.

184. Zang Y., Hunt N., & Cox T. (2013). A randomised controlled pilot study: The effectiveness of narrative exposure therapy with adult survivors of the Sichuan earthquake. *BMC Psychiatry*, 13(1).

185. Zatzick D. et al. Technology-Enhanced Stepped Collaborative Care Targeting Posttraumatic Stress Disorder and Comorbidity After Injury: A Randomized Controlled Trial, *J Trauma Stress*, vol. 28, no. 5, 2015, doi: 10.1002/jts.22041.

186. Zotev V., Phillips R., Misaki M., Wong C. K., Wurfel B. E., Krueger F., et al. Real-time fMRI neurofeedback training of the amygdala activity with simultaneous EEG in veterans with combat-related PTSD. *Neuroimag. Clin.* (2018). 19, 106-121. doi: 10.1016/j.nicl.2018.04.010