

Актуально на 6 фев 2024

Посттравматическое стрессовое расстройство: клиническая рекомендация

Диагнозы МКБ-10

- F43.1 [Посттравматическое стрессовое расстройство](#)

Диагнозы МКБ-11

- 6B40 [Post traumatic stress disorder](#)

Категория возрастная взрослые

Шкала убедительности и доказательности

Доказательность

- 1** Для методов диагностики: систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа. Для методов профилактики, лечения и реабилитации: систематический обзор РКИ с применением мета-анализа.
- 2** Для методов диагностики: отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа. Для методов профилактики, лечения и реабилитации: отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа.
- 3** Для методов диагностики: исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования. Для методов профилактики, лечения и реабилитации: нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования.
- 4** Для методов диагностики: несравнительные исследования, описание клинического случая. Для методов профилактики, лечения и реабилитации: несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования случай-контроль.
- 5** Для методов диагностики: имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов. Для методов профилактики, лечения и реабилитации: имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов.

Убедительность

А Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными).

В Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными).

С Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными).

Summary. Что главное в рекомендации

Посттравматическое стрессовое расстройство — психическое расстройство, развивающееся вследствие мощного психотравмирующего воздействия угрожающего или катастрофического характера, сопровождающееся экстремальным стрессом.

Симптоматика возникает обычно в течение шести месяцев от стрессового воздействия. Заболевание характеризуется высокой коморбидностью с другими психическими расстройствами и может приводить к изменению личности.

Основные клинические проявления ПТСР:

- повторные переживания элементов травматического события в ситуации «здесь и сейчас» в форме флэшбеков,
- повторяющиеся сновидения и кошмары, что сопровождается чаще тревогой и паникой, но возможно также гневом, злостью, чувством вины или безнадежности, стремлением избегать внутренние и внешние стимулы, напоминающие или ассоциирующиеся со стрессором.

Клиническая манифестация ПТСР возникает вследствие мощного психотравмирующего воздействия угрожающего или катастрофического характера, сопровождающегося экстремальным стрессом. ПТСР манифестирует специфической симптоматикой, помимо которой встречаются и иные проявления. В целом ПТСР вызывает клинически значимое тяжелое эмоциональное состояние или нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности. В дальнейшем воспоминания о стрессовой ситуации становятся менее актуальными. Пациент старается активно избегать даже разговоров о пережитом, чтобы не «будить тяжелых воспоминаний». В этих случаях иногда на первый план выступают раздражительность, конфликтность и даже агрессивность. На клиническую динамику и отдаленные прогнозы ПТСР могут также

оказывать экзогенно-органические изменения головного мозга, преимущественно травматического генеза.

[Коморбидность](#) — характерный признак ПТСР. О коморбидных психических нарушениях читайте подробнее по [ссылке](#). [Дифференцировать](#) ПТСР следует с острой реакцией на стресс, с расстройством адаптации, с хроническим изменением личности после катастрофы и [другими состояниями](#), а после введения МКБ-11 еще и с [продолжительной реакцией горя](#). Также смотрите [алгоритм диагностики и ведения пациента с ПТСР](#).

[Лабораторную](#) и [инструментальную](#) диагностику проводят для исключения соматических заболеваний, в том числе неврологических, при которых могут наблюдаться симптомы, схожие с ПТСР. Обязательно следует провести психологическую диагностику, а именно [клинико-психологическое психодиагностическое исследование](#), в ходе которого для оценки степени тяжести состояния пациента используют целый [перечень шкал](#). Следует учитывать, что [опросниковые методы](#) опираются в значительной степени на самооценочную природу получаемых данных и имеют свои ограничения в части объективности таких данных.

[При лечении коморбидных состояний](#) следует опираться на соответствующие клинические рекомендации и стандарты. [Основная тактика лечения ПТСР](#) — комбинация психофармакотерапии и психотерапии. [Выбор стратегии](#) терапии и соотношение психофармакотерапии и психотерапии зависят от ориентации пациента на тот или иной метод лечения, проявлений клинической симптоматики, этапа лечения, особенностей личности, актуальных ресурсов и организационных возможностей.

[Первая линия психофармакотерапии](#) — препараты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина: пароксетин 20–50 мг/сутки, сертралин 25–200 мг/сутки, флуоксетин 20–40 мг/сутки или венлафаксин 75–225 мг/сутки. При назначении следует учитывать [суицидальные риски](#). [Диазепам](#) 5–15 мг/сутки назначают при психомоторном возбуждении, связанном с тревогой, коморбидных острых тревожно-фобических, тревожно-депрессивных состояниях. [Лоразепам](#) 2–10 мг/сутки — при тревоге, раздражительности, нарушениях сна, вегетативных нарушениях. [Клоназепам](#) 1–4 мг/сутки — при выраженном или пароксизмальном страхе, психомоторном возбуждении на фоне реактивных психозов. [Алпразолам](#) 0,25–4,5 мг/сутки — при тревожных расстройствах, коморбидном паническом расстройстве или депрессивном расстройстве, причем доза может достигать до 6–10 мг/сутки. Возможно применение [тофизопама](#) для купирования эмоционального напряжения, тревоги и астении и [алимемазина](#). В качестве альтернативы производным бензодиазепина можно назначать анксиолитики, а именно [этифоксин](#). Также как терапию первой линии можно назначать [буспирон](#) и [гидрохазин](#).

[Вторая линия терапии](#) — применение [неселективных ингибиторов обратного захвата моноаминов](#): амитриптилин 75–150 мг/сутки перорально, имипрамин 75–250 мг/сутки и миртазапин 30–60 мг/сутки.

[Третью линию терапии](#) назначают при неэффективности терапии антидепрессантами или их сочетании с производными бензодиазепа. Назначают [ламотридин](#), [рисперидон](#), [кветиапин](#), [оланзапин](#), [тиаприд](#).

Для лечения ПТСР используют разные [виды психотерапии](#). Метод с наиболее [доказанной эффективностью](#): когнитивно-поведенческая психотерапия, сфокусированная на травме. В том числе ее отдельные варианты, такие как когнитивная психотерапия, когнитивно-процессуальная психотерапия, КПТ с пролонгированной экспозицией, нарративная экспозиционная психотерапия, а также десенсибилизация и переработка психической травмы движениями глаз. Подробнее читайте по [ссылке](#). При резистентных формах ПТСР используют методы [транскраниальной магнитной стимуляции](#).

На этапе реабилитации следует проводить [раннее психологическое вмешательство](#) (для снижения риска ПТСР после получения травматического опыта), [психосоциальную реабилитацию](#). Также назначают [ЛФК](#), [pTMC](#), [БОС-терапию](#), [транскраниальную терапию](#) постоянным электрическим током, [аудиовизуальную полисенсорную релаксацию](#), воздействие [излучением видимого диапазона](#), [гидротерапия](#) и [др.](#)

Краткая информация

Определение

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) - психическое расстройство, развивающееся вследствие мощного психотравмирующего воздействия угрожающего или катастрофического характера, сопровождающееся экстремальным стрессом.

Смотрите [клиническую рекомендацию](#) и действующий [стандарт медпомощи при ПТСР](#).

Основные клинические проявления:

- повторные переживания элементов травматического события в ситуации «здесь и сейчас» в форме флэшбеков,
- повторяющихся сновидений и кошмаров, что сопровождается чаще тревогой и паникой, но возможно также гневом, злостью, чувством вины или безнадежности, стремлением избегать внутренние и внешние стимулы, напоминающие или ассоциирующиеся со стрессором.

Симптомы возникают обычно в течение шести месяцев от стрессового воздействия. В качестве пусковых факторов выступают события, которые способны вызвать дистресс практически у любого человека, природные и техногенные катастрофы, угроза жизни, нападение, пытки, сексуальное насилие, военные действия, террористические акты, пребывание в плену или концентрационном лагере, свидетельство гибели другого человека, жизнеугрожающее заболевание, получение известия о неожиданной или насильственной смерти близкого человека. Заболевание характеризуется высокой

коморбидностью с другими психическими расстройствами и может приводить к изменению личности [1,2].

Этиология и патогенез

ПТСР развивается вследствие неспособности индивида справиться с экзогенным психотравмирующим воздействием чрезвычайного характера. В настоящее время активно исследуется вклад генетических факторов, в том числе с целью поиска возможных новых препаратов для лечения ПТСР, на сегодняшний день имеется большая база генетических исследований, которые указывают на полигенный характер фенотипа ПТСР, при этом вопрос о соотношении собственно генетических и средовых факторов остается открытым. Хорошо известно, что предшествующая травматизация повышает риск развития ПТСР, но пока нет однозначного описания патогенетических механизмов подобной сенситизации [3,4,5,6].

Острые стрессовые реакция являются нормальным ответом на чрезвычайное воздействия у ряда людей. Из-за дефицита ресурсов адапбельности естественный ответ на стресс принимает патологический характер, в частности нарушается функционирование гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и симпатoadреналовой системы, что приводит к манифестации симптомов ПТСР, повышенной готовности к тревожным реакциям, физиологическому возбуждению и гипервигилитету [7,8,9,10,11,12,13].

В когнитивных моделях ПТСР, которые в настоящее время нашли свое подтверждение в исследованиях с использованием современных возможностей нейровизуализации, патогенез ПТСР тесно связан с нарушением процессов переработки информации и интеграции травматического опыта в общую биографическую память пациента. Было выявлено, что травматические воспоминания ассоциированы со сниженной активностью левой нижней фронтальной коры, что дает возможность предположить, что в этих воспоминаниях преобладают эмоциональные и сенсорные элементы без соответствующих лингвистических ассоциаций.

Информация о травме существует в активной рабочей памяти до тех пор, пока не произойдет ее осмысление. Таким образом формируется цикл оживления травматических воспоминаниях под воздействием триггеров, связанных с травмой и стремлением избежать неприятный опыт с попытками контролировать ход мыслей и избегать столкновения со всем, что может напоминать о травме, что в свою очередь ухудшает переработку травматического опыта. В норме эпизоды навязчивых наплывов травматических переживаний чередуются с периодами избегания, со временем по мере завершения процесса эти состояния становятся реже и менее интенсивными. В ряде случаев может возникать конфликт между потребностью в осмыслении и существующей системой отношений, в этом случае возникает конфликт с последующим развитием избегающего поведения, эмоционального онемения, как проявления психологической защиты, что формирует почву для последующей манифестации коморбидных депрессивных расстройств. В этих случаях аффект утрачивает свою сигнальную функцию, поскольку любая сильная эмоция воспринимается как опасность возвращения травматического опыта [17,18,19,20].

Эпидемиология

Согласно данным международных исследований до 61% людей в разные периоды своей жизни сталкиваются с травматическими событиями, которые потенциально могут быть причиной развития ПТСР, однако расстройство манифестирует только у некоторых из них, процент заболевших сильно варьирует от 13 до 50%, что зависит от индивидуальной уязвимости и характера травматического воздействия. В качестве мер профилактики манифестации ПТСР на сегодняшний день – использовать терапию только для тех лиц, подвергшихся травматизации, кто демонстрирует ассоциированные с травмой или со стрессом симптомы. Заболеваемость сильно варьирует в зависимости от социального контекста, в благоприятные периоды жизни общества морбидность ПТСР составляет в населении 0,5% среди мужчин и 1,2% среди женщин. В отношении гендерных различий большинство исследователей сходятся во мнении, что ПТСР практически в два раза чаще встречается у женщин, за исключением специфической группы комбатантов. В детском возрасте наоборот мальчики оказываются более уязвимыми к манифестации ПТСР, чем девочки [21,22].

Классификация

ПТСР в МКБ-10

В МКБ-10 выделены следующие критерии ПТСР:

1. Пациент должен быть подвержен воздействию стрессорного события или ситуации (как коротко, так и длительно длящихся) исключительно угрожающего или катастрофического характера, что способно вызвать общий дистресс почти у любого индивидуума.
2. Стойкие навязчивые воспоминания или «оживление стрессора в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах, либо повторные переживания горя при воздействии обстоятельств, напоминающих или ассоциирующихся со стрессором.
3. Пациент должен обнаруживать физическое избегание или стремление избежать обстоятельства, напоминающие, либо ассоциирующиеся со стрессором (что не наблюдалось до воздействия стрессора).
4. Любое из двух:
 - психогенная амнезия (F40.0), либо частичная, либо полная в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора
 - Стойкие симптомы повышения психологической чувствительности или возбудимости (не наблюдавшиеся до действия стрессора), представленными любыми двумя:
 1. затруднение засыпания или сохранения сна;
 2. раздражительность или вспышки гнева;
 3. затруднения концентрации внимания;

4. повышение уровня бодрствования;
 5. усиленный рефлекс четверохолмия.
-
5. Критерии Б, В и Г возникают в течение шести месяцев после стрессогенной ситуации или в конце периода стресса (для некоторых целей начало расстройства, отставленное более чем на шесть месяцев, может быть включено, но эти случаи должны быть точно определены отдельно).

ПТСР в МКБ-11

В связи с широким сочетанием различных кластеров симптомов ПТСР, низким диагностическим порогом и высоким уровнем коморбидности в версии МКБ-11, представленной на Всемирной ассамблее здравоохранения в 2019 г. в Женеве, были предложены изменения, направленные на повышение клинической утилитарности классификации расстройств, непосредственно связанных со стрессом.

Первое нововведение касается названия для группы расстройств, вызванных стрессом. С целью подчеркивания стрессовой ситуации как обязательного этиологического критерия, в МКБ-11 было введено название раздела «Расстройства, непосредственно связанные со стрессом» (disorders specifically associated with stress, L1-6B4) вместо существующей рубрики F43 «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации», относящаяся к разделу F40 - F48 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» МКБ 10. В данном случае подчеркивается, что речь идет только о расстройствах, стресс для которых является обязательной и специфичной причиной их развития.

Раздел МКБ-11 «Расстройства, непосредственно связанные со стрессом» включает в себя 6B43 «расстройство адаптации» (6B43), «ПТСР» (6B40) и «комплексное ПТСР» (6B41). Помимо этого, в МКБ-11 включен новый самостоятельный диагноз «продолжительная реакция горя» (6B42). Диагнозы МКБ-11 продолжительной реакции горя, ПТСР, комплексной ПТСР и расстройства адаптации могут встречаться у представителей всех возрастных категорий, в том числе у детей и подростков. Данная группа также включает в себя специфические расстройства привязанности у детей. Кроме того, острая реакция на стресс в настоящее время представляется как нормальная реакция и, в связи с этим, классифицируется в главе «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения». Эта категория рассматривается как легитимная цель для клинических интервенций, но не определена как психическое расстройство ^[23,24,25,26,27,28,29,30,31].

Основные изменения в МКБ-11:

- более узкая концепция ПТСР, которая не позволяет выставлять диагноз на основе только неспецифичных симптомов;

- новая категория «комплексное ПТСР» («complex PTSD»), которая является аналогом диагноза «хроническое изменение личности после переживания катастрофы» (F62.0 в МКБ-10);
- новый диагноз «продолжительная реакция горя», используемый для характеристики пациентов, которые испытывают интенсивную, болезненную, приводящую к потере трудоспособности и аномально персистирующую реакцию на тяжелую утрату;
- существенный пересмотр диагностики «расстройства адаптации», включающий конкретизацию симптомов;
- пересмотр концепции «острой реакции на стресс» в русле представлений об этом состоянии, как о нормальном явлении, которое, однако, может потребовать клинического 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:

- повторным переживанием травматического события(ий) в настоящем времени в виде ярких навязчивых воспоминаний, сопровождающихся страхом или ужасом, флешбэками или ночными кошмарами;
- избеганием мыслей и воспоминаний о событии(ях), или избеганием деятельности или ситуаций, напоминающих событие(я);
- состоянием субъективного ощущения сохраняющейся угрозы в виде гипернастороженности или усиленных реакций испуга.

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

2. Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (6B41)

Расстройство, которое возникает после воздействия чрезвычайного или длительного по своей природе стрессора, от воздействия которого избавиться трудно или невозможно (например, воздействие геноцида, сексуальное насилие над детьми, нахождение детей на войне, жестокое бытовое насилие, пытки или рабство). 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.

Диагноз включает дополнения к трем типичным кластерам симптомов ПТСР:

- Стойкие длительные нарушения в аффективной сфере (повышенная эмоциональная реактивность, отсутствие эмоций, развитие диссоциативных состояний);
- Поведенческие нарушения (вспышки ярости, безрассудное или саморазрушающее поведение);
- Изменения в сфере представлений о самом себе (стойкие негативные представления о себе, как об униженном, побежденном и ничего не стоящем человеке, которые могут сопровождаться глубокими и всеохватывающими чувствами стыда, вины или несостоятельности);
- Нарушения в социальном функционировании (последовательное избегание или незаинтересованность в личных взаимоотношениях и социальной вовлеченности в целом; трудности в поддержании близких отношений).

Данная модель заменяет категорию МКБ-10 «хроническое изменение личности после переживания катастрофы» (F62.0).

Комментарии. В проекте МКБ-11 авторы реагируют на критику в чрезмерной комплексности и высокой коморбидности ПТСР, пытаясь определить стержневые черты расстройства и сделать данный диагноз легче отличаемым от других психических расстройств, ставя перед собой задачу увеличить клиническую утилитарность и предотвратить необоснованную диагностику ПТСР, сосредоточив внимание более узко на небольшом наборе легко идентифицируемых признаков. В то же время выраженные индуцированные стрессом изменения личности, регуляции аффекта, межличностного функционирования представлены в отдельном диагнозе комплексного ПТСР. Есть надежда, что параллельное использование предлагаемых МКБ-11 диагнозов ПТСР и комплексного ПТСР, будет иметь значительные преимущества для практических врачей [28].

Следует помнить о том, что ПТСР может развиваться в любом возрасте.

Клиническая картина

Клиническая манифестация ПТСР возникает вследствие мощного психотравмирующего воздействия угрожающего или катастрофического характера, сопровождающегося экстремальным стрессом.

В качестве пусковых факторов выступают события, которые способны вызвать дистресс практически у любого человека, природные и техногенные катастрофы, угроза жизни, нападение, пытки, сексуальное насилие, военные действия, террористические акты, пребывание в плену или концентрационном лагере, свидетельство гибели другого человека, жизнеугрожающее заболевание, инвалидизирующее заболевание, в т.ч. травма, потеря конечности, получение известия о неожиданной или насильственной смерти близкого человека и др..

К основным критериям факторов травматического переживания относят:

- Событие или ситуация носят угрожающий или катастрофический характер
- Событие или ситуация способны вызвать общий дистресс почти у любого индивидуума

Таким образом, подчеркиваются две его особенности: отчетливо психогенная природа расстройства и выходящая за рамки обычного человеческого опыта тяжесть психотравмы.

В клинической картине ПТСР выделяют следующую специфическую (основную) симптоматику ^[1,14,15,16,32,33]:

1. Повторяющиеся переживания травмирующего события (флэшбеки, представленные в навязчивых реминисценциях, ярких навязчивых воспоминаниях или повторяющихся снах). В большинстве случаев они неприятны и аффективно насыщены ^[1,15,16].
2. Избегание действий и ситуаций, напоминающих о травме (фактическое избегание, чувство «онемения» и эмоционального притупления, отрешенности, невосприимчивости к окружающему, эмоциональная отстраненность, ангедония, ограничительное поведение) ^[1,15,16,33].
3. Чрезмерное физиологическое возбуждение (бессонница, связанная с наплывом неприятных воспоминаний о травматическом событии, гипервигилитет – сверхнастороженность, повышенная реакция испуга) ^[1,14,15,16,33].

Согласно МКБ-10, симптомы должны возникать в течение 6 месяцев после травматического события. Между действием стрессора и возникновением клинических проявлений может наблюдаться латентный период ^[1,2,14,15,16,33].

Также у пациентов с ПТСР могут отмечаться следующие нарушения ^[1,14,15]:

1. Психогенная амнезия, либо частичная, либо полная, в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора.
2. Формирование депрессивных переживаний, эпизодическая или генерализованная тревожность.
3. Постоянное внутреннее напряжение, в котором находится пострадавший (в связи с обострением инстинкта самосохранения), затрудняет модуляцию аффекта: иногда пострадавшие не могут сдержать вспышки гнева даже по незначительному поводу. Могут отмечаться острые вспышки страха, паники или агрессии, вызванные воспоминаниями о травме.
4. Нарушения сна – бессонница (затруднение засыпания), ночные кошмары. Другими явлениями, присущими ПТСР и связанными со сном, являются: сомнамбулизм, сноговорение, гипнагогические и гипнопомпические галлюцинации, уменьшение представленности 4-й стадии сна. Также при ПТСР нередко обнаруживаются расстройства дыхания во сне.

5. Субъективно воспринимаемые нарушения памяти: затруднения запоминания; снижение ретенции в памяти той или иной информации; трудности воспроизведения. Ввиду фиксации пациента с ПТСР на травматические переживания, расстройства памяти не связаны с истинными нарушениями различных функций памяти, а обусловлены, в первую очередь, затруднением концентрации внимания на фактах, не имеющих прямого отношения к травматическому событию и угрозе повторного его возникновения.
6. Повышенный рефлекс четверохолмия на внезапные раздражители внешней среды (световые, зрительные, слуховые, тактильные) может легко возникнуть вздрагивание, вскакивание, вскрикивание или наоборот, «застывание». Иногда сопровождается вегетативными проявлениями (повышением артериального давления, появлением тахикардии и пр.). Обусловлен связями тектума (верхних холмиков четверохолмия у человека) с шейными и грудными сегментами спинного мозга.
7. Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, и numbing — эмоциональное онемение, блокировка эмоциональных реакций, оцепенение (не наблюдалось до травмы) может выражаться в следующих проявлениях:
 - Усилия по избеганию мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой.
 - Усилия по избеганию действий, мест или людей, которые пробуждают воспоминания о травме.
 - Неспособность вспомнить о важных аспектах травмы (психогенная амнезия).
 - Заметно сниженный интерес или участие в ранее значимых видах деятельности.
 - Чувство отстраненности или отделенности от остальных людей.
 - Сниженная выраженность аффекта (неспособность, например, к чувству любви).
 - Чувство отсутствия перспективы в будущем (например, отсутствие ожиданий по поводу карьеры, женитьбы, детей или пожелания долгой жизни).

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

В динамике развития расстройств на первом этапе ПТСР пациент погружен в мир переживаний, связанных с травмой, отмечаются наиболее выраженные в этот период флэшбеки. На этом этапе нередко отмечается обострение (или диагностируются впервые) хронических соматических заболеваний, особенно тех, в основе которых участвуют психосоматические механизмы формирования (язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка, холецистит, холангит, колит, запоры, бронхиальная астма и др.). Отмечаются также сексологические нарушения: снижение либидо и эрекции. Стоит отметить, что специфические симптомы, проявляющиеся в чувстве беспомощности, растерянности, вторгающихся пугающих образов, стойких руминациях о прогрессировании заболевания, могут в значительной степени влиять на совладание с соматическим заболеванием. Диссоциативные симптомы, обусловленные воздействием

психотравмы, препятствуют своевременному обращению за помощью, нарушают комплаенс пациентов^[14,16].

В дальнейшем, воспоминания о стрессовой ситуации становятся менее актуальными. Пациент старается активно избегать даже разговоров о пережитом, чтобы не «будить тяжёлых воспоминаний». В этих случаях иногда на первый план выступают раздражительность, конфликтность и даже агрессивность.

На клиническую динамику и отдаленные прогнозы ПТСР могут также оказывать экзогенно-органические изменения головного мозга, преимущественно травматического генеза, что является наиболее актуальным у комбатантов, как группы риска формирования ПТСР^[16,34,35,36,37,38,39]

Коморбидность ПТСР

Коморбидность является характерным признаком ПТСР. Патология, коморбидная ПТСР, широко распространена и представлена разнообразными сочетаниями клинико-психопатологических проявлений. Подобные состояния позволили выделить группу расстройств, обозначаемых как атипичные ПТСР, включающую разнородные симптомокомплексы, представленные перекрыванием проявлений ПТСР, как психогенного расстройства, с нарушениями других психопатологических регистров^[16,31,32,40,41,42,43,44].

Среди коморбидных ПТСР психических нарушений разные исследователи называют:

- паническое расстройство;
- генерализованное тревожное расстройство;
- социальная фобия;
- специфическая фобия;
- диссоциативные расстройства;
- большое депрессивное расстройство или депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство;
- биполярное аффективное расстройство;
- зависимость от психоактивных веществ (ПАВ)
- резидуально-органические заболевания головного мозга;
- органические заболевания головного мозга;
- шизофрения.

При наличии у пациента связи клинических и психопатологических нарушений со стрессом ПТСР – дифференцировать со следующими нозологиями с целью точной верификации состояния: острая реакция на стресс (F43.0), расстройство адаптации (F43.2), хроническое изменение личности после катастрофы (F62.0)^[1,2,15];

Комментарии: после введения к использованию МКБ-11 ПТСР также будет необходимо дифференцировать с «Пролонгированной реакцией горя» (6B42) [29,30].

Пролонгированная реакция горя – расстройство, при котором после смерти близкого человека сохраняются стойкая и всеохватывающая грусть и тоска по умершему или постоянная погруженность в мысли о покойном. Данные переживания продолжаются аномально длительный период по сравнению с ожидаемой социальной и культурной нормой (например, по крайней мере 6 месяцев или больше в зависимости от культурных и контекстуальных факторов), и они достаточно сильно выражены, чтобы вызвать значительное ухудшение в функционировании человека. Данные переживания также можно охарактеризовать как трудности принятия смерти, ощущение потери части самого себя, зlobу в отношении потери, чувство вины или трудности с вовлечением в социальные и другие виды деятельности.

У пациентов с признаками ПТСР – проводить дифференциальную диагностику со следующими расстройствами с целью точной верификации состояния [1,14,15,31,32,33,45,46,47].



- расстройства, связанные со стрессом (острая реакция на стресс, расстройства адаптации, хроническое изменение личности после переживания катастрофы);
- паническое расстройство;
- генерализованное тревожное расстройство;
- социальная фобия;
- специфическая фобия;
- диссоциативные расстройства;
- резидуально-органические заболевания головного мозга;
- органические заболевания головного мозга;
- специфические расстройства личности;
- шизофрения;
- острое полиморфное психотическое расстройство;
- гипоталамическое расстройство;
- патология щитовидной железы;
- феохромоцитома;
- употребление ПАВ (напр., амфетаминов, кокаина и др.);
- отмена производных бензодиазепина;
- побочные эффекты фармакотерапии (к примеру, кортикостероидов системного действия, половых гормонов, N06B психостимуляторов, средств, применяемых при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью, и ноотропных препаратов N06BX других психостимуляторов и ноотропных препаратов и препаратов для лечения заболеваний сердца).

Диагностика

Жалобы и анамнез

Алгоритм диагностики и ведения пациента с ПТСР

Основные жалобы, характерные для пациентов с ПТСР:

- наплывы воспоминаний о травмирующей ситуации,
- повторяющиеся переживания психотравмирующего события в виде ярких навязчивых воспоминаний, сопровождающихся страхом или ужасом, ночными кошмарами с содержанием пережитого травматического опыта,
- повышенная настороженность,
- стремление избегать каких-либо напоминаний о психотравмирующем событии, мыслей и воспоминаний о событии или избегать деятельности или ситуаций, людей, напоминающих событие,
- тревога,
- страх,
- беспокойство по мелочам,
- ожидание, что случится что-то ужасное,
- состояние субъективного ощущения сохраняющейся угрозы,
- невозможность почувствовать себя в безопасности,
- частичная или полная психогенная амнезия стрессового события,
- раздражительность,
- вспышки гнева,
- чувство нереальности происходящего,
- вегетативные компоненты тревоги (приливы жара-холода, потливость, ощущение внутренней дрожи, озноба, сердцебиение, мышечное напряжение и пр.),
- чувство отстраненности, эмоционального притупления,
- снижение работоспособности, утрата прежних интересов.

При опросе пациентов, переживших психотравмирующую ситуацию, – выявлять нарушения, характерные для ПТСР (на основании критериев, указанных в МКБ-10), и оценивать наличие связи между психопатологическими симптомами и психотравмирующей ситуацией угрожающего или катастрофического характера с целью верификации диагноза ^[1,2,14,15].

C 5

При сборе анамнеза и проведении клинического интервью у пациентов, переживших психотравмирующую ситуацию, – оценивать эмоциональную и сенсорную насыщенность травматических воспоминаний, выявить наличие интрузий в форме повторяющихся и кошмарных сновидений, флэшбеков (стойкие воспоминания или «оживление» стрессора в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах) в психическом статусе с целью дифференциальной диагностики от других заболеваний и планирования психотерапевтических интервенций ^[1,2,14,15].

C 5

При сборе анамнеза у пациентов, переживших психотравмирующую ситуацию, – обратить внимание на давность психотравмирующих обстоятельств (симптомы чаще развиваются в течение шести месяцев после стрессогенной ситуации) с целью дифференциальной диагностики от других заболеваний ^[1,2,14,15].

C 5

Комментарии: при отсроченной манифестации ПТСР важно выявить, что послужило триггером для манифестации симптомов.

При опросе пациентов с ПТСР – использовать [Структурированное клиническое диагностическое интервью \(СКИД\), модуль I «ПТСР»](#) с целью дифференциальной диагностики с другими заболеваниями ^[1,14,15].

C 5

При опросе пациентов с подозрением на ПТСР – выделить жалобы, относящиеся к вегетативным проявлениям тревоги, носящими устойчивый характер для учета при подборе терапии ^[1,14,15].

C 5

При сборе анамнеза у пациента с ПТСР – обращать внимание и учитывать не только событие, ставшее пусковым фактором ПТСР, но и отягощенность травматическими событиями в целом с целью дифференциальной диагностики и планирования стратегии психотерапии ^[1,14,15].

C 5

Комментарии: профессионального и осторожного подхода при сборе анамнеза требуют пациенты, пережившие сексуальное насилие, особенно совершенное родственниками или близкими пациенту людьми, поскольку они склонны скрывать факты насилия, особенно совершенные близкими родственниками или знакомыми.

Также необходимо помнить, что расспрос и рассказ о психотравмирующем событии сам может выступать как фактор дополнительной травматизации. Необходимо чутко оценивать состояние пациента и его динамику во время беседы. Важное значение имеет профессиональный психиатрический и психотерапевтический опыт, особенно опыт работы при оказании помощи пострадавшим от травмирующего стресса.

При анализе жалоб и сборе анамнеза у пациентов с ПТСР – обратить внимание на наличие возможных коморбидных психических заболеваний (в т.ч. панического расстройства, расстройств личности, депрессивного и биполярного расстройства, зависимости от ПАВ) с целью дифференциальной диагностики и для учета при подборе терапии ^[1,2,14,15].

C 5

При анализе жалоб и сборе анамнеза у пациентов с ПТСР – точно собирать алкогольный анамнез, уточнять опыт применения ПАВ, активно выявлять возможные предикторы злоупотребления алкоголем или ПАВ с целью планирования терапии и психокоррекционных интервенций ^[1,14,15].

C 5

При анализе жалоб и сборе анамнеза у пациентов с ПТСР – обратить внимание на наличие возможной коморбидной соматической патологии с целью дифференциальной диагностики и для учета при подборе терапии ^[1,14,15].

C 5

При сборе анамнеза и оценки психического статуса у всех пациентов с ПТСР – ценить суицидальный риск с целью дифференциальной диагностики состояния, определения вида и объема психиатрической помощи ^[1,14,15].

C 5

При сборе анамнестических данных у пациентов с ПТСР – уделить особое внимание текущим стрессовым факторам в жизни пациента, оценить имеющуюся

C 5

социальную поддержку, межличностные проблемам, актуальные сомнения и опасения, а также выявить случаи суицидального поведения в анамнезе с целью оценки тяжести состояния и определения объема психиатрической, психотерапевтической, психологической и социальной помощи ^[1,14,15].

При сборе анамнеза всех пациентов с ПТСР – подкрепить полученную информацию объективными сведениями со стороны родственников пациента с целью большей точности диагностики ^[1,14,15].

C 5

В процессе первых бесед с пациентами с ПТСР – оценить специфику переработки травматического опыта для планирования дальнейших психотерапевтических интервенций ^[1,14,15].

C 5

Комментарии: у пациента уточняют, что было самым тяжелым в травматическом опыте, определяют особенности экзистенциальной мета-когнитивной переработки произошедшего, для чего задаются необходимые уточняющие вопросы.

Физикальное обследование

Подробное физикальное и неврологическое обследование пациентов с симптомами ПТСР – с целью исключения соматической патологии и подтверждения психиатрического диагноза, а также для выявления коморбидной патологии ^[1,14,15].

C 5

Пациентам с ПТСР физикальное обследование – начать с наружного осмотра, измерения роста, массы тела, уровня физического развития, визуального исследования целостности кожных покровов с целью исключения соматических заболеваний, выявления следов самоповреждающего поведения, инъекций, оценки соматического статуса ^[1,14,15].

C 5

Пациентам с ПТСР – измерить пульс и артериальное давление лежа (после отдыха 5 минут) и стоя (через 3 минуты после вставания) с целью оценки вегетативных проявлений и соматического статуса ^[1,14,15].

C 5

В дополнение к стандартному физикальному обследованию всем пациентам – провести осмотр кожных покровов с целью выявления следов от инъекций для исключения факта приема пациентом ПАВ и выявления следов самоповреждающего поведения ^[1,14,15].

C 5

Лабораторные диагностические исследования

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

Пациентам с ПТСР – провести общий (клинический) анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический, общий (клинический) анализ мочи для исключения соматической патологии и для оценки рисков развития побочных эффектов при приеме психофармакологической терапии ^[1,14,15].

C 5

Пациентам с ПТСР – провести анализ крови для оценки функции щитовидной железы: исследование уровня общего трийодтиронина (Т3) сыворотки крови,

B 2

уровня свободного трийодтиронина сыворотки крови (Т3), уровня общего тироксина (Т4) сыворотки крови, уровня свободного тироксина сыворотки (Т4) крови, уровня тиреотропного гормона в крови для исключения патологии щитовидной [1,14,15,288].

Комментарии: Скрининг уровня гормонов щитовидной железы – для первичных пациентов, которым никогда ранее не проводилось это исследование, или при наличии клинических или анамнестических показаний.

Инструментальные диагностические исследования

На текущий момент не существует каких-либо инструментальных методов диагностики ПТСР. Основная цель инструментальных обследований - исключение соматических (в т.ч. неврологических) заболеваний, при которых могут наблюдаться симптомы, схожие с ПТСР.

Пациентам с ПТСР – регистрация электрокардиограммы для оценки соматического состояния, исключения сердечно-сосудистой патологии [1,14,15,289,290,291].

A 3

Пациентам с ПТСР – проведение электроэнцефалографии для оценки биоэлектрических потенциалов головного мозга и исключения пароксизмальных состояний [1,14,15,289,292].

A 3

Комментарии: электроэнцефалографическое исследование – для первичных пациентов, которые ранее не подвергались этим исследованиям, и/или при наличии клинических или анамнестических показаний. А также по назначению врача-невролога.

Пациентам с ПТСР – проведение дуплексного сканирования транскраниальных артерий и вен для исключения сосудистой патологии [1,14,15,293].

C 4

Комментарии: дуплексное сканирование транскраниальных артерий и вен для первичных пациентов, которые ранее не подвергались этим исследованиям, и/или при наличии клинических или анамнестических показаний. А также по назначению врача-невролога

Пациентам с ПТСР – проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга для исключения органического поражения головного мозга [1,14,15,289,294].

B 3

Комментарии: МРТ головного мозга – для первичных пациентов, которые ранее не подвергались этим исследованиям, и/или при наличии клинических или анамнестических показаний. А также по назначению врача-невролога

Иные диагностические исследования

Клинико-психологическое психодиагностическое исследование

ПТСР является заболеванием, в патогенез и клинические (клинико-психопатологические) проявления которого большой вклад вносят психологические факторы, а одним из

эффективных методов лечения является психотерапия. На основании биопсихосоциальной концепции понимания психических расстройств, важным представляется привлечение медицинских психологов в полипрофессиональные бригады для участия в проведении лечебно-диагностических мероприятий с целью определения сохраненных и нарушенных вследствие болезни индивидуально-психологических особенностей пациента, выделения мишеней психотерапевтического воздействия, объективизации динамики терапевтических мероприятий.

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

Пациентам с ПТСР – использование психометрических шкал и симптоматических опросников для скрининга на ПТСР, оценки тяжести состояния, выраженности симптомов и их динамики в процессе терапии ^[16,47,48,49,50].

С 5

1. [Опросник на скрининг ПТСР](#) (Trauma Screening Questionnaire, Brewin C. et al., 2002) ^[47].
2. [Шкала для клинической диагностики ПТСР](#) (clinical- administered ptsd scale – caps) ^[48,295].
3. [Структурированное клиническое диагностическое интервью \(СКИД\)](#), модуль I «ПТСР» ^[16,296].
4. [Шкала оценки влияния травматического события \(ШОВТС\)](#) (Impact of Event Scale-R – IES-R) ^[48,49].
5. [Миссисипская шкала](#) для оценки посттравматических реакций (гражданский и военный варианты) ^[48].
6. [Шкала оценки интенсивности боевого опыта](#) (Combat Exposure Scale – CES) ^[16,297,298].
7. [Шкала оценки выраженности психофизиологической реакции на стресс](#) ^[16].
8. [Опросник перитравматической диссоциации](#) ^[48].
9. [Шкала диссоциации](#) (Dissociative Experience Scale – DES) ^[49].
10. [Шкала безнадежности Бека](#) (Beck Hopelessness Scale, BHS) ^[49].
11. [Опросник для оценки терапевтической динамики ПТСР](#) (Treatment Outcome PTSD Scale – TOP-8) ^[49,50].

Комментарии: приведенные методики являются психометрическими и/или симптоматическими опросниками, которые позволяют оценить объективно характер и выраженность клинической симптоматики, ее динамику, эффект от проводимого лечения. Более полно клинико-психологическая и экспериментально-психологическая диагностика может проводиться медицинским психологом в зависимости от конкретных диагностических задач или для определения мишеней психотерапевтического воздействия. Выбор методов и методик психологической диагностики относится к компетенции

медицинского психолога, при соблюдении требования о представлении в тексте психологического заключения испрашиваемых лечащим врачом данных.

Могут применяться различные шкалы, прошедшие адаптацию и валидизацию, в зависимости от целей исследования. Методики могут применяться факультативно, и перечень возможных методик для проведения экспериментально-психологического обследования не ограничен. При этом одной из важнейших составляющих участия медицинского психолога в оказании медицинской помощи пациентам с ПТСР является психологическая диагностика. Используются все основные виды, методы и методики, принятые как в психологической диагностике в целом, так и в ее прикладном клиническом разделе, именуемом «медицинской психодиагностикой» или «психологической диагностикой в клинике». В соответствии с базовыми теоретическими положениями психологической диагностики, в клинической практике используются и клинико-психологические (экспертные) методы (клиническая беседа, наблюдение, интервью, анализ продуктов деятельности и т.п.), и экспериментально психологические методы.

Опросниковые методы опираются в значительной степени на самооценочную природу получаемых данных и имеют свои ограничения в части объективности таких данных. С другой стороны, они в большей степени отражают индивидуально-психологические особенности самой личности и ее сохранность/измененность в ситуации болезни, а также раскрывают широкий комплекс присущих испытуемому связей, отношений, способов реагирования и совладания, иных клинически значимых характеристик личности и личностно-средового взаимодействия и др. Такие данные должны расцениваться в рамках персонализированного подхода при реализации биопсихосоциальной парадигмы современных антропоцентрированных и клинических наук.

При этом клинические методы органично вплетены в процедуры экспериментально-психологического исследования и используются непосредственно в процессе выполнения испытуемым проб и тестовых методик. Отличительной особенностью применения клинико- и экспериментально-психологических методов при решении задач психологической диагностики является учет и анализ специфики, обусловленной измененным болезнью психическим и психологическим статусом испытуемого.

Лечение

ПТСР – заболевание, которое имеет высокую коморбидность с большим количеством психических и соматических расстройств. В лечении пациентов с ПТСР и коморбидными нарушениями целесообразно также опираться на клинические рекомендации и стандарты оказания помощи для этих заболеваний.

Комплексная терапия

Пациентам с ПТСР в качестве основной терапевтической стратегии с целью повышения эффективности лечения – комбинация психофармакотерапии и психотерапии^[51,52].

Комментарии: данные современных научных исследований подтверждают эффективность как психофармакотерапии, так и психотерапии (когнитивно-поведенческой, нарративной экспозиционной и др.) в лечении ПТСР [52].

Имеются отдельные исследования, показывающие высокую эффективность сочетанного применения психофармакотерапии и психотерапии, однако в ряде опубликованных мета-анализов выводы носят противоречивый характер, активно подчеркивается острая необходимость проведения дальнейших исследований в этой области [53].

При ведении пациентов с ПТСР приоритет остается за комбинированной терапией, однако в зависимости от условий могут отдельно использоваться психофармакотерапия и психотерапия. Психотропные препараты (N06A антидепрессанты, N05B анксиолитики, N05C снотворные и седативные средства, N05A антипсихотические средства) широко используются в лечении ПТСР, поскольку психотерапия, сфокусированная на травме, может быть недоступной (особенно в начале заболевания) или плохо переноситься.

Выбор стратегии терапии и соотношение психофармакотерапии и психотерапии зависят от ориентации пациента на тот или иной метод лечения, проявлений клинической симптоматики, этапа лечения, особенностей личности, актуальных ресурсов и организационных возможностей и должен гибко оцениваться с учетом персонализированного подхода в каждом конкретном случае. Имеются показания и противопоказания как для психофармакологического, так и для психотерапевтического лечения. Они преимущественно связаны с состоянием пациента, побочными эффектами и организационными условиями [54,55].

Психофармакотерапия

Терапия первой линии

Препараты, применяемые при ПТСР и их дозировки приведены в [справочнике](#). «Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата» в таблице «Рекомендуемые дозы препаратов для лечения ПТСР»

Пациентам с ПТСР в качестве препаратов первой линии преимущественно – начинать терапию с назначения препаратов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) (пароксетин 20-50 мг/сут, сертралин 25-200 мг/сут, флуоксетин 20-40 мг/сут) или венлафаксина 75-225 мг/сут с целью снижения интенсивности интрузий, снижения чувствительности к внешним и внутренним стимулам, запускающим повторное переживание травматического опыта, уменьшения выраженности аффективных нарушений и стабилизации настроения. Рекомендованная длительность терапии составляет 6-12 месяцев, чаще около года после стабилизации состояния [51,53,302].

A 1

Комментарии: после установления диагноза ПТСР пациентам в качестве первого курса в течение первых 4-6 недель – либо проводить монотерапию СИОЗС либо венлафаксином. Эффективность терапии оценивается через 4-6 недель от начала

приема. Если эффективность достаточная, продолжают прием препарата в течение полного курса (6-12 месяцев после стабилизации состояния). При недостаточной эффективности целесообразно повысить дозы принимаемого препарата до максимально-терапевтических или заменить на другой СИОЗС первой линии или венлафаксин. Вариант лечения следует выбирать индивидуально для каждого пациента с учетом психотропного и соматотропного действия препарата, возможных нежелательных явлений, психического и соматического статуса пациента, клинических характеристик заболевания, а также коморбидных расстройств.

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

К преимуществам рекомендованных антидепрессантов относятся хороший профиль эффективности-переносимость-безопасность, возможность однократного приема, наличие долговременного эффекта терапии; к недостаткам – отставленное развитие эффекта, возможный анксиогенный эффект в первую неделю терапии, необходимость титрации дозировки, негативное влияние на сексуальную функцию, развитие тошноты и некоторых других побочных эффектов.

Предупредить пациента с ПТСР о возможном развитии побочных эффектов в начале приема антидепрессантов для обеспечения комплаенса. В первые недели приема целесообразно наблюдать за пациентом, оценивая суицидные риски, возможное усиление тревожной симптоматики ^[53,54,55,56].

Пациентам с ПТСР с выраженной тревогой, страхом, раздражительностью, возбуждением и вегетативными нарушениями на первом этапе терапии показано краткосрочное применение препаратов из группы производных бензодиазепина с целью купирования тревоги и симптомов из кластера физиологического возбуждения, вегетативных симптомов, психомоторного возбуждения:

Диазепам 5-15 мг/сут (при психомоторном возбуждении, связанном с тревогой, коморбидных острых тревожно-фобических, тревожно-депрессивных состояниях). Дозу обычно делят на 2-3 приема. Длительность курса диазепама не должна превышать 4 недель, в тяжелых случаях допускается до 8-12 недель, включая время постепенного прекращения ^[57,303,304,307,308].

C 5

Лоразепам 2-10 мг/сут (при тревоге, раздражительности, нарушениях сна, вегетативных нарушениях). Обычно назначают 2-3 мг/сут, разделенные на 1-3 приема, а затем при необходимости, увеличивают суточную дозу препарата до поддерживающей, которая чаще всего составляет от 2 мг до 6 мг в сутки, разделенная на 1-3 приема. Для купирования симптомов – применять как можно меньшие эффективные дозы. Дозу лоразепама необходимо увеличивать

C 4

постепенно, начиная с увеличения дозы, применяемой вечером. Максимально можно назначить до 10 мг в сутки. При нарушениях сна, вызванных тревогой, обычно назначают раз в сутки перед сном от 2 до 5 мг лоразепама [57,303,309].

Клоназепам 1-4 мг/сут (при выраженном / пароксизмальном страхе, психомоторном возбуждении на фоне реактивных психозов). Для купирования симптомов – применять как можно меньшие эффективные дозы. Дозу обычно делят на 2-3 приема. При необходимости дозу увеличивают постепенно, каждые 3 дня, не более чем на 0,25-0,5 мг, до момента достижения соответствующего терапевтического эффекта или максимальной суточной дозы [57,303].

В 3

Алпразолам 0,25-4,5 мг/сут (при тревожных расстройствах, коморбидном паническом расстройстве или депрессивном расстройстве доза может достигать до 6-10 мг/сут). Начинают применение с минимальных доз (0,25-0,5 мг/сут) с последующим увеличением сначала в вечерние, затем в дневные часы в течение нескольких дней или недель. При тревожных состояниях начальная суточная доза составляет 0,75-1,5 мг и может быть увеличена до 3-4,5 мг/сут. Курс лечения алпразоламом допустим до 3 месяцев, прекращение терапии следует проводить в течение 2-6 недель, снижая суточную дозировку не более чем на 500 мкг каждые 3 дня, допускается более медленная отмена [57,303].

В 2

Комментарии: ряд специалистов придерживается точки зрения, что производные бензодиазепамина эффективны в короткой перспективе, уменьшая тревогу, раздражительность и симптомы вегетативного возбуждения, но при длительном использовании могут усиливать симптомы избегания и социальную дезадаптацию. Негативное влияние на когнитивное функционирование может снижать эффективность психотерапии. Длительное применение производных бензодиазепамина оправдано, в случае отсутствия ответа на другое лечение или его непереносимость. Большинство производных бензодиазепамина были одобрены для терапии так называемых тревожных состояний, еще до появления ПТСР как самостоятельной нозологии, исследования их эффективности в РКИ для лечения ПТСР практически не встречаются.

Преимуществами производных бензодиазепамина являются быстрый эффект, анксиолитическое и вегетотропное действие развивается в течение 30-60 мин после перорального или инъекционного введения, у пациентов с суицидальными тенденциями они позволяют достичь быстрого контроля над симптомами. Их отличает хорошая переносимость, широкое терапевтическое окно – безопасность при передозировке. Учитывая, что эффект антидепрессантов достигается через 4-6 недель терапии, кратковременное назначение производных бензодиазепамина на первом этапе позволяет снизить интенсивность тревожной симптоматики.

Перед назначением этой группы препаратов должен быть хорошо собран наркологический анамнез. Не целесообразно их назначать пациентам с зависимостью или риском формирования зависимости от ПАВ. Следует обратить внимание на комплаентность пациента – в некоторых случаях пациенты склонны превышать рекомендуемые дозировки. Препараты группы N05BA производные бензодиазепамина могут формировать зависимость и имеют синдром отмены при резком прекращении терапии. Поэтому длительность их применения должна быть ограничена 3 неделями. Длительность применения ограничивается также значимыми нежелательными эффектами – седацией,

головокружением, нарушением координации, снижением концентрации внимания и запоминания, нарушением психомоторных функций, риском формирования зависимости, толерантности к препаратам, выраженным синдромом отмены, проявляющимися ухудшением состояния и усилением тревоги после прекращения приема, и поэтому должно ограничиваться короткими курсами (не более 3 недель) ^[58].

Нет доказательных исследований об эффективности бромдигидрохлорфенилбензодиазепаина.

Однако в российской медицинской практике он традиционно применялся для лечения тревожных расстройств, купирования панических атак, а также в лечении ветеранов с ПТСР. При назначении производных бензодиазепаина следует учитывать период полувыведения при решении вопроса о кратности приема и профилактики эффектов кумуляции (бромдигидрохлорфенилбензодиазепин в связи с длительным периодом полувыведения **не рекомендуется** назначать более 1-2 раз в сутки; алпразолам в связи с относительно небольшим периодом полувыведения следует назначать с частотой не менее 3 раз в сутки).

Пациентам с ПТСР, в клинической картине которых имеются расстройства, сопровождающиеся эмоциональным напряжением, тревогой, вегетативными расстройствами, апатией, усталостью и подавленным настроением – применение тофизопама для купирования этих проявлений (50-300 мг/сут) ^[59,60,61,62,63,64,65,66].

В 3

Комментарии: производный бензодиазепаина препарат тофизопам имеет иное расположение нитрогенной группы, что определяет ряд его специфических характеристик, к нему не развивается физическая зависимость, отсутствуют седативный и миорелаксирующий эффекты, он не влияет на когнитивное функционирование, поэтому отнесен к дневным транквилизаторам, не потенцирует действие алкоголя, применяется в комплексной терапии алкогольного абстинентного синдрома. В связи с выраженным вегетостабилизирующим эффектом широко применяется в неврологии для лечения психовегетативного синдрома, который имеет общие симптомы с третьим кластером симптомов ПТСР. В открытом исследовании на небольшой выборке была показана эффективность тофизопама в терапии ПТСР. Взрослым назначают по 50-100 мг (1-2 таблетки) 1-3 раза в сутки. В случае приступообразного ухудшения состояния можно разово принять 1-2 таблетки. Максимальная суточная доза - 300 мг, длительность терапии составляет 4-12 недель. Препарат может применяться в комбинированной терапии с другими средствами.

Пациентам с ПТСР, в клинической картине которых имеются расстройства, сопровождающиеся тревогой, эмоциональным напряжением, вегетативными расстройствами, соматоформными нарушениями, невыраженным психомоторным возбуждением, беспокойством, нарушениями сна – применение алимемазина (15-80 мг/сут) для купирования этих проявлений ^[67,68].

С 5

Комментарии: курсовое лечение необходимо начинать с приема 2,5-5 мг в вечернее время с постепенным увеличением суточной дозы до требуемого эффекта. Суточная доза может быть распределена на 3-4 приема. Длительность курсового лечения может составлять от 2 до 6 и более месяцев и определяется врачом в зависимости от состояния в соответствии с инструкцией по

медицинскому применению препарата. При необходимости для достижения седативного или снотворного эффекта может применяться эпизодически (за 20-30 мин до сна). Побочные эффекты крайне редки и выражены незначительно. Препарат может применяться в комбинированной терапии с другими средствами.

Пациентам с ПТСР в качестве анксиолитиков альтернативным производным бензодиаземина – назначение этифоксина (150-200 мг/сут) для устранения тревоги, страха, внутреннего напряжения, раздражительности, а также признаков повышенных настроенности и вегетативного возбуждения ^[69,70,71,72,72,74].

A 2

Комментарии: этифоксин хорошо зарекомендовал себя в лечении стрессовых расстройств с тревожным синдромом. Его анксиолитическое действие, отсутствие аддиктивного потенциала и типичных для бензодиазепинов побочных эффектов обусловлено высокоспецифическим модулированием активности ГАМК-рецепторов, в результате аллостерического взаимодействия с ними, а также активации белка-транслокатора (известного как периферический рецептор бензодиазепинов), что приводит к интенсификации биосинтеза нейростероидов, за счет чего осуществляется его анксиолитическое, анальгетическое и нейротрофическое действия. К нежелательным эффектам этифоксина относятся сонливость, аллергические реакции кожи, острые реакции гиперчувствительности, гепатит, маточные кровотечения. Этифоксин применяется в дозе 150-200 мг/сут. Продолжительность лечения от нескольких дней до 4-6 недели в зависимости от состояния пациента. Препарат может применяться в комбинированной терапии с другими средствами.

Пациентам с ПТСР – применение анксиолитиков, не относящихся к группе производные бензодиаземина – гидроксизина (25-100 мг/сут) при наличии коморбидных тревожных расстройств для снижения уровня тревоги ^[75,76,77,78].

A 1

Комментарии: гидроксизин назначается для снижения уровня тревоги (симптоматическое лечение тревоги). Он не угнетает кору головного мозга, но его действие может быть связано с подавлением активности некоторых ключевых зон субкортикальной области центральной нервной системы. В случае применения пероральных лекарственных форм седативный эффект наступает через 30-45 минут. Гидроксизин также обладает спазмолитическим и симпатолитическим действием, демонстрирует умеренную анальгетическую активность. Рекомендуемая дозировка 25-100 мг/сут. Поскольку реакции на прием гидроксизина отличаются изменчивостью, – начинать лечение с низких доз препарата и постепенно повышать до оптимальной, регулируя ее в соответствии с ответом пациента на терапию. В случае если тревожность проявляется бессонницей, основная доза принимается вечером перед сном. Длительность определяется индивидуально, курс обычно составляет 4-8 недель. Препарат может применяться в комбинированной терапии с другими средствами.

Пациентам с ПТСР – применение анксиолитиков, не относящихся к группе производные бензодиаземина – буспилона (20-30 мг/сут) при наличии коморбидных тревожных расстройств для снижения уровня тревоги ^[75, 78].

C 2

Комментарии: в отличие от производных бензодиаземина буспирон не обладает миорелаксантами противосудорожными свойствами. Его седативный эффект значительно слабее эффекта типичных анксиолитиков и не нарушает психомоторные функции. По анксиолитической активности буспирон примерно аналогичен эффекту производных бензодиаземина. Буспирон не вызывает

толерантности и зависимости, а после завершения курса лечения не развиваются симптомы отмены. Действие бупропиона развивается постепенно. Терапевтический эффект начинает проявляться между 7-м и 14-м днями терапии, а максимальный эффект достигается примерно через 4 недели после начала лечения. Поэтому этот препарат не назначается эпизодически. Рекомендованная начальная доза составляет 15 мг, эту дозу можно повышать на 5 мг в сутки каждые 2-3 дня. Обычная суточная доза 20-30 мг в сутки. Максимальная однократная доза составляет 30 мг, максимальная суточная не должна превышать 60 мг. Препарат может применяться в комбинированной терапии с другими средствами.

Терапия второй линии

В качестве препаратов второй линии – применение неселективных ингибиторов обратного захвата моноаминов – амитриптилин 75-150 мг/сут перорально и имипрамин 75-250 мг/сут и миртазапина (30-60 мг/сут.) с целью купирования симптоматики [81,82,83,84,85,86,299].

B 2

Комментарии: следует учитывать имеющийся у амитриптилина и имипрамина риск передозировки и большую выраженность побочных эффектов, а также более низкую приверженность терапии у этих препаратов. **Не рекомендуется** назначение этих препаратов пациентам с высоким суицидальным риском без постоянного наблюдения. В ряде исследований была показана эффективность применения антидепрессанта миртазапина. Длительность терапии также составляет 6-12 месяцев.

Терапия третьей линии

Пациентам с ПТСР при неэффективности терапии антидепрессантами или их сочетании с производными бензодиазепа – назначение препаратов третьей линии с целью купирования симптоматики [51,53].

B 2

Пациентам с ПТСР в качестве альтернативы, при отсутствии ответа на предыдущие курсы терапии, может быть назначен противоэпилептический препарат ламотриджин в дозировке 25-500 мг/сут или топирамат (200-400 мг/сут) с целью повышения эффективности лечения [53,87,88,89,90,91].

A 1

Комментарии: титровать дозу ламотриджина следует еженедельно, особенно если в клинической картине ПТСР имеются выраженные колебания настроения, трудности аффективной регуляции или имеется коморбидное расстройство зрелой личности. Следует иметь ввиду частые кожные высыпания вплоть до токсического эпидермального некролиза в качестве частых побочных эффектов. Ламотриджин может назначаться как дополнение к основному курсу терапии.

Терапию топираматом начинать с низкой дозы с последующим постепенным подбором эффективной дозы. Подбор дозы начинают с 25–50 мг, принимая их на ночь в течение 1 недели. В дальнейшем с недельными или двухнедельными интервалами дозу можно увеличивать на 25–50 мг и принимать ее в два приема. При подборе дозы необходимо руководствоваться клиническим эффектом. У некоторых пациентов эффект может быть достигнут при приеме препарата 1 раз в сутки. Для достижения оптимального эффекта лечения препаратом топирамат не обязательно контролировать его концентрацию в плазме крови.

Пациентам с ПТСР при отсутствии эффекта на предыдущие курсы терапии или при наличии таких симптомов как вторгающиеся мысли о травматическом событии, флэшбеки, эксплозивность, агрессивное поведение, нарушения сна, а также при наличии диссоциативных симптома, дезорганизованного поведения, коморбидных психотических расстройств – назначение антипсихотических средств в соответствии с показаниями ^[92,93,94,95,96].

Комментарии: эта группа препаратов может применяться для лечения таких симптомов, как вторгающиеся мысли о травматическом событии, флэшбеки, эксплозивность, агрессивное поведение, нарушения сна. А также в тех случаях, когда в клинической картине имеются выраженные диссоциативные симптомы и дезорганизованное поведение или имеются коморбидные психотические расстройства. Назначение антипсихотических средств в низких дозировках может быть использовано в качестве дополнительной терапии к стандартной схеме лечения. Они являются препаратами выбора при наличии психотической симптоматики, слуховых, зрительных и тактильных галлюцинаций, бредовых расстройств, агрессивных идей, чувств и поведения. Они могут быть также полезны в качестве корректоров поведения, когда вместо тревоги на первый план выступает гнев, эксплозивность и агрессивное поведение. Исследования эффективности применения антипсихотических средств в лечении ПТСР сильно отличаются по дизайну от описания клинических случаев до открытых исследований и РКИ. Препараты могут применяться в комбинированной терапии с другими средствами.

Пациентам с ПТСР при наличии показаний для назначения антипсихотических средств – назначать рисперидон (0,5- 8 мг/сут) перорально с целью коррекции симптоматики ^[100,101,102].

Комментарии: антипсихотическое средство рисперидон может быть использованы в качестве препаратов третьей линии из-за большого количества побочных эффектов, таких как акатизия или экстрапирамидные расстройства, метаболический синдром, при том, что для лечения ПТСР используются более низкие дозы. Он может также назначаться в качестве дополнительной терапии к стандартной схеме лечения.

Пациентам с ПТСР при наличии показаний для назначения антипсихотических средств – назначать или кветиапин (50-300 мг/сут) с целью коррекции симптоматики ^[97,98,99].

Комментарии: антипсихотическое средство кветиапин может быть использованы в качестве препаратов третьей линии из-за большого количества побочных эффектов, таких как акатизия или экстрапирамидные расстройства, метаболический синдром, при том, что для лечения ПТСР используются более низкие дозы. Он может также назначаться в качестве дополнительной терапии к стандартной схеме лечения.

Пациентам с резистентным к терапии ПТСР – назначение оланзапина в дозировке 5-20 мг/сут вместе с антидепрессантами СИОЗС или в качестве монотерапии с целью преодоления резистентности ^[103,104,105,106].

Комментарии: в настоящее время отсутствует единое определение резистентного к терапии ПТСР, в большинстве исследований нонреспондерами считаются пациенты, которые имеют меньше, чем 70% улучшение по шкале CAPS,

получавшие лечение одним или двумя разными СИОЗС в максимально переносимой дозе в течение 8-12 недель. В таких случаях – использовать оланзапин в дозировке 5-20 мг/сут вместе с антидепрессантами СИОЗС или в качестве монотерапии.

Пациентам с ПТСР при проявлениях в клинической картине эксплозивности и поведенческих расстройств – назначение тиаприда (200-300 мг/сут), хлорпротиксена (15-100 мг/сут), алимемазина (15-80 мг/сут) с целью коррекции поведения ^[67,68,107,108,109,110,111,112,300,301,310].

C 5

Комментарии: отсутствуют доказательные исследования в отношении тиаприда, алимемазина и хлорпротиксена. Однако в российской медицинской практике эти препараты традиционно применяются для лечения эксплозивности и поведенческих расстройств, как средства обладающие антиагрессивной (антидисфорической) активностью. Препараты могут назначаться в качестве дополнения к стандартной схеме лечения.

Пациентам с ПТСР – проводить терапию длительностью около года после наступления терапевтического эффекта от применяемой терапии с целью стабилизации эффекта и профилактики рецидивов. Комбинация препаратов и дозировки на различных этапах лечения определяются индивидуально в зависимости от состояния пациента и динамики терапии, для оценки состояния в динамике можно дополнительно использовать соответствующие психометрические инструменты ^[51].

C 5

В случае отсутствия достаточного эффекта психотерапии, – удостовериться в том, что препарат был использован в максимальной терапевтической дозе и в должном комплаенсе пациента с целью подтверждения факта недостаточного терапевтического ответа на конкретный препарат ^[113,114].

C 4

Комментарии: при неэффективности первого курса терапии в первую очередь необходимо удостовериться в комплаентности 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 терапии, низкой мотивацией, ощущением отсутствия эффекта от лечения (особенно характерно при приеме антидепрессантов, эффект которых отсрочен). Для повышения комплаентности следует провести с пациентом психообразовательную беседу, обговорив возможные побочные эффекты, необходимость регулярного приема препаратов, постепенность развития терапевтического эффекта антидепрессантов. Положительную роль играет ведение дневника приема лекарств или телефонное приложение с напоминанием.

У пациентов с ПТСР при применении психотропных препаратов (N06A антидепрессанты, N05B анксиолитики, N05C снотворные и седативные средства, N05A антипсихотические средства) – оценивать следующие возможные побочные эффекты психотерапии: седация, сонливость, заторможенность, задержка мочеиспускания, запоры или поносы, тошнота, головные боли, головокружение, нарушение координации, нарушение концентрации внимания, нарушение памяти, формирование зависимости и толерантности к препаратам и др. в рамках персонализированного подхода с целью снижения вероятности развития побочных эффектов и осложнений от проводимой терапии ^[51].

C 5

Комментарии: в то же время адекватные дозировки и назначения лекарств строго по показаниям значительно снижают риск проявления побочных эффектов.

При применении неселективных ингибиторов обратного захвата моноаминов необходим также регулярный контроль АД и ЭКГ, при применении антипсихотических средств контроль за признаками метаболического синдрома, прежде всего веса.

Пациентам с ПТСР при применении психофармакологических препаратов – оценка эффективности и переносимости терапии, которая проводится на 7-14-28-й дни психофармакотерапии и далее 1 раз в 4 недели до окончания курса лечения с целью своевременной коррекции проводимого лечения ^[51].



Комментарии: в случаях с недостаточной эффективности монотерапии через 4-6 недель показана смена препарата или использование комбинированных схем лечения. При непереносимости или недостаточной эффективности проводится коррекция дозировок или смена препарата ^[51]. Значительный вклад в общую эффективность терапии в практике вносит также квалификация врача, который благодаря своему опыту может предвидеть, какой из препаратов «больше подойдет» данному пациенту или какой пациент лучше отреагирует на данное лечение. Это отражает очевидные преимущества индивидуального выбора препарата для достижения наилучших результатов лечебного процесса, хотя доказательных данных о тех ориентирах, которые могут быть использованы для дифференцированного подхода к терапии, и которые, по всей вероятности, лежат в основе интуиции опытного врача, крайне мало. Поскольку в РКИ, проводившихся для оценки эффективности препаратов в лечении ПТСР, не учитывались особенности клинических проявлений (преобладание определенных симптомокомплексов, терапии поведенческих нарушений, в случае доминирующего аффекта гнева, или доминирования избегания, социальной изоляции в клинической картине), то имеются определенные сложности в применении их результатов при реализации персонализированного подхода в медицине.

Психотерапия

Исследование эффективности применения психотерапии в лечении ПТСР началось практически сразу после его выделения в самостоятельную нозологию, поэтому среди более 300 проведенных РКИ в более половине протоколов изучался тот или иной метод психотерапии. На сегодняшний день существует большая доказательная база эффективности применения психотерапии при данной патологии ^[115,116,117,118].

В одном из последних зонтичных мета-анализов, оценивающих эффективность лечения психических расстройств, в отношении ПТСР (в отличие от других психических нарушений) был показан средний размер эффекта в отношении когнитивно-поведенческой психотерапии (КПТ) ПТСР по сравнению со стандартной терапией, а также средний размер эффекта при фармакотерапии ПТСР с использованием венлафаксина и СИОЗС. В отношении длительности сохранения эффекта психотерапия оказалась более эффективной, чем фармакотерапия ^[119].

Большое количество источников, показывающих эффективность КПТ, связана скорее с возможностью в рамках научных исследований воспроизводить определенные техники, а не с безусловным приоритетом этого метода для пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством. Другие методы психотерапии, имеющие на сегодняшний день меньшую доказательную базу, могут быть не менее, а возможно в определенных случаях более эффективными, чем КПТ ^[120,121]. Однако необходимо помнить, что дизайн доказательных исследований в психотерапии достаточно сложен и клиническая практика по многим параметрам отличается от научного эксперимента. При выборе того или иного метода на практике стоит учитывать особенности травматизации пациента с ПТСР, клинические, индивидуально-психологические характеристики и мотивацию пациента, доступность того или иного метода психотерапии ^[122].

Противопоказания к психотерапевтическому лечению ^[1]:

- пациенты со страхом перед самораскрытием и преобладанием отрицания в комплексе используемых механизмов психологической защиты;
- пациенты с недостаточной мотивацией к изменениям очевидной вторичной выгодой от болезни;
- пациенты с низкой интерперсональной сенситивностью;
- пациенты, которые не смогут в регулярно посещать сеансы психотерапии;
- пациенты, которые не будут участвовать в процессе активной вербализации и слушания в индивидуальной и групповой психотерапии;
- пациенты, чьи характерологические особенности не позволят им конструктивно работать в индивидуальной и групповой психотерапии и извлекать из этой работы пользу (которые постоянно отыгрывают свои эмоции вовне в качестве защитной реакции, а не наблюдают за своим психологическим состоянием; или пациенты с серьезным негативизмом или ригидностью);
- пациенты в состоянии алкогольного или наркотического опьянения;
- пациенты в остром психотическом состоянии.

Пациентам с ПТСР – использовать различные виды психотерапии в комбинации с психофармакотерапией или самостоятельно с целью скорейшего преодоления последствий психической травмы, снижения тревоги, напряжения, коррекции мышления, эмоционального состояния ^[15,116,117,118].

A 1

Пациентам с ПТСР в качестве методов с наибольшей доказательной базой оценки эффективности – применение когнитивно-поведенческой психотерапии, сфокусированной на травме (ТФ-КПТ), в. т.ч. ее отдельные варианты, такие как когнитивная психотерапия, когнитивно-процессуальная психотерапия, когнитивная психотерапия, КПТ с пролонгированной экспозицией, нарративная экспозиционная психотерапия, а также десенсибилизация и переработка психической травмы движениями глаз (ДПДГ) ^[123,124,125,126,127,129].

A 1

Пациентам с ПТСР – проводить психообразование в отношении причин, характерных симптомов, динамики, терапии, прогноза заболевания с целью снижения тревоги, повышения комплаентности и мотивации на психотерапевтическое лечение ^[1]

C 5

Пациентам с ПТСР – использование когнитивной психотерапии длительностью 15-20 сессий, которые проводятся еженедельно индивидуально и/или в группе для модификация пессимистических и катастрофических оценок и воспоминаний, связанных с психотравмой, с целью преодоления поведенческих и когнитивных паттернов, поддерживающих избегание и препятствующих нормальному повседневному функционированию ^[130,131].

A 2

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

Пациентам с ПТСР – использование когнитивно-процессуальной психотерапии (12 сессий) с целью преодоления избегания, связанного с травматическим опытом, его новой концептуализации и обучения навыкам проблемно-решающего поведения ^[132,133,134].

A 2

Комментарии: метод показал свою эффективность в редукции симптомов ПТСР в работе с разными видами травматических воздействий, включая природные катастрофы, жестокое обращение с детьми, участие в боевых действиях, изнасилование, стандартный протокол включает 12 сессий.

Основная цель – это преодоление избегания, связанного с травматическим опытом, его новая концептуализация и обучение навыкам проблемно-решающего поведения. Для этого используется психообразование, ведение дневника автоматических мыслей, выявление дезадаптивных мыслей, поддерживающих симптомы ПТСР, сократовский диалог, направлен на изменение отношения к травматическому опыту, к примеру, преодоление самообвинения. На заключительном этапе совершенствуются навыки оценки и корректировки убеждений, связанных с травматическим событием, а также закрепляются адаптивные когнитивные стратегии в отношении вопросов безопасности, доверия, власти, контроля, уважения и близости, тех сфер, которые могли быть затронуты травматическим опытом, основной задачей становится улучшение повседневного функционирования и качества жизни пациента.

Пациентам с ПТСР – использование методики биообратной связи - 10 сеансов с целью снижения тревоги и напряжения, обучения навыкам саморегуляции и для снижения уровня напряжения ^[135,136,137,138,139].

B 2

Пациентам с ПТСР – использование индивидуальной когнитивно-поведенческой психотерапии с пролонгированной экспозицией - 15-20 сеансов с целью повышения переносимости неприятных стимулов, связанных с травматическим

A 1

опытом, обучения пациентов постепенно соприкоснуться к чувствам, воспоминаниям и ситуациям, связанных с травмой [140,141,142,143,144,145,146,147,148].

Комментарии: основная цель этого метода повысить переносимость неприятных стимулов, связанных с травматическим опытом, она направлена на обучение пациентов постепенно соприкоснуться к чувствам, воспоминаниям и ситуациям, связанных с травмой. Основной задачей является обучение, что триггеры и воспоминания являются безопасными и переносимыми и их не стоит избегать. Длительность терапии составляет около 3 месяцев с еженедельными сессиями от 60 до 120 минут, всего проводится от 8 до 15 сессий, в ряде случаев показано от 15 до 20. В начале терапии врач-психотерапевт описывает план лечения и валидирует травматический опыт пациента, затем проводится обучение навыкам совладания с тревогой и дыхательным упражнениям. После этого проводится собственно экспозиция, для ее успешного проведения должен быть сформирован терапевтический альянс и атмосфера безопасности, где в условиях эмоциональной поддержки возможно столкновение с очень пугающими стимулами. Экспозиция может проводиться в воображении, или в качестве домашнего задания *in vivo*, в настоящее время активно используются программы виртуальной реальности (VR) для проведения экспозиции. При проведении VR экспозиции длительность сессии составляет 45-60 минут, каждая сцена повторяется до тех, пока уровень дистресса не снизится вдвое по сравнению с первым предъявлением. Следующая сцена используется после того, как пациент подтвердит свою готовность, задача терапии сделать дискомфорт переносимым. Темп психотерапии определяется состоянием и индивидуальными особенностями пациента [147,148].

Пациентам с ПТСР – использование индивидуальной нарративной экспозиционной терапии продолжительностью занимает от 4 до 10 сессий для проработки травматических переживаний [149,150,151,152,153].

A 2

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

Пациентам с ПТСР – использование индивидуальной диалектической бихевиоральной терапии (ДБТ), особенно в случаях длительной или множественной травматизации, количество сессий составляет 40-50, с целью формирования альтернативной оценки травматического опыта [154].

A 2

Комментарии: само название определяет основную цель терапии – формирование альтернативной оценки травматического опыта, который часто пациентами однозначно воспринимается как невыносимый и безысходный,

поведенческий модуль направлен на выработку оптимальных паттернов поведения в процессе сопоставления различных, иногда противоречивых вариантов. Задача психотерапевта в каждом индивидуальном случае найти оптимальный баланс между принятием и изменением, для чего используются соответствующие техники, для решения отдельных задач могут дополнительно использоваться отдельные приемы ТФ-КПТ, психотерапии, сфокусированной на сострадании, психотерапии принятия и ответственности. В процессе диалектической бихевиоральной терапии ПТСР используются майндфуллнесс, обучение переносимости дистресса и навыкам эмоциональной регуляции, повышение межличностной эффективности, экспозиция и предотвращение ответа, противоположное поведение, валидация, самопринятие.

Пациентам с ПТСР – использование «Десенсибилизации и переработки движениями глаз» (ДПДГ), длительностью 6-12 сессий для переработки травматического опыта [155,156,157,158,159,160].

A 2

Комментарии: «Десенсибилизации и переработки движениями глаз» (ДПДГ) – метод конфронтации с травматическим опытом, с применением направленной билатеральной стимуляции (посредством ритмичных движений глазами) с одновременным образным представлением травматического события. Движения глаз и другие формы стимуляции двойного фокуса внимания, помимо глазных движений возможно использование звуковой стимуляции или постукивание по различным частям тела, обеспечивает одновременную десенсибилизацию и когнитивное реструктурирование, а также интеграцию травматических воспоминаний и уменьшение выраженности симптомов ПТСР. Это метод индивидуальной психотерапии длительностью 6-12 сессий, которые могут проводиться последовательно каждый день. Ф. Шапиро – автор метода основывается на том, что эмоциональная травма может нарушить работу системы переработки информации, поэтому она будет сохраняться в форме, обусловленной травматическим переживанием, и способствует формированию интрузионных симптомов посттравматического синдрома. Движения глаз (могут быть и другие альтернативные раздражители), используемые при ДПДГ, активируют информационно-перерабатывающую систему и восстанавливают ее равновесие.

Психотерапия состоит из 8 последовательных фаз:

- Сбор анамнеза,
- Подготовка,
- Оценка,
- Десенсибилизация,
- Инсталляция,
- Сканирование тела,
- Завершение,
- Повторная оценка.

В случае выявления у пациентов с ПТСР коморбидных психических расстройств в их лечении должны использоваться соответствующие методы психотерапии.

Иное лечение

Пациентам с ПР, особенно с резистентными формами – применение методов транскраниальной магнитной стимуляции с целью стабилизации состояния ^[161].

B 2

Комментарии: у пациентов с недостаточным ответом на лекарственную терапию транскраниальная магнитная стимуляция может применяться в качестве третьей линии терапии

Медицинская реабилитация

(в соответствии с Приказом МЗ РФ № 103н от 28.02.2019 г.)

Пациентам с ПТСР – использовать реабилитационные мероприятия с целью укорочения временной утраты трудоспособности пациентов, ранней социализации в обществе, улучшения качества жизни ^[162,163,164,165,166,167,168,169].

A 1

Пациентам с ПТСР – проведение медико-психологической реабилитации для коррекции остаточной психопатологической симптоматики, сокращения сроков социально-трудового восстановления, дестигматизации ^[170].

C 5

Комментарии: Реабилитационные мероприятия направлены на формирование или восстановление недостаточных или утраченных во время болезни когнитивных, мотивационных, эмоциональных, адаптационных ресурсов личности. Более эффективно их осуществлять полипрофессиональной бригадой, куда входят врач-психиатр, психотерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе. Проводится психообразование, когнитивно-поведенческая психотерапия, социоцентрированные и психоцентрированные суппортивные психотерапевтические методы, включая интервенции, направленные на поддержание комплаентности. Психотерапия и реабилитационные мероприятия могут проводиться в индивидуальной, групповой или семейной формах, 15-20 процедур.

Пациентам с ПТСР – проводить ранее психологическое вмешательство (клиническим психологом и/или врачом-психотерапевтом) в отделении интенсивной терапии с целью снижения риска развития ПТСР, тревожных, депрессивных расстройств ^[171].

B 3

Комментарии: Раннее психологическое вмешательство в отделении интенсивной терапии может снизить риск развития посттравматического стрессового расстройства, тревоги и депрессии, которое может манифестировать в течение 12 месяцев после выписки из ОРИТ.

Пациентам с ПТСР – проведение психосоциальной реабилитации для нормализации жизнедеятельности, улучшения социального функционирования (в т.ч. и семейного), повышения качества жизни ^[172,304].

A 2

Комментарии: применяется семейная, социально-психологическая, профессиональная суппортивная психотерапия и/или клиничко-психологическая коррекция, проводятся клиничко-психологические и психосоциальные тренинги, семейное клиничко-психологическое консультирование, клиничко-психологическая адаптация, 15-20 процедур. Мероприятия могут проводиться в индивидуальной и групповой формах. Целесообразно осуществлять индивидуально-

психологическую адаптацию существующих программ клинико-психологической реабилитации с учетом персонализированного подхода для конкретного пациента.

Пациентам с ПТСР – начинать раннее выполнение комплекса лечебной физической культуры (ЛФК), выполнение физических упражнений и дозированных физических нагрузок для повышения функциональной пластичности головного мозга ^[164,165,166,167,168,169,170,171,172,173,174,175,176].

A 1

Комментарии: отмечено положительное влияние физических упражнений и физической активности на тяжесть симптомов ПТСР - снижение симптомов депрессии и тревоги, плохого качества сна, снижение злоупотребления психоактивными веществами, повышение качества жизни.

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 минут на процедуру.

Физические упражнения. 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 нед.

Дыхательная гимнастика. Выдох с сопротивлением. После достаточно глубокого вдоха следует как можно медленнее выдыхать через трубочку в воду. Упражнение повторяют 4-5 раз в день по 10-15 мин.

Диафрагмальное дыхание. Исходное положение – лежа на спине. На счет 1–2–3 сделать мощный, длительный, глубокий выдох с вовлечением мышц брюшного пресса (при этом живот нужно сильно втянуть), на счет 4 – сделать диафрагмальный вдох, предельно выпячивая живот. Затем, быстро сократив мышцы живота и глухо покашлять. Упражнение выполняют лежа, сидя, стоя, во время занятий бегом или ходьбой.

Пациентам с ПТСР – ритмическая транскраниальная магнитная стимуляция (рТМС) для купирования корковых очагов возбуждения ^[177,178,179,180,181,182,183].

A 2

Комментарии: применяют повторяющуюся ритмическую транскраниальную магнитную стимуляцию (рТМС) с частотой 20 Гц правой или левой дорсолатеральной префронтальной коры, 1600 импульсов за процедуру (40 серий по 2 секунды с интервалом между сериями 28 секунд). Курс – 10 процедур. Наблюдается уменьшение симптомов ПТСР, значительное улучшение настроения после рТМС левой дорсолатеральной префронтальной коры и значительное снижение тревожности после рТМС правой дорсолатеральной префронтальной коры.

Пациентам с ПТСР – технологии БОС-терапии с целью обучения саморегуляции головного мозга, без использования внешней стимуляции ^[162,163,184,185,186,187,188].

A 1

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

Пациентам с ПТСР – транскраниальная терапия постоянным электрическим током для коррекции когнитивных и эмоциональных нарушений ^[189,190].

A 2

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

Пациентам с ПТСР – аудиовизуальная полисенсорная релаксация (неселективная фототерапия) для активации экстраокулярной фотонейроэндокринной системы и восстановления подкорковой активности головного мозга ^[191,192,193,194,305].

B 2

Комментарии: проводят облучение лица оптическим излучением в непрерывном режиме, продолжительность –10 мин, ежедневно; курс – 7-10 процедур.

Пациентам с ПТСР – воздействие излучением видимого диапазона для изменения адаптивно-поведенческого статуса организма и снижения уровня депрессии ^[194].

A 2

Комментарии: используют окулярный метод воздействия красным (длина волны 0,628 мкм) излучением на орган зрения в непрерывном режиме по стабильной методике. Продолжительность процедуры – 30 мин, 2 раза в неделю, курс – 15 процедур.

Пациентам с ПТСР – воздействие излучением видимого диапазона для стабилизации эмоционального состояния и повышения общего тонуса ^[195,196].

A 2

Комментарии: на курс 4 недели ежедневного применения яркого белого света (освещенность - 10 000 люкс) в течение 30 минут в день.

Пациентам с ПТСР – гидротерапия для коррекции астено-невротического и иммуносупрессивного синдромов ^[197,198].

B 3

Комментарии:

Ванны пресные лечебные. Проводят при температуре 38С, ежедневно или через день по 10-15 мин, курс – 10-18 процедур. Повторный курс через 1-2 мес.

Ванны ароматические лечебные. Применяют различные экстракты. Продолжительность процедур 10-15 мин для хвойных, 8-10 мин – для скипидарных ванн, ежедневно, курс – 10 процедур.

Ванны контрастные лечебные. Проводятся с поочередным погружением в воду с температурой 38-42С (2-3 мин) и 15-25С (1 мин, в т.ч. с целью тонизации нервной системы последнее пребывание в данной процедуре), 3-6 переходов, курс – 8-10 процедур.

Душ лечебный. Применяют нисходящие души – дождевой, игольчатый души холодной (18-20) и горячей (40-42) температуры среднего давления назначают по 3-7 мин; возможно применение этих душей с чередованием подачи холодной и горячей воды (15:30 с соответственно); струевые души (Шарко и шотландский с давлением 150-250 кПа, а также циркулярный – 100-150 кПа) той же температуры, назначают по 3-5 мин, курс – 8-10 процедур.

Пациентам с ПТСР – терапия с применением технологий виртуальной реальности с целью повышения устойчивости к восприятию психотравмирующих стимулов [199,200,201,202]

A 1

Комментарии: виртуальная реальность позволяет вовлекать пациентов в мультисенсорные виртуальные среды (особенно в варианте интерактивной виртуальной реальности в сочетании с физическими нагрузками), специально адаптированные к раздражителям, которых они опасаются, индивидуальным и контролируемым образом, что приводит к более активному участию пациента и применяется в рамках комбинированной игровой психотерапии и экспозиционной терапии. Данный метод дает возможность проводить коррекцию восприятия пациентом психотравмирующих стимулов. Процедуры проводят ежедневно или через день, на курс 10-15 процедур продолжительностью 15-25 минут.

Пациентам с ПТСР – применение технологий дистанционной реабилитации с целью повышения доступности реабилитационных мероприятий [203,204,205]

A 1

Комментарии: используются технологии когнитивно-поведенческой терапии, нейрокогнитивного обучения через Интернет. Модули для терапии могут быть доступны онлайн через компьютер или через приложение для смартфона или планшета. Продолжительность рекомендованного курса - 8-10 процедур.

Пациентам с ПТСР – санаторно-курортное лечение для восстановления баланса тормозных и активирующих процессов в коре головного мозга [206,207,306]

C 4

Комментарии: Санаторно-курортное лечение включает методы аэровоздействия, гелиовоздействия, талассотерапии.

Круглосуточная аэротерапия. Процедуры предусматривают максимально длительное пребывание пациента на свежем воздухе (включая сон в открытых климатопавильонах. Продолжительность воздействия определяют по холодовой нагрузке при фиксированной ЭЭТ. Для курсового проведения процедур используют умеренный (до 3-4 ч) и интенсивный (до 6-8 ч) режимы воздействия, курс – 10-12 процедур [206,207]

Гелиотерапия. Гелиотерапию проводят по слабому и умеренному режимам, курс –12-24 процедуры.

Талассотерапия. Назначают по режиму умеренной (100-140 кДж/м²) или интенсивной (140-180 кДж/м²) холодовой нагрузке при температуре воды не ниже 18° и 16°С соответственно, с вычислением продолжительности купаний по таблице [201,202].

Пациентам с ПТСР – рефлексотерапия при заболеваниях центральной нервной системы для купирования устойчивого возбуждения [208,209,210,211,212,213].

A 1

Комментарии: применяют методы классической акупунктуры в комбинации с аурикулярной и поверхностной рефлексотерапией. Воздействие выполняют по тормозному методу, начинают с использования только общих точек, с постепенным включением местных точек. При отсутствии эффекта применяют тормозной метод на больной стороне и возбуждающий – на здоровой. Продолжительность курса – 8-12 процедур.

Профилактика и диспансерное наблюдение

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

Среди населения – проводить первичные профилактические мероприятия с целью снижения риска ПТСР [214,215,216,217,218,219,220,221,222,223].

A 2

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

а) Непсихологические и немедикаментозные профилактические мероприятия для взрослых.

В области психического здоровья в отечественной практике выстраивание системы профилактики принимает форму психологического просвещения населения.

Психологическое просвещение является активной формой психологической профилактики, основными задачами которой являются:

- расширение кругозора в области психологического знания о психическом здоровье и психологическом благополучии;
- формирование знаний об особенностях эмоциональных состояний и механизмах переживания травматического опыта, критериях необходимости обращения за медицинской и психологической помощью;
- внедрение представлений о ценности психологической гигиены, физической [224,225], социальной [217,218,226] и когнитивной активности [219,220], которые снижают риск развития коморбидных для травматического опыта состояний;
- формирование идей ценности физической активности, которая напрямую связана с нейробиологическими механизмами влияния травматического опыта.

б) Предварительная подготовка к потенциально травматическому опыту (pre-incident preparedness)

В отношении специалистов, которые, в силу своей профессиональной деятельности, будут подвержены воздействию факторов травматического стресса (специалисты экстремального профиля и сотрудники служб оперативного реагирования: пожарные, спасатели, врачи скорой помощи, военнослужащие и др.) могут быть реализованы меры психологической профилактики, включающие проведение обучающих мероприятий, направленных на:

- информирование об особенностях и закономерностях реагирования на события и условия профессиональной деятельности и ситуаций, выходящих за пределы нормального;
- формирование навыков саморегуляции, в том числе с использованием метода биологически обратной связи ^[221], контроля и управления вниманием ^[222,226].

Низкий уровень доказательности связан с минимально доступным количеством проведенных исследований.

В отношении лиц, столкнувшихся с чрезвычайным, катастрофическим стрессом, – проводить вторичные профилактические мероприятия с целью снижения риска ПТСР ^[224,225,226,227].

С 5

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

Экстренная психологическая помощь (Emergency psychological aid) - целостная система мероприятий, направленных на оптимизацию актуального психического

состояния, включающая в себя как отдельные специальные методы психологического воздействия, так и организацию особой среды, которая помогает в снижении интенсивности воздействия травматического события на человека. ЭПП может быть оказана человеку во времени максимально приближенно от момента воздействия травмирующего события.

Задачи такого вида психологической помощи включают в себя удовлетворение актуальных потребностей человека (информация, социальная поддержка и т.д.), в том числе переживание травматического опыта, а в качестве цели ставит сохранение психологических и физических ресурсов человека, переживающего травматическое событие ^[224,225].

Профилактическая значимость ЭПП в отношении отсроченных последствий травматической ситуации основывается на представлении об острых стрессовых реакциях, которые характеризуются дезориентированностью, снижением когнитивных функций, разнообразными эмоциональными состояниями. К таким состояниям относятся агрессивные реакции, истероидные реакции, реакции апатии, страха, двигательного возбуждения и тревожные реакции. Эти реакции являются энергозатратными, приводящими к нервно-психическому истощению, негативно влияющими на социальную адаптацию, а также в отсроченной перспективе вызывающими негативные переживания относительно себя ^[226]. Дополнительно оптимизация состояния оказывает положительное влияние на восприимчивость к информационно-психологической поддержке и индивидуальной психологической помощи.

В зависимости от индивидуальных особенностей проявления переживания и реакции на травматический опыт, специалистом может быть выбрана реализуемая форма оказания ЭПП ^[227].

В отношении лиц, столкнувшихся с чрезвычайным, катастрофическим стрессом, – профилактические мероприятия в виде информационно-психологической поддержки с целью снижения риска ПТСР ^[216,218,224,225,226,227].

С 5

Комментарии: информационно-психологическая поддержка (ИнфПП) – это форма работы, направленная на информирование об особенностях психического состояния и возможной динамике его изменения, предоставляемая адаптировано актуальному эмоциональному состоянию человека, должна быть предоставлена людям, столкнувшимся с травматической ситуацией, в короткие сроки и непосредственно после травматического события, и осуществляться с учетом особенностей психологического состояния на этом этапе (эмоциональные состояния, особенности когнитивных функций, которые вызваны ситуацией травматического стресса). ИнфПП выступает в качестве способа удовлетворения депривированной потребности в информации о ситуации, направлена на формирование картины состояния, в котором находится человек, этапах и сроков его прохождения. ИнфПП косвенно влияет на интенсивность переживаний человека, формирует навыки саморегуляции, а также приводит к нестигматизированному отношению к собственному состоянию.

Лицам, столкнувшимся с чрезвычайным, катастрофическим стрессом, – оказывать индивидуальную психологическую помощь с целью снижения риска ПТСР ^[216,218, 219,220, 228, 229].

С 5

Комментарии: индивидуальная психологическая помощь (ИПП) представляет собой форму работы, направленную на актуализацию личностных ресурсов, принятие сложившейся ситуации, поиск и актуализацию стратегий совладания, регуляцию актуального психического состояния. Одним из инструментов ЭПП является фасилитация эмоционального отреагирования человека относительно произошедшего травматического события. Номинация эмоционального состояния, которая происходит в ходе оказания ЭПП, позволяет снизить влияние травматических переживаний на состояние человека непосредственно после произошедшего, актуализировать ресурсы, необходимые для совладания со сложившейся ситуацией ^[228].

Также сохранение социальной активности, выстраивание сети социальной поддержки и актуализация социальных связей может быть обоснованной профилактической практикой для людей, переживающих травматическое событие, особенно в контексте изменения базовых позитивных убеждений в отношении мира и окружения. Обнаружены свидетельства о положительном влиянии социальной поддержки, в том числе и в виде отношений с близкими, на способность человека справляться с травматической ситуацией ^[216,217,218].

Отмечается профилактическая эффективность когнитивной активности в отношении симптомов повторного переживания травмирующего события: один из часто встречающихся симптомов переживания травмирующего события – это так называемые интрузии, т.е. повторные навязчивые воспоминания, образы о событии. Проводились исследования, основанные на предположении, что вмешательство в работу системы визуальной обработки информации во время острой фазы переживания травматического события, может уменьшить навязчивые воспоминания в дальнейшем ^[219,220]. Так, например, в одном из исследований, экспериментальной группе пациентов, пережившим травматическое событие и находящимся в лечебном учреждении непосредственно после события, предлагалась игра «Тетрис». Результаты показали, что у экспериментальной группы наблюдалось меньшее количество навязчивых воспоминаний в дальнейшем, чем у контрольной группы ^[229].

Низкий уровень доказательности связан с минимально доступным количеством проведенных исследований.

Для лиц, столкнувшихся с чрезвычайным, катастрофическим стрессом, – организовывать психологическое просвещение с целью снижения риска ПТСР ^[230,232,233,234,235].



Комментарии: психологическое просвещение может быть реализовано психологом в форме индивидуального информирования человека, пережившего травмирующее событие о распространенных реакциях, которые обычно следуют за травмой, об особенностях его психического состояния, возможных последствиях и динамике проявлений симптомов переживания травмы. С целью формирования представлений о внутренней картине и нормальном течении процесса переживания, навыков совладания с некоторыми возможными симптомами. Важным вторичным результатом данного мероприятия будет являться возможное снижение уровня субъективной стигматизации. А также способствование своевременному обращению за медицинской или психологической помощью и следованию рекомендованному лечению ^[230].

Вместе с тем в клинической практике существует термин – психообразование^[231], который включает схожие задачи, но реализуется во взаимодействии врача и пациента^[232,233,234].

Низкий уровень доказательности. Практически не влияет на тяжесть ПТСР.

В отношении лиц, столкнувшихся с чрезвычайным, катастрофическим стрессом, – проводить психологические интервенции с целью снижения риска ПТСР^[224,225,226,227].

С 5

Комментарии: Одной из самых сложных задач является выявление людей, нуждающихся в помощи, потому что взаимосвязь между острыми и хроническими стрессовыми реакциями сложна и обуславливается множеством факторов, которые не могут быть с точностью проиндексированы в острой фазе. Проблемы, вызванные переживанием боли, потерей дохода, прерыванием трудовой деятельности или смертью близкого, общее социальное неблагополучие, которое часто сопровождает травмирующее событие, могут отвлечь человека от предложения провести интервенцию. Лишь небольшая часть остро травмированных людей на самом деле принимает предложения о лечении^[235]. В связи с этим особо важное значение имеет необходимость постоянного мониторинга некоторых подгрупп после травмы вместо того, чтобы делать акцент на раннем вмешательстве. Тем не менее существует несколько подходов, принятых эффективными на ранних этапах вмешательства.

Одним из подходов выявления групп, подвергшихся воздействию травмирующего события, может быть метод клинической беседы, акцентирующий внимание на психологических аспектах заболевания, в том числе на субъективном переживании дистресса, внутренней картине болезни, имеющихся психологических ресурсах и индивидуально-психологических механизмах, лежащих в основе развития симптомов расстройства^[236].

Результатом клинической беседы становится выявление симптомов расстройств адаптации и сфер их проявления^[236]. В зависимости от чего психологом может быть выбрана стратегия и форма психологической коррекции.

В ряде исследований показана эффективность КПТ, что связано с имеющимся большим количеством данных проведенных исследований^[237-253]. В тоже время другие методы могут быть не менее эффективны^[253-263].

Организация оказания медицинской помощи

Организация оказания медико-психологической помощи пациентам с ПТСР (гражданское население)

Основные принципы оказания медицинской помощи при ПТСР

В дополнение к основным лечебно-реабилитационным принципам оказания помощи пострадавшим в длительной чрезвычайной ситуации при организации

С 5

помощи пациентам с ПТСР необходимо также реализовывать следующие принципы: ^[264,265].

1. Принцип раннего выявления психических расстройств;
2. Принцип доступности психолого-психиатрической помощи;
3. Принцип комплексности в оказании медико-психологической помощи;
4. Принцип полипрофессионального подхода в оказании помощи;
5. Принцип мобилизации собственных копинг-стратегий;
6. Принцип динамического сопровождения;
7. Принцип поддержки семьи и сообщества.

1. Принцип раннего выявления психических расстройств:

Способность оказать своевременную психотерапевтическую и психиатрическую помощь на ранних этапах развития психических нарушений зависит от того, насколько быстро выявляются лица, пострадавшие в ходе чрезвычайной ситуации. Максимально раннее выявление лиц, не только с уже сформировавшимися психическими расстройствами, но и нарушениями субклинического уровня, предотвращает углубление психических расстройств и их хронификацию, способствует профилактике развития социальной дезадаптации. Раннему выявлению также способствует широкое информирование населения о причинах и клинических проявлениях ПТСР, об учреждениях, оказывающих медицинскую и психологическую помощь, о возможностях обращаться по телефонам «горячей линии».

2. Принцип доступности медико-психологической помощи:

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

3. Принцип комплексности в оказании медико-психологической помощи:

- сочетание психофармакотерапии и психотерапевтических методов в зависимости от характера психического расстройства и индивидуальных особенностей личности пациента;

- сочетание целостности и симптоматичности в использовании психотерапевтических вмешательств, т.е. воздействие, с одной стороны, на отреагирование и проработку пережитых психотравмирующих событий, с другой стороны, направленное на устранение отдельных доминирующих психопатологических симптомов;
- привлечение врачей других специальностей для скорейшего выявления и лечения коморбидных соматических нарушений.

4. Принцип полипрофессионального подхода:

Наиболее эффективен полипрофессиональный подход к лечению пациентов с ПТСР. Медико-психологическая (психиатрическая, психотерапевтическая, психологическая) помощь оказывается пострадавшим при участии специалистов разных направлений – врачи общей практики, психотерапевты, психиатры, клинические (медицинские) психологи, социальные работники, медицинские сестры. Для оказания эффективной помощи важно проводить обучение специалистов – медицинских работников как профильных специальностей (психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов), так и врачей других специальностей. Это позволяет осуществить комплексный подход в решении проблем пациентов, имеющих психические расстройства и длительное время находившихся в условиях ЧС.

5. Принцип мобилизации копинг-стратегий:

Основная цель психотерапии лиц с ПТСР, длительное время находившихся в условиях ЧС, заключается в восстановлении удовлетворительного уровня функционирования. Для этого необходимы некоторые дополнительные ресурсы «Я» или более гибкие эмоциональные, когнитивные и поведенческие реакции, позволяющие справляться с имеющимися последствиями психических травм и будущими стрессами. Важной составляющей в преодолении пережитых психотравмирующих событий являются убеждения и верования пациентов. Психотерапия и психологическая коррекция способствуют переосмыслению произошедшего и формирует основу для адаптивного разрешения психотравмирующей ситуации.

6. Принцип динамического сопровождения:

Очень часто пациенты с ПТСР прекращают посещение врача и/или прием медикаментов после некоторого улучшения состояния, что влечет за собой обострение психопатологической симптоматики и ухудшение состояния. Как следствие этого у пациентов появляется разочарование в проводимом лечении и снижается доверие к лечащему врачу. При организации психотерапевтической помощи на уровне первичного медицинского звена появляется возможность наблюдения за состоянием пациента в период посещения им поликлиники или во время патронажного медсестринского обхода.

7. Поддержка семьи и сообщества:

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

Организационная модель оказания помощи пациентам с ПТСР

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

Большого внимания требует организация оказания помощи при масштабных и длительных ЧС, которые характеризуются большим числом одновременно пострадавших от психотравмирующих факторов и ограниченным числом специалистов, способных оказать медико-психологическую (психиатрическую, психотерапевтическую, психологическую) помощь на профессиональном уровне.

При масштабных и длительных ЧС – учитывать следующие принципы организации эффективной медико-психологической (психиатрической, психотерапевтической, психологической) помощи в целях обеспечения ее доступности и эффективности:

С 5

1. Приближенность – развёртывание сил и средств для оказания медико-психологической (психиатрической, психотерапевтической, психологической) помощи непосредственно в очаге поражения или вблизи от него;
2. Неотложность – оказание помощи в наиболее ранние сроки для купирования острых психических нарушений и других видов патологии с целью предупреждения их дальнейшего развития;
3. Адекватность – обоснованный выбор методов и средств для эффективного воздействия на «симптомы-» и «синдромы-мишени» с целью коррекции и лечения широкого спектра реакций и состояний;
4. Этапность – оказание помощи пострадавшим на всех этапах эвакуации по назначению;
5. Преемственность – непрерывность и единство методических подходов при проведении лечебно-профилактических мероприятий в очаге поражения, в ближайшие и отдаленные периоды после ЧС с целью купирования психолого-психиатрических последствий ЧС ^[266].

В амбулаторных условиях медицинская помощь пациентам с ПТСР оказывается в кабинете врач-психиатра и (или в психотерапевтическом кабинете и (или в кабинете медико-психологической помощи. При необходимости – открытие временных кабинетов неотложной медико-психологической (психиатрической,

С 5

психотерапевтической, психологической) помощи с целью обеспечения ее доступности и эффективности ^[267,268,269].

Комментарии: основой кабинета является полипрофессиональный (бригадный) подход: психиатр – психотерапевт – клинический психолог – социальный работник. В работе кабинета используются следующие принципы:

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

В работе Центров психосоциальной реабилитации (в т.ч. и организованных непосредственно в зоне ЧС или военного конфликта), психотерапевтических центров, центров психического здоровья – ориентироваться на этапность лечения и профилактики стрессовых расстройств силами комплексной бригады специалистов: психиатр и/или психотерапевт, клинический психолог, врачи общей практики, социальный работник ^[270,271].



Комментарии:

1. Первый этап включает в себя мероприятия по предотвращению формирования ПТСР:

- обеспечение своевременной помощи населению (выявление случаев, требующих неотложной помощи и направление их в места оказания помощи);
- взаимодействие с другими специалистами, их обучение распознаванию и выявлению случаев острой реакции на стресс, ПТСР, расстройства адаптации с целью направления их к специалистам;
- лечение острой реакции на стресс, ПТСР, расстройств адаптации. Своевременное лечение предупреждает хронификацию болезненных состояний и формирование личностных изменений;

2. Второй этап включает проведение психофармакотерапии и психотерапии ПТСР и расстройств адаптации:

- диагностика ПТСР и расстройств адаптации;
- психофармакотерапия ПТСР и расстройств адаптации;
- психотерапия ПТСР и расстройств адаптации (групповая и индивидуальная терапия)

3. Третий этап состоит из комплекса мероприятий по психосоциальной реабилитации лиц с ПТСР:

- психодиагностика личностных изменений при хроническом ПТСР и расстройстве адаптации;

- психотерапия лиц с изменениями личности при ПТСР.

При оказании медико-психологической помощи в условиях ЧС – соблюдение преемственности в ее оказании по схеме «психолог немедицинского учреждения – медицинский психолог – врач-психотерапевт – врач-психиатр»^[272,273].

С 5

Комментарии: необходимо широко информировать психологическое сообщество о необходимости своевременно направлять в медицинские учреждения граждан, нуждающихся в медико-психологической (психиатрической, психотерапевтической, психологической) помощи. Целесообразно проводить обучение среди психологов, информировать их о признаках постстрессовых нарушений, возможностях оказания помощи таким пациентам.

В условиях ЧС и военных конфликтах может – применение модели оказания помощи пациентам с ПТСР на уровне территориальной поликлиники, с активным использованием психотерапевтических кабинетов. У такой модели оказания медико-психологической (психиатрической, психотерапевтической, психологической) помощи пациентам с ПТСР имеется ряд преимуществ:

С 5

1. Наличие готового пространства для приема пациентов (в данном случае поликлиника).
2. Преодоление стигматизации по отношению к психиатрической службе, поскольку в организации этой помощи участвует и общемедицинская сеть.
3. Приближение психотерапевтической и психиатрической помощи непосредственно к месту жительства пациентов.
4. Возможность скрининга состояния пациентов в ходе первого контакта для выявления психопатологической симптоматики.
5. Возможность оказания комплексной медико-психиатрической помощи пациентам с ПТСР.
6. Формирование бригадного подхода в оказании помощи пациентам с ПТСР^[264,265].

Комментарии: для реализации такой модели требуется активное включение в работу психотерапевтических кабинетов в поликлинике, к которым прикреплен клинический (медицинский) психолог (в случаях, если в поликлинике нет такого кабинета – оперативное его открытие). При этих условиях становится возможным организация системы помощи, когда на каждом этапе маршрутизации специалисты могут адекватно оценить состояние пациента и оказать ему помощь в рамках собственной компетенции.

На первом этапе помощь оказывается врачами общемедицинской сети, когда в ходе первого контакта с пациентом выявляются признаки ПТСР. В случае выявления пациентов с признаком ПТСР, они направляются в кабинет врача-психотерапевта.

На втором этапе, в кабинете врача-психотерапевта, проводится углубленная диагностика состояния пациентов и оказывается специализированная психотерапевтическая помощь пациентам с ПТСР. Кроме того, в кабинетах психотерапии на уровне поликлиник реализуются и мероприятия по

профилактике психосоматических и личностных нарушений у лиц, переживших стрессовые расстройства.

Третий этап помощи представлен кабинетом психиатра (различной территориальной и структурной принадлежности), куда направляются пациенты в психотическом состоянии, с грубыми поведенческими и интеллектуально-мнестическими нарушениями, нуждающимися в психофармакотерапии или в стационарной психиатрической помощи.

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

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

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

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

Организация оказания медико-психологической помощи военнослужащим, перенесшим боевую психическую травму

У военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях (ветеранов), – обращать внимание и активно выявлять признаки клинической картины ПТСР, соответствующие критериями диагностики «Комплексного посттравматического стрессового расстройства» в МКБ-11 с целью повышения точности дифференциальной диагностики и выбора оптимальной стратегии терапии [35,274,275].

Комментарии: у ветеранов войн, наряду с симптомами повторного переживания травмирующего события, избегания стимулов, ассоциированных с травмой, и гиперреактивности, часто отмечаются стойкие изменения, которые традиционно относят к личностным чертам:

- выраженная изменчивость настроения с полярной экстатической или дисфорической его окраской;
- сужение диапазона эмоциональных проявлений, склонность к приступообразным колебаниям витального тонуса с «трехмерными» (тоска, злость, страх) расстройствами эмоций;
- преобладание апатии, угрюмого настроения, отгороженности; тенденция воспринимать и оценивать окружающее с точки зрения потенциальной опасности,
- легкость в этих обстоятельствах возникновения враждебности;
- готовность к импульсивному защитному реагированию и переключению на автоматическое стереотипное выполнение привычных в боевой обстановке действий в виде укрытия, избегания либо агрессии в отношении источника опасности;
- появление особой ранимости и сенситивности, повышенной чувствительности к несправедливости, легкость возникновения чувства вины перед боевыми товарищами;
- низкая восприимчивость к малозначимым раздражителям или обстоятельствам, требующим дополнительных психических затрат, в том числе регресс высших личностных свойств со снижением восприимчивости к чужим страданиям и смерти, уходом от решения нравственных проблем, облегчающих господство групповых ценностей;
- ослабление интрапсихической переработки впечатлений, снижение способности к вербализации впечатлений и переживаний.

Подобные эмоциональные изменения, особенности переживания значимых событий, коммуникации и системы ценностных образований формируются на фоне длительного воздействия боевых стресс-факторов и становятся своего рода приспособлением к реалиям жизни на войне. Наряду с общими психологическими характеристиками в каждом конкретном случае имеются и свои нюансы, что зависит от изначально присущих особенностей личности и конкретного содержания психотравмирующих обстоятельств. Однако приобретенные на войне условно адаптивные устойчивые личностные черты могут обуславливать дальнейшую социально-психологическую дезадаптацию ветеранов в условиях мирной жизни.

С военнослужащими, принимающими участие в боевых действиях или выполнении других оперативных задач, например, миротворческих миссий, военным руководством, психологической и медицинской службой – проводить мероприятия по первичной профилактике острых реакций на стресс, расстройств приспособительных реакций, которые повышают риск развития ПТСР ^[35,274].



Комментарии: Меры первичной профилактики включают реализацию мероприятий, предшествующих воздействию комплекса факторов боевой психической травмы:

- профессиональный отбор и динамическое наблюдение за военнослужащим на протяжении всей службы и, особенно, в период подготовки к выполнению военной миссии, позволяют выявить военнослужащих с начальными признаками дезадаптации;
- практически и психологически обоснованная военно-профессиональная подготовка, которая включает наряду с отработкой практических навыков ведения боя и боевого слаживания, навыки тактической медицины, а также усвоение знаний о причинах и особенностях боевого стресса и общих принципах оказания помощи;
- обучение командиров подразделений по вопросам влияния боевых стрессоров на боеспособность военнослужащих, распознавания стрессовых реакций и основных принципов оказания помощи в боевой зоне;
- усилия по созданию максимально приемлемых условий быта, гигиены, обеспечения водой и питанием, военного оснащения, а также уменьшение длительности воздействия боевого стресса, что подразумевает регулярную замену подразделений на передовой для перевода в тыл на отдых, укомплектование и обучение новым средствам и методам ведения боевых действий.

Первичная профилактика снижает субъективный травматический потенциал экстремальных событий на войне, повышает и сохраняет адаптивные способности в преодолении стресса, создает условия для реализации программы коррекции боевой психической травмы, позволяет активными действиями командования «управлять» интенсивностью стрессового влияния.

Замену личного состава на театре военных действий (ТВД) – проводить не позже чем через 6 месяцев на передовой, а лучше каждые 3 месяца, в случае непрерывных боев, например, в наступлении, окружении или при выполнении задач прикрытия отступления – через две недели, а при наличии больших потерь – даже спустя несколько дней.

Низкий уровень доказательности связан с минимально доступным количеством проведенных научных исследований, что объясняется крайней затруднительностью их проведения в условиях военных действий.

С военнослужащими, подвергшимися воздействию боевого стресса, – проводить краткий разбор выполнения задачи командиром с целью снижения риска последующего развития ПТСР ^[35,274,275,276].

C 5

Комментарии: Данный вариант дебрифинга (leader-led after-action debriefing) в американской армии предлагается проводить командирам с военнослужащими без явных травм и ранений еще до медицинской сортировки (leader-led after-action debriefing). При этом подчеркивается его отличие от психотерапии – он не нацелен на лечение психопатологических симптомов. То есть, это и методика психокоррекции, и средство первичной психопрофилактики. Лучше всего проводить данный разбор сразу после того, как подразделение вернулось в относительно безопасное место, «все удовлетворили физиологические потребности и уже не слишком возбуждены». Подведение итогов после боя использует подход реконструкции событий и предлагает всем представить свои роли и восприятие всего, что случилось и что лучше соответствует ситуации, а когда люди демонстрируют эмоции, командир и сослуживцы распознают и

нормализуют их, предлагают обсудить их позже (потом на самом деле поддерживают нуждающегося в индивидуальном порядке) и далее восстанавливают последовательность действий всех, пока не будут изложены все факты. Однако, когда травмирующее событие может вызвать индивидуальную или коллективную вину, недоверие или гнев, командиру следует обратиться к специалисту по контролю над боевым стрессом – психологу или психиатру. Но в основном, хорошо проведенный дебрифинг командира может стать лучшим способом управления боевым стрессом.

Следует подчеркнуть, что это специфическая процедура дебрифинга, которая проводится руководителем, лидером профессиональной группы, после выполнения профессиональной задачи и содержит элементы социальной поддержки, она показана исключительно для ограниченного контингента лиц ^[277].

Низкий уровень доказательности связан с минимально доступным количеством научных исследований, что объясняется крайней затруднительностью их проведения в условиях военных действий.

В отношении военнослужащих, подвергшихся воздействию боевого стресса, в целях вторичной профилактики ПТСР и коррекции реакций боевого стресса целесообразно реализовать следующие организационные принципы ^[35,274,275,278,279].



- максимальная приближенность психиатрической помощи к линии фронта,
- стратегия безотлагательности и простоты лечебных мероприятий,
- прогностический оптимизм.

Комментарии: Такой прагматический подход стал стандартом оказания помощи при боевой психической травме и получил в американских полевых руководствах по контролю над боевым стрессом мнемоническую аббревиатуру «BICEPS» от английских слов кратковременная (Brief), незамедлительная (Immediate), централизованная (Central) или контактная (Contact), выжидательная (Expectant), проксимальная (Proximal), простая (Simple).

- Краткость (Brief) – помощь, завершающаяся в пределах 12-72 часов;
- Незамедлительность (Immediate) – начало ее сразу, как только у солдата снижается боеспособность, а не после наступления общей дезадаптации;
- Централизованность (Central) – осуществление помощи в определенном месте, отдельно от терапевтических и хирургических пациентов или Контактность (Contact) – координацию контактов между солдатом и его подразделением и командирами с целью ориентации обеих сторон на коммуникацию, осознание и проявление взаимной необходимости с целью быстрой реинтеграции;
- Выжидание (Expectant) – намерение при первой возможности возвратить солдата в строй,
- Проксимальность (Proximal) – проведение коррекции максимально ближе к подразделению, в котором служит пострадавший,
- Простота мероприятий (Simple) – использование принципа «здесь и сейчас» с акцентом на предоставление главным образом отдыха (сна),

гидратации, питания, гигиены, обогрева, и без каких-либо замысловатых методов лечения.

Особенности протекания реакций боевого стресса и ПТСР у участников боевых действий, которые легли в основу организационных подходов к оказанию медико-психологической помощи на войне были установлены эмпирически. С учетом современных представлений о патогенезе ПТСР можно предположить, что отказ от немедленной эвакуации при легких и умеренно выраженных стрессовых реакций и скорейшее возвращение в боевую обстановку оказывает положительное действие за счет происходящей заново интеграции травматического опыта.

Многokrратно повторяющийся опыт оказания психиатрической помощи на войне демонстрирует, что невыполнение правил профилактики и коррекции боевого стресса безоговорочно ведет к большим санитарным потерям в связи с психическими расстройствами и увеличению числа ветеранов с психическими нарушениями после войны, тогда как простое следование принципам оказания психиатрической помощи на войне обеспечивает быстрое снижение безвозвратных потерь и в целом санитарных потерь психиатрического профиля и способствует снижению числа психических нарушений в отдаленном периоде.

Низкий уровень доказательности связан с минимально доступным количеством проведенных научных исследований, что объясняется крайней затруднительностью их проведения в условиях военных действий.

В отношении военнослужащих, подвергшихся воздействию боевого стресса, в целях успешной вторичной профилактики ПТСР и коррекции реакций боевого стресса – осуществлять медицинскую сортировку с проведением лечебно-профилактических мероприятий на разных этапах медицинской помощи исходя из установленного уровня нарушений психической деятельности ^[35,274,275].



Комментарии: Условием эффективности оказания психиатрической помощи военнослужащим, подвергшимся воздействию боевого стресса, является осуществление в войсковом звене медицинской сортировки по уровневому принципу (предболезненный, пограничный, психотический) и по предполагаемой длительности дезадаптации с выделением трех групп пострадавших ^[35,274,275]:

- 1-я группа (кратковременно выбывшие из строя) – эти военнослужащие переносят предболезненные, чаще всего синдромально незавершенные нарушения адаптации или реакции на стресс, которые при своевременной поддержке имеют транзиторный, очень кратковременный характер. Помощь этой категории пострадавших военнослужащих следует оказывать на 1-м этапе психиатрической помощи – в непосредственной близости от своих воинских подразделений на основе принципов VICEPS. Подлежат возврату в свои подразделения в срок до 1 суток.
- 2-я группа (уже представляет собой санитарные потери) – это пострадавшие с кратковременными стрессовыми реакциями, нуждающиеся в лечении до 5–7 суток и получающие помощь на 2-м этапе психиатрической помощи – силами Групп психического здоровья (ГПЗ), приданных лечебным учреждениям, дислоцированным в зоне боевых действий (например, Медицинский отряд специального назначения, МОСН). Помощь им оказывается также на основе принципов VICEPS.

- 3-я группа (санитарные потери) – это военнослужащие с затяжными и тяжелыми психическими расстройствами, нуждающиеся в более длительном стационарном лечении и эвакуации на последующие этапы – в психиатрические отделения военных госпиталей или, в крайнем случае и при большей доступности, в ближайшие гражданские психиатрические стационары.

Следует стремиться, чтобы все пострадавшие психиатрического профиля проходили 1-й этап медицинской помощи – диагностику и психокоррекцию непосредственно в своих частях и подразделениях или медицинских подразделениях вблизи передовой. В зависимости от конкретной ситуации это могут быть группы медико-психологического сопровождения (ГМПС), имеющими в своем составе психиатра / психотерапевта и медицинского психолога, и даже медицинские роты или медицинские пункты, но для этого критически важным становится наличие хотя бы краткосрочной подготовки (например, в рамках курса тактической медицины) военных врачей или фельдшеров по военной психиатрии – военнослужащих врачей-психиатров в войсковом звене в настоящее время не предусмотрено. Такой подход позволяет уже в войсковом звене осуществлять прогностическую сортировку на основе оценки степени нарушения боеспособности и определения ее вероятной длительности.

Лечение военнослужащих, подвергшихся воздействию боевого стресса, на 1-м и 2-м этапам медицинской эвакуации (в войсковом звене медицинской помощи) с целью вторичной профилактики ПТСР – проводить с акцентом на предоставление безопасности, отдыха, сна, питания, с минимальным использованием лекарственных средств и ограниченным применением краткосрочных методов психотерапии ^[35,274,275].



Комментарии: на 1-м этапе сортировки следует насколько можно избегать установки диагноза, так как здесь нет специалистов-психиатров, нет времени на дифференциальную диагностику, нужно избежать стигматизации и идентификации пострадавшего с ролью пациента. На 1-м этапе лечение должно быть простым и кратковременным. Купируется возбуждение. Обязательно обеспечить сон, так как его восстановление оказывается необходимым условием обратного развития многих реакций на стресс и почти всегда – реакций предболезненного уровня. Задачей лекарственной терапии является обеспечение эвакуации пациентов с тяжелыми психическими расстройствами. Психотерапия возможна, если потери невелики и число пострадавших, поступающих на этапы эвакуации, очень небольшое. Важной составляющей помощи является выявление признаков черепно-мозговой травмы и мониторинг состояния контуженных. Появление анизокории, признаков даже легкой спутанности или любого ухудшения физического или психического состояния контуженного требует немедленной эвакуации, так как при отсутствии лечения быстро может наступить угнетение сознания и остановка дыхания.

Решение об эвакуации на 2-й этап психиатрической помощи принимается, только если спустя сутки или двое у военнослужащего сохраняются выраженные симптомы реакции на стресс, расстройства адаптации или имеются признаки контузии и, самое главное, явно нарушена боеспособность.

2-й этап помощи может быть представлен медицинскими подразделениями, например, медицинским отрядам специального назначения, которым должны быть приданы группы медико-психологического сопровождения (в составе врача-психиатра и медицинского психолога), и где может быть проведена диагностика психического расстройства и оказан весь объем необходимой помощи. Однако надо ясно определиться, что при отсутствии специалистов психиатров МОСН не может выполнять функции 2-го этапа медицинской помощи пострадавшим с психическими расстройствами. На практике часто бывает так, что функции 1-го и 2-го этапов психиатрической помощи смешиваются, но это ухудшает исходы реакций боевого стресса и повышает риск развития ПТСР. Выбор применяемых на II этапе методов коррекции определяется необходимостью быстрого лечения большого числа пострадавших. Психотерапия, если есть возможность ее применять, должна быть очень кратковременная, отличаться простотой, а ее эффективность – в наименьшей степени зависеть от искусства конкретного специалиста. При выборе средств фармакологической коррекции предпочтение по-прежнему должно отдаваться препаратам производным бензодиазепа. Последнее время в качестве средства предупреждения ПТСР предлагается гидрокортизон, который особенно эффективен как средство профилактики стрессовых расстройств у военнослужащих, получивших контузии, ранения и травмы. Во время оказания помощи на 2-м этапе следует соблюдать требования воинской дисциплины, субординации и распорядка дня. Обстановка должна быть доброжелательной, но без внешних проявлений чрезмерной жалости. Каждого поступившего военнослужащего нужно сразу поставить в известность о сроках лечения, объяснив, что имеющиеся симптомы являются временными и обязательно пройдут. В случае безуспешности быстрого (в течение 1–2 суток) купирования психотической и диссоциативной симптоматики на данном этапе, таких пациентов лучше немедленно эвакуировать в госпиталь. Дальнейшая задержка на войсковом этапе не только не улучшает их состояния, но и мешает оказанию помощи другим пострадавшим. При оценке выраженности реакций на стресс и определении тактики ведения каждого конкретного случая учитываются данные о пострадавшем, как он реагирует на оказываемую помощь, что произойдет с его подразделением в ближайшее время, какие ресурсы имеются в наличии. Но главным критерием для возвращения в строй является не полное выздоровление, а способность солдата действовать применительно к обстановке.

На 3-м этапе психиатрической помощи (в психиатрическом отделении военного госпиталя или в другом специализированном психиатрическом стационаре) проводится весь необходимый объем психо- и фармакотерапии тяжелых и затяжных психических расстройств, в том числе связанных с пережитым травмирующим стрессом.

Ограниченное применение методов психотерапии объясняется отсутствием методов, которые подтвердили бы свою простоту, экономичность и надежность, значительным числом пострадавших на этапах медицинской эвакуации, дефицитом времени и небольшим числом специалистов, оказывающих психологическую, психотерапевтическую и психиатрическую помощь в боевой зоне.

Ограниченное применение транквилизаторов объясняется отсутствием согласованных результатов РКИ данной группы препаратов в качестве средств коррекции боевого стресса, стрессовых реакций и предупреждения ПТСР.

Отсутствие рекомендаций применения антидепрессантов объясняется недостатком исследований их эффективности в ближайшем после травмирующего стресса периоде, а также отсроченным терапевтическим эффектом этой группы лекарственных средств, что делает бесперспективным их назначение на этапах медицинской эвакуации.

Отсутствие рекомендаций применения антипсихотиков объясняется высоким развитием побочных эффектов и негативным влиянием на боеспособность военнослужащих, которые, как ожидается, в ближайшее время вернуться в строй. Применение антипсихотиков поэтому допустимо лишь для купирования возбуждения и обеспечения эвакуации пациентов с психотическими расстройствами.

Низкий уровень доказательности связан с минимально доступным количеством проведенных научных исследований, что объясняется крайней затруднительностью их проведения в условиях военных действий.

Военнослужащим, поступающим на 2-й этап медицинской эвакуации в связи с острыми реакциями на стресс, расстройствами адаптации, особенно сочетающимися с признаками или анамнестическими данными о перенесенной контузии, после исключения противопоказаний, – применение гидрокортизона (20-40 мг/сут) перорально для ослабления тревоги, неврологической симптоматики и снижения риска последующего возникновения ПТСР [275,276,277,278,279,280,282,283,284].

A 1

Комментарии: последние годы характеризовались интересом к применению гидрокортизона, который показал в нескольких РКИ способность влиять на частоту симптомов ПТСР. Однако значительно более выраженный эффект отмечен при использовании гидрокортизона в качестве средства профилактики стрессовых расстройств. Получены предварительные данные об эффективности гидрокортизона при лечении ветеранов, которые перенесли легкую или умеренную травму головного мозга и имеют симптомы ПТСР. При этом эффективность гидрокортизона более заметна, когда он комбинируется с использованием методов когнитивно-поведенческой терапии. Способность гидрокортизона оказывать влияние на боевые стрессовые расстройства требует изучения. Однако уже отмечается, например, что короткий, 10-дневный, курс терапии небольшими дозами – по 40 мг гидрокортизона в сутки перорально – позволяет в течение ближайших трех месяцев уменьшить число и выраженность симптомов ПТСР у лиц, перенесших тяжелые травмы. Таким образом, гидрокортизон предотвращает развитие симптомов стрессовых расстройств в меньших дозах, чем те, которые оказывают влияние на заживление ран или риск инфицирования.

Дополнительная информация

Факторы, способствующие затяжному течению (предикторы затяжного течения ПТСР) [16,284,285,286,287].

Виды предикторов	Факторы, способствующие затяжному течению (предикторы затяжного течения ПТСР)
Клинико-биологические предикторы затяжного течения ПТСР	<ul style="list-style-type: none"> • данные за наличие тревожных и/или аффективных расстройств в анамнезе; • наличие сочетанных экзогенно-органических (травматические) 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	<ul style="list-style-type: none"> • высокий уровень невротичности; • преобладание зависимых черт личности; • трудности в построении стабильных межличностных отношений;
Социальные предикторы затяжного течения ПТСР	<ul style="list-style-type: none"> • отсутствие социальной поддержки в период после травматического события; • предшествующая хроническая психическая травматизация; • недостаток навыков проблемно-решающего поведения; • наличие выраженного травматического опыта в детском возрасте.

Список литературы

1. ПСИХОТЕРАПИЯ: УЧЕБНИК / под ред. А. В. Васильевой, Т. А. Караваевой, Н. Г. Незнанова. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. — 864 с. : ил. — DOI: 10.33029/9704-6485-4-VKN-2022-1-86
2. МКБ. Международная классификация болезней, 10-й пересмотр. Психические расстройства и расстройства поведения. Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации, М.: Российское общество психиатров, 1998.
3. Duncan LE, Cooper BN, Shen H. Robust Findings From 25 Years of PTSD Genetics Research. *Curr Psychiatry Rep.* 2018 Oct 23;20(12):115. doi: 10.1007/s11920-018-0980-1. Erratum in: *Curr Psychiatry Rep.* 2018 Nov 26;20(12):119. Title corrected. PMID: 30350223; PMCID: PMC6209025

4. Kilpatrick DG, Koenen KC, Ruggiero KJ, Acierno R, Galea S, Resnick HS, 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
5. 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
6. Seah, C., Breen, M.S., Rusielewicz, T. et al. Modeling gene × environment interactions in PTSD using human neurons reveals diagnosis-specific glucocorticoid-induced gene expression. *Nat Neurosci* 25, 1434–1445 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41593-022-01161-y>
7. Strawn JR, Geraciotti TD. Noradrenergic dysfunction and the psychopharmacology of posttraumatic stress disorder. *Depress Anxiety*. 2008;25:260-271.
8. Southwick SM, Bremner JD, Rasmusson A, Morgan CA 3rd, Arnsten A, Charney DS. Role of norepinephrine in the pathophysiology and treatment of posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*. 1999;46:1192-1204.
9. Geraciotti TD Jr, Baker DG, Ekhaton NN, et al. CSF norepinephrine concentrations in posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 2001;158:1227-1230
10. Nestler EJ, Barrot M, DiLeone RJ, Eisch AJ, Gold SJ, Monteggia LM. Neurobiology of depression. *Neuron*. 2002;34:13-25.
11. Yehuda R. Advances in understanding neuroendocrine alterations in PTSD and their therapeutic implications. *Ann N Y Acad Sci*. 2006;1071:137-166.
12. Meewisse ML, Reitsma JB, de Vries GJ, Gersons BP, Olf M. Cortisol and post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2007;191:387-392.
13. Bremner JD, 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.
14. А. В. Васильева, Т. А. Караваева, Е. П. Лукошкина. Диагностика и терапия посттравматического стрессового расстройства в клинике пограничных расстройств и соматической медицине / Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы. Сборник методических рекомендаций / сост. Н. В. Семенова, под общ. ред. Н. Г. Незнанова. Выпуск 2. — СПб.: издательско-полиграфическая компания «КОСТА», 2019. Стр. 300-324. https://bekhterev.ru/wp-content/uploads/2021/05/2019_sbornik_m_vyp_2.pdf
15. 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.

16. Посттравматическое стрессовое расстройство / под ред. В.А. Солдаткина; ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2015. – 624 с
17. Weber DL. Information Processing Bias in Post-traumatic Stress Disorder. *Open Neuroimag J.* 2008 Jun 10;2:29-51. doi: 10.2174/1874440000802010029 (17)
18. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther* 2000; 38(4): 319-345.
19. Brewin CR. A cognitive neuroscience account of post-traumatic stress disorder and its treatment. *Behav Res Ther* 2001; 39(4): 373-393.
20. Horowitz, MJ. (1990) Post-Traumatic Stress Disorders: Psychosocial Aspects of the Diagnosis, *International Journal of Mental Health*, 19:1, 21-36, DOI: 10.1080/00207411.1990.11449151
21. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1995;52(12):1048-1060. doi:10.1001/archpsyc.1995.03950240066012
22. Tolin DF, Foa EB. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychol Bull.* 2006;132(6):959-992. doi:10.1037/0033-2909.132.6.959
23. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. 5 ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
24. Friedman, M. J. Considering PTSD for DSM-V/ Depression and Anxiety. – 2011. – Vol. 28. – № 9. – P. 750-769.
25. Bryant RA. Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. / *World Psychiatry* . – 2019. – 18. – № 5 – P. 259-269.
26. Bryant R. A. Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: a systematic review. / *J. Clin. Psychiatry.* – 2011. – V. 72 – №3. – P. 233-239.
27. Brewin CR, Cloitre M, Hyland P, et al. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clin Psychol Rev.* 2017;58:1-15. doi:10.1016/j.cpr.2017.09.001
28. Kazlauskas, Evaldas & Zelviene, Paulina & Lorenz, Louisa & Quero, Soledad & Maercker, Andreas. (2017). A scoping review of ICD-11 adjustment disorder research. *European Journal of Psychotraumatology.* 8. 1421819. 10.1080/20008198.2017.1421819
29. Mauro C, Reynolds CF, Maercker A, et al. Prolonged grief disorder: clinical utility of ICD-11 diagnostic guidelines. *Psychol Med.* 2019;49(5):861-867. doi:10.1017/S0033291718001563

30. Killikelly, Clare and Andreas Maercker. "Prolonged grief disorder for ICD-11: the primacy of clinical utility and international applicability." *European Journal of Psychotraumatology* 8 (2017): n. pag.
31. 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.
32. Ivesic S., Bagaric A., Oruc L. et al. Psychotic symptoms and comorbid psychiatric disorders in Croatian combat-related posttraumatic stress disorder patients // *Croat Med*. – 2000. – Vol. 41. – P. 179–183.
33. Волошин В.М. Посттравматическое стрессовое расстройство. Феноменология, клиника, систематика, динамика и современные подходы к психотерапии. – М., 2005. 199 с.
34. Резник, А. М. (2020). Психические расстройства у ветеранов локальных войн, перенесших черепно-мозговую травму. *Health, Food & Biotechnology*, 2(1). 11-23. <https://doi.org/10.36107/hfb.2020.i1.s168>
35. Резник А.М. Боевые стрессовые расстройства (условия возникновения и механизмы развития, клинические проявления, подходы к оказанию психиатрической помощи, лечение): Учебное пособие. – М.: МГУПП, 2022. – 172 с.
36. Morissette S.B., Woodward M., Kimbrel N.A. et al. Deployment-related TBI, persistent postconcussive symptoms, PTSD, and depression in OEF/OIF veterans. *Rehabil. Psychol.* 2011. Nov; 56 (4). P. 340–350.
37. Ruff R.L., Riechers R.G. 2nd, Wang X.F. et al. A case-control study examining whether neurological deficits and PTSD in combat veterans are related to episodes of mild TBI. *BMJ Open*. 2012. Mar 18; 2 (2). e000312.
38. Taylor B.C., Hagel E.M., Carlson K.F. et al. Prevalence and costs of co-occurring traumatic brain injury with and without psychiatric disturbance and pain among Afghanistan and Iraq War Veteran V.A. users. *Med. Care*. 2012. Apr; 50 (4). P. 342–346.
39. Wilk J.E., Herrell R.K., Wynn G.H. et al. Mild traumatic brain injury (concussion), posttraumatic stress disorder, and depression in U.S. Soldiers involved in combat deployments: association with postdeployment symptoms. *Psychosom. Med*. 2012. Apr; 74 (3). P. 249–257
40. Резник А.М., Сюняков Т.С. Щербаков Д.В., Мартынюк Ю.Л. Психотические расстройства у ветеранов локальных войн. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски.*– 2020, 120 (6): 31-36. <https://doi.org/10.17116/jnevro202012006231>

41. Auxemery Y., Fidelle G., Psychosis and trauma. Theoretical links between post-traumatic stress disorder and psychotic symptoms. *Encephale*. 2011; 37 (6): 433–438. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2010.12.001>
42. Compean E., Hamner M. Posttraumatic stress disorder with secondary psychotic features (PTSD-SP): diagnostic and treatment challenges. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2019; 10, 88: 265–275. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.08.001>
43. Hamner M.B., Frueh B.C., Ulmer H.G., Arana G.W. Psychotic features and illness severity in combat veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*. 1999; 45 (7): 846–852. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(98\)00301-1](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(98)00301-1)
44. Kozarić-Kovacić D., Borovecki A. Prevalence of psychotic comorbidity in combat-related posttraumatic stress disorder. *Military Medicine*. – 2005. Mar; 170 (3). – P. 223–226. <https://doi.org/10.7205/milmed.170.3.223>
45. 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. (34)
46. Ford, J.D., Courtois, C.A. Complex PTSD and borderline personality disorder. *border personal disord emot dysregul* 8, 16 (2021). <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00155-9>
47. 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.
48. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса — СПб: Питер, 2001. — 272 с.
49. Horowitz, M. Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
50. Клиническая психометрика: учебное пособие / В. А. Солдаткин, А. И. Ковалев, М. Н. Крючкова [и др.]; ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии. – Ростов-на-Дону: Изд-во РостГМУ, 2020. – 352 с
51. Bandelow B, Zohar J, Hollander E, Kasper S, M€oller H-J, Zohar J, Hollander E, Kasper S, M€oller H-J, Bandelow B, WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders, et al. 2008. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders – first revision. *World J Biol Psychiatry*. 9(4): 248–312.
52. Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Lewis CE, Bisson JJ. 2019. Early psychological intervention following recent trauma: A systematic review and meta-analysis. *Eur JPsychotraumatol*. 10(1):169548

53. Hoskins M. D. et al. Pharmacological therapy for post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of monotherapy, augmentation and head-to-head approaches //European Journal of Psychotraumatology. – 2021. – Т. 12. – №. 1. – С. 1802920.
54. Lee DJ, Schnitzlein CW, Wolf JP 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.
55. 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.].
56. Cipriani, A., Williams, T., Nikolakopoulou, A., Salanti, G., Chaimani, A., Ipser, J., Stein, D. (2018). 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;
57. Rothbaum OR, Price M, Jovanovic T, et al. A randomized, double-blind evaluation of D-cycloserine or alprazolam combined with virtual reality exposure therapy for posttraumatic stress disorder in Iraq and Afghanistan war veterans. *Am J Psychiatry*. 2014;171:640–648.;
58. Guina J, Rossetter SR, De RB, Nahhas RW, Welton RS. Benzodiazepines for PTSD: a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Pract*. 2015;21(4):281–303. doi: 10.1097/PRA.000000000000091]
59. Bond A., Lader M.A. Comparison of the psychotropic profiles of tofisopam and diazepam. *Eur J Clin Pharmacol* 1982;22:2:137-142;
60. Артеменко А.Р., Окнин В.Ю. Грандаксин в лечении психовегетативных расстройств. *Леч нервн болезней* 2001;2:1:24-27;
61. 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;
62. Дюкова Г.М., Саксонова Е.В., Голубев В.Л. Грандаксин в неврологической практике (мультицентровое исследование). *Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова*, 2009;9:44-48
63. Вейн А. М. Артеменко А. Р., Окнин В. Ю., Поморцева И. В. Грандаксин в коррекции психовегетативных расстройств невротической природы // *Клиническая медицина*. – 1999. – № (6). –С. 41–45;
64. Маркин С. П., Маркина В. А., Артемов А. Н., Чуприна С. Е., Натарова Э. Б., Есин А. А. Применение транквилизатора грандаксина при лечении психовегетативного синдрома // *Прикладные информационные аспекты медицины*. – 2008. – Т. 11, № 1. – С. 84–86;

65. Ларжова Т.И. Опыт применения грандаксина при посттравматических стрессовых расстройствах. Новые лекарственные препараты, №10.]
66. Ларикова Т.И. Опыт применения грандаксина при посттравматических стрессовых расстройствах. Новые лекарственные препараты, №10, 2001, стр 31-34.
67. Беккер Р.А. Алимемазин: обзор применения / Р. А.Беккер, Ю. В. Быков // Психиатрия и психофармакотерапия: журнал им. П.Б. Ганнушкина. – 2016. – № 6. – С.10–20.
68. Медведев В.Э. Алимемазин в психиатрии и психосоматике / В. Э. Медведев // Психиатрия и психофармакотерапия – 2018. – № 3-4. – С. 26–33
69. Торшин ИЮ, Громова ОА, Семенов ВА, Гришина ТР. Систематический анализ фундаментальных и клинических исследований этифоксина. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2016;8(3):106-112;
70. Stein D. Etifoxine versus alprazolam for the treatment of adjustment disorder with anxiety: a randomized controlled trial. *Adv Ther.* 2015 Jan;32(1):57-68. doi: 10.1007/s12325-015-0176-6;
71. Servant D, Graziani P, Moysse 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;
72. 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;
73. Cottin J, Gouraud A, Jean-Pastor M, et al. Safety profile of etifoxine: A French pharmacovigilance survey. *Fundam Clin Pharmacol.* 2016 Apr;30(2):147-52. doi: 10.1111/fcp.12169.Epub 2016 Jan 26;
74. 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 [corrected]. *Fundam Clin Pharmacol.* 2001 Jun;15(3):209-16.]
75. 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.
76. 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
77. Malikowska-Racia, N., Popik, P., & Sałat, K. (2020). Behavioral effects of buspirone in a mouse model of posttraumatic stress disorder. *Behavioural brain research*, 381, 112380. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2019.112380>

78. Duffy, J. D., & Malloy, P. F. (1994). Efficacy of buspirone in the treatment of posttraumatic stress disorder: an open trial. *Annals of clinical psychiatry : official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 6(1), 33–37. <https://doi.org/10.3109/10401239409148837>
79. 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.
80. GREEN, BEN FRCPsych, MB, ChB. Prazosin in the Treatment of PTSD. *Journal of Psychiatric Practice*: July 2014 - Volume 20 - Issue 4 - p 253-259 doi: 10.1097/01.pra.0000452561.98286.1e]
81. [Davidson J, Kudler H, Smith R, Mahorney SL, Lipper S, Hammett E, Saunders WB, Cavenar JO, Jr. 1990. Treatment of posttraumatic stress disorder with amitriptyline and placebo. *Arch Gen Psychiatry* 47:259-66;
82. Davidson JR, Kudler HS, Saunders WB, Erickson L, Smith RD, Stein RM, Lipper S, Hammett EB, Mahorney SL, Cavenar JO, Jr. 1993. Predicting response to amitriptyline in posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 150:1024-9;
83. Frank JB, Kosten TR, Giller EL, Jr., Dan E. 1988. A randomized clinical trial of phenelzine and imipramine for posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 145:1289-91;
84. Kosten TR, Frank JB, Dan E, McDougle CJ, Giller EL, Jr. 1991. Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder using phenelzine or imipramine. *J Nerv Ment Dis* 179:366-70;
85. Chung, M.Y., Min, K.H., Jun, Y.J., Kim, S.S., Kim, W.C. and Jun, E.M. (2004), Efficacy and tolerability of mirtazapine and sertraline in Korean veterans with posttraumatic stress disorder: A randomized open label trial. *Hum. Psychopharmacol. Clin. Exp.*, 19: 489-494. <https://doi.org/10.1002/hup.615>
86. Kim W, Pae CU, Chae JH, Jun TY, Bahk WM. The effectiveness of mirtazapine in the treatment of post-traumatic stress disorder: a 24-week continuation therapy. *Psychiatry Clin continuation therapy. Psychiatry Clin Neurosci*. 2005 Dec;59(6):743-7. doi: 10.1111/j.1440-1819.2005.01447.x.]
87. Hertzberg MA, Butterfield MI, Feldman ME, Beckham JC, Sutherland SM, Connor KM, Davidson JR. 1999. A preliminary study of lamotrigine for the treatment of posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry* 45:1226-9
88. Tucker P., Trautman R.P., Wyatt D.B. et al. Efficacy and safety of topiramate monotherapy in civilian posttraumatic stress disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled study // *J Clin Psychiatr.* – 2007. – Vol. 68, no. 2. – Pp. 201–206

89. Yeh M.S., Mari J.J., Costa M.C. et al. A double-blind randomized controlled trial to study the efficacy of topiramate in a civilian sample of PTSD // *CNS Neurosci Ther.* – 2011. – Vol. 17, no. 5. – Pp. 305–310.
90. Varma A., Moore M.B., Miller C.W.T., Himelchoet S. et al. Topiramate as monotherapy or adjunctive treatment for posttraumatic stress disorder: a meta-analysis // *J Trauma Stress.* – 2018. – Vol. 31, no. 1. – Pp. 125–133.
91. Lindley S.E., Carlson E.B., Hill K., A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of augmentation topiramate for chronic combat-related posttraumatic stress disorder // *J Clin Psychopharmacol.* – 2007. – Vol. 27, no. 6. – Pp. 677–681
92. Muenzenmaier K, Castille D, Shelley A, et al. Comorbid post-traumatic stress disorder and schizophrenia. *Psychiatr Ann.* 2005;35(1):50–56. [Google Scholar] (88)
93. Sautter FJ, Brailey K, Uddo MM, et al. PTSD and comorbid psychotic disorders: Comparison with veterans diagnosed with PTSD or psychotic disorder. *J Trauma Stress.* 1999;12(1):73–88. [PubMed] [Google Scholar]
94. Pinto PA, Gregory RJ. Post-traumatic stress disorder with psychotic features. *Am J Psychiatry.* 1995;152(3):471.
95. Ahearn EP, Krohn A, Connor KM, Davidson JR. Pharmacologic treatment of post-traumatic stress disorder: A focus on antipsychotic use. [Review] *Ann Clin Psychiatry.* 2003;15(4):193–201. [PubMed] [Google Scholar]
96. Yehuda R. Managing aggressive behavior associated with post-traumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry.* 1999;7(2):25–7
97. Sattar SP, Ucci B, Grant K, et al. Quetiapine therapy for post-traumatic stress disorder. *Ann Pharmacother.* 2002;36(12):1875–8. [PubMed] [Google Scholar];
98. Sokolski KN, Denson TF, Lee RT, Reist C. Quetiapine for treatment of refractory symptoms of combat-related post-traumatic stress disorder. *Military Med.* 2003;168(6):486–9. [PubMed] [Google Scholar]
99. Hamner MB, Deitsch SE, Brodrick PS, et al. Quetiapine treatment in patients with post-traumatic stress disorder: An open trial of adjunctive therapy. *J Clin Psychopharmacol.* 2003;23(1):15–20.
100. Adetunji B, Mathews M, Williams A, Budur K, Mathews M, Mahmud J, Osinowo T. Use of antipsychotics in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Psychiatry (Edgmont).* 2005 Apr;2(4):43-7. PMID: 21179651; PMCID: PMC3004738.
101. Krashin D, Oates EW. Risperidone as an adjunct therapy for post-traumatic stress disorder. *Military Med.* 1999;164(8):605–6. [PubMed] [Google Scholar]

102. Monnelly EP, Ciraulo DA, Knapp C, Keane T. Low-dose risperidone as adjunctive therapy for irritable aggression in post-traumatic stress disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2003;23(2):193–6. [PubMed] [Google Scholar]]
103. Butterfield MI, Becker ME, Connor KM, et al. Olanzapine in the treatment of post-traumatic stress disorder: A pilot study. *Int Clin Psychopharmacol* 2001;16(4):197–203.
104. 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.
105. Jakovljevic M, Sagud M, Mihaljevic-Peles A. Olanzapine in the treatment-resistant, combat-related PTSD: A series of case reports. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2003;107(5):394-6; discussion 396.
106. Stein MB, Kline N, Matloff J. Adjunctive olanzapine for SSRI-resistant combat-related PTSD: A double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 2002;159(10):1777–9.]
107. Быков Ю.В., Беккер Р.А. Хлорпротиксен: обзор применения в психиатрии (I часть). *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2016; 18 (2): 26–32
108. Беккер Р.А., Быков Ю.В. Клиническое применение перициазина (Неулептила). *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2018; 20 (2): 16–31..
109. Stahl SM. *Stahl's essential psychopharmacology: Case studies*. Cambridge university press, 2015. Stahl SM. *Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications*. Cambridge university press, 2013.
110. Шмуклер А.Б. Обзор применения тиаприда в современных условиях. *СОЦИАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ* 2015, т. 25 № 1
111. . Ибрагимов Д.Ф. Алимемазин во врачебной практике. *Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова*. 2008; 108 (9): 76–8.
112. Митрохин К.В., Баранишин А.А. Классификация и краткое описание лекарственных препаратов — аналогов производных гамма-аминомасляной кислоты и токсических веществ, влияющих на ГАМК-ергическую связь. *Анестезиология и реаниматология*. 2018;(6):22-30.
113. 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
114. Dorrepaal, Ethy & Thomaes, Kathleen & Smit, Johannes & Veltman, Dirk & Hoogendoorn, Adriaan & Balkom, Anton & Draijer, Nel. (2013). 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*. 4. 10.3402/ejpt.v4i0.21171.

115. 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.
116. Lee DJ, Schnitzlein CW, Wolf JP 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.
117. 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
118. Васильева А.В. Посттравматическое стрессовое расстройство в центре международных исследований: от «солдатского сердца» к МКБ-11. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2022;122(10):72-81
<https://doi.org/10.17116/jnevro202212210172>.
119. Leichsenring, F., Steinert, C., Rabung, S. and Ioannidis, J.P. (2022), The efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for mental disorders in adults: an umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analyses. *World Psychiatry*, 21: 133-145.
<https://doi.org/10.1002/wps.20941>
120. Busch, F. N., & Milrod, B. L. (2018). Trauma-Focused Psychodynamic Psychotherapy. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(2), 277–287. doi:10.1016/j.psc.2018.01.005
121. Youngner, Cole & Gerardi, Maryrose & Rothbaum, Barbara. (2013). PTSD: Evidence-Based Psychotherapy and Emerging Treatment Approaches. *FOCUS: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*. 11. 307. 10.1176/appi.focus.11.3.307.
122. Norman, S.B. (2022), Effectiveness of currently available psychotherapies for post-traumatic stress disorder and future directions. *World Psychiatry*, 21: 309-310.
<https://doi.org/10.1002/wps.20974>
123. Lewis C, Roberts NP, Andrew M, Starling E, Bisson JJ. 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
124. Schnurr, P., Friedman, M. J., Foy, D. W., Shea, M. T., Hsieh, F. Y., Lavori, P. W., & Bernardy, N. C. (2003). Randomized trial of trauma-focused group therapy for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 481–489
125. Schnurr, P., Friedman, M. J., Engel, C. C., Foa, E. B., Shea, M. T., Chow, B. K., ... Bernardy, N. (2007). Cognitive behavioural therapy for posttraumatic stress disorder in women. *JAMA*, 297, 820–830.

126. Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W. B., & Friedman, M. J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *74*(6), e541–e550.
127. McDonagh, A., Friedman, M., McHugo, G., Ford, J., Sengupta, A., Mueser, K., ... Descamps, M. (2005). Randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for chronic posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*, 515–524.
128. Lewis C, Roberts NP, Andrew M, Starling E, Bisson JI. 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
129. Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, *162*(2), 214–227.
130. Ehlers, A., Hackmann, A., Grey, N, Wild, J., Liness, S., Albert, I,... Clark, D. M. (2014). A randomized controlled trial of 7-day intensive and standard weekly cognitive therapy for PTSD and emotion-focused supportive therapy. *American Journal of Psychiatry*, *171*, 294-304.
131. Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., & Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: Development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 413–431.
132. Resick, P., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., & Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*(4), 867–879.
133. Resick, P. A., Wachen, J. S., Dondanville, K. A., Pruiksma, K. E., Yarvis, J. S., Peterson, A. L., ... Young-McCaughan, S. (2017). Effect of group vs individual cognitive processing therapy in active-duty military seeking treatment for posttraumatic stress disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, *74*(1), 28–36.
134. Resick, P. A., Wachen, J. S., Mintz, J., Young-McCaughan, S., Roache, J. D., Borah, A. M., & Peterson, A. L. (2015). A randomized clinical trial of group cognitive processing therapy compared with group present-centered therapy for PTSD among active duty military personnel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *83*, 1058–1068. Epub ahead of print
135. Chiba T, Kanazawa T, Koizumi A, Ide K, Taschereau-Dumouchel V, Boku S, Hishimoto A, Shirakawa M, Sora I, Lau H, Yoneda H, Kawato M. Current Status of Neurofeedback for Post-traumatic 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.
136. Reiter, K., Andersen, S. B., and Carlsson, J. (2016). Neurofeedback treatment and posttraumatic stress disorder: effectiveness of neurofeedback on posttraumatic stress disorder

and the optimal choice of protocol. *J. Nerv. Ment. Dis.* 204, 69–77. doi:
10.1097/NMD.0000000000000418

137. Smith, W. D. (2008). The effect of neurofeedback training on PTSD symptoms of depression and attention problems among military veterans (ProQuest dissertations and theses). Capella University, Ann Arbor, MI, United States. Retrieved from:
<http://search.proquest.com/docview/193497792?accountid=13607> (accessed April 12, 2019).

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

139. Peniston, E. G., & Kulkosky, P. J. (1991). Alpha-theta brainwave neurofeedback for Vietnam veterans with combat-related post-traumatic stress disorder. *Medical Psychotherapy*, 4(1), 47–60.

140. Foa, E., Hembree, E. A., Cahill, S. P., Rauch, S. A. M., Riggs, D. S., Feeny, N. C., & Yadin, E. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 953–964.

141. Foa, E., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S., & Murdock, T. B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(5), 715–723.

142. Foa, E. B., McLean, C. P., Zang, Y., Rosenfield, D., Yadin, E., Yarvis, J. S., ... Fina, B. A. (2018). 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*, 319, 354–364

143. Pacella, M. L., Armelie, A., Boarts, J., Wagner, G., Jones, T., Feeny, N., & Delahanty, D. L. (2012). The impact of prolonged exposure on PTSD symptoms and associated psychopathology in people living with HIV: A randomized test of concept. *AIDS and Behavior*, 16 (5), 1327–1340.

144. Paunovic, N. (2011). Exposure inhibition therapy as a treatment for chronic posttraumatic stress disorder: A controlled pilot study. *Psychology*, 2(6), 605. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2018). Post-traumatic stress disorder (NICE guideline NG116). Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>.

145. Nacasch, N., 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.

146. Lee, C., Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J., & Greenwald, R. (2002). Treatment of PTSD: Stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1071–1089.
147. McLay, R., Wood, D. P., Webb-Murphy, J. A., Spira, J. L., Wiederhold, M. D., Pyne, J. M., & Wiederhold, B. K. (2011). A randomized, controlled trial of virtual reality-graded exposure therapy for post-traumatic stress disorder in active duty service members with combat-related post-traumatic stress disorder. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 14, 223–229.
148. Mendes D. D. et al. A systematic review on the effectiveness of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder //The International Journal of Psychiatry in Medicine. – 2008. – T. 38. – №. 3. – C. 241-259.
149. Jacob, N., Neuner, F., Maedl, A., Schaal, S., & Elbert, T. (2014). Dissemination of psychotherapy for trauma spectrum disorders in postconflict settings: A randomized controlled trial in Rwanda. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 354–363.
150. Neuner, F., Onyut, P. L., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, E., & Elbert, T. (2008). Treatment of posttraumatic stress disorder by trained lay counselors in an African refugee settlement: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (4), 686.
151. Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U., & Elbert, T. (2004). A comparison of narrative exposure therapy, supportive counselling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(4), 579–587.
152. 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), 1.
153. Zang, Y., Hunt, N., & Cox, T. (2014). Adapting narrative exposure therapy for Chinese earthquake survivors: A pilot randomised controlled feasibility study. *BMC Psychiatry*, 14
154. Bohus M, Kleindienst N, Hahn C, Müller-Engelmann M, Ludäscher P, Steil R, Fydrich T, Kuehner C, Resick PA, Stiglmayr C, Schmahl C, Priebe K. Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder (DBT-PTSD) Compared With Cognitive Processing Therapy (CPT) in Complex Presentations of PTSD in Women Survivors of Childhood Abuse: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2020 Dec 1;77(12):1235-1245. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.2148. PMID: 32697288; PMCID: PMC7376475.
155. Acarturk, C., Konuk, E., Cetinkaya, M., Senay, I., Sijbrandij, M., Gulen, B., & Cuijpers, P. (2016). 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*, 46(12), 2583–2593

156. Carlson, J., Chemtob, C. M., Rusnak, K., Hedlund, N. L., & Muraoka, M. Y. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing (EDMR) treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11(1), 3–32.
157. Devilly, G., Spence, S., & Rapee, R. (1998). Statistical and reliable change with eye movement desensitization and reprocessing: Treating trauma within a veteran population. *Behavior Therapy*, 29, 435–455.
158. Devilly, G. J., & Spence, S. H. (1999). 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*, 13(1–2), 131–157
159. Taylor, S., Thordarson, D. S., Maxfield, L., Fedoroff, I. C., Lovell, K., & Ogradniczuk, J. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 330–338.
160. 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
161. Karsen EF, Watts BV, Holtzheimer PE. Review of the effectiveness of transcranial magnetic stimulation for post-traumatic stress disorder. *Brain Stimul.* 2014 Mar-Apr;7(2):151-7. doi: 10.1016/j.brs.2013.10.006.
162. (1) Bisson JJ, van Gelderen M, Roberts NP, Lewis C. Non-pharmacological and non-psychological approaches to the treatment of PTSD: results of a systematic review and meta-analyses // *Eur J Psychotraumatol.* 2020. Vol. 11, N 1. P. 1795361
163. 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). – ISBN 978-5-9704-5554-8. – EDN KSMCPP.].
164. Mavranouzouli, I., Megnin-Viggars, O., Grey, N., Bhutani, G., Leach, J., Daly, C., Pilling, S. (2020). Cost-effectiveness of psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults. *PLOS ONE*, 15(4), e0232245. doi:10.1371/journal.pone.0232245
165. Valiente-Gómez, A., Moreno-Alcázar, A., Treen, D., Cedrón, C., Colom, F., Pérez, V., & Amann, B. L. (2017). EMDR beyond PTSD: A Systematic Literature Review. *Frontiers in Psychology*, 8. doi:10.3389/fpsyg.2017.01668
166. Lewis, C., Roberts, N. P., Andrew, M., Starling, E., & Bisson, J. I. (2020). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1729633. doi:10.1080/20008198.2020.1729633

167. 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. *Cureus*. doi:10.7759/cureus.3250
168. Haagen, J. F. G., 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
169. Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., Hutton, P. (2019). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 1–15. doi:10.1017/s0033291719000436
170. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология: Учебник для вузов. 4-е изд. / Б.Д. Карвасарский. - Санкт-Петербург : Питер, 2011. - 864 с. - ISBN 978-5-459-00808-1. - URL: <https://ibooks.ru/bookshelf/23134/reading> (дата обращения: 31.10.2022). - Текст: электронный.
171. Peris, A., Bonizzoli, M., Iozzelli, D., Migliaccio, M. L., Zagli, G., Bacchereti, A., Belloni, L. (2011). Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients. *Critical Care*, 15(1), R41. doi:10.1186/cc10003
172. 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.
173. 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.
174. Медицинская реабилитация. Руководство к практическим занятиям : учебное пособие / Г. Р. Абусева, В. Н. Ищук, Д. В. Ковлен [и др.] ; под ред. Г. Н. Пономаренко. – Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2021. – 240 с. – ISBN 978-5-9704-6023-8. – EDN XIIIДН.
175. Пономаренко, Г. Н. Медицинская реабилитация : учебник / Г. Н. Пономаренко. – 2-е издание, переработанное и дополненное. – Москва : Общество с ограниченной ответственностью Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа", 2021. – 368 с. – ISBN 978-5-9704-5945-4. – DOI 10.33029/9704-5945-4-MRU-2021-1-368. – EDN GKQDPD.
176. Björkman F., Ekblom Ö. Physical Exercise as Treatment for PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Mil Med*. 2022 Aug 25;187(9-10):e1103-e1113. doi: 10.1093/milmed/usab497. PMID: 34850063 DOI: 10.1093/milmed/usab497
177. (4) Petrosino NJ, Cosmo C, Berlow YA. et al. Transcranial magnetic stimulation for post-traumatic stress disorder // *Ther Adv Psychopharmacol*. 2021. N 11. P. 20451253211049921.

178. (5) 14. 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
179. Edinoff AN, Hegefeld TL, Petersen M. et al. Transcranial Magnetic Stimulation for Post-traumatic Stress Disorder // *Front Psychiatry*. 2022. N 13. P. 701348.
180. Cirillo, P., Gold, A. K., Nardi, A. E., Ornelas, A. C., Nierenberg, A. A., Camprodon, J., & Kinrys, G. 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
181. Huntley JH, Habibabadi RR, Vaishnavi S. et al. Transcranial Magnetic Stimulation and its Imaging Features in Patients With Depression, Post-traumatic Stress Disorder, and Traumatic Brain Injury // *Acad Radiol*. 2022. Vol. S1076-6332, N 22. P. 00193-3.
182. Yan, T., Xie, Q., Zheng, Z., Zou, K., & Wang, L. (2017). Different frequency repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) for posttraumatic stress disorder (PTSD): A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 89, 125–135. doi:10.1016/j.jpsychires.2017.02.
183. Boggio, P. S., Rocha, M., Oliveira, M. O., Fecteau, S., Cohen, R. B., Campanhã, C., Fregni, F. (2009). Noninvasive Brain Stimulation With High-Frequency and Low-Intensity Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation Treatment for Posttraumatic Stress Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(08), 992–999. doi:10.4088/jcp.08m04638blu
184. Реабилитация инвалидов : национальное руководство / под ред. Г. Н. Пономаренко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 736 с. : ил. - (Серия "Национальные руководства"). - ISBN 978-5-9704-4589-1.
185. Hong J, Park JH. 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.
186. Nicholson, A. A., Ros, T., Jetly, R., & Lanius, R. A. (2020). 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/jmvfh.2019-0032>
187. Panisch, L. S., & Hai, A. H. (2018). The Effectiveness of Using Neurofeedback in the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 152483801878110. doi:10.1177/1524838018781103
188. Reiter K, Andersen SB, 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.

189. Ahmadizadeh MJ, Rezaei M, Fitzgerald PB. Transcranial direct current stimulation (tDCS) for post-traumatic stress disorder (PTSD): A randomized, double-blinded, controlled trial. *Brain Res Bull.* 2019;153:273–278
190. Mascha van 't Wout-Frank M, Shea MT, Larson VC, Greenberg BD, Philip NS. Combined transcranial direct current stimulation with virtual reality exposure for posttraumatic stress disorder: Feasibility and pilot results. *Brain Stimul.* 2019;12:41–43.
191. 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.
192. Pezzin LE, Larson ER, Lorber W. et al. Music-instruction intervention for treatment of post-traumatic stress disorder: a randomized pilot study // *BMC Psychol.* 2018. Vol. 6, N 1. P. 60.
193. Farooqui SK, Barolia M. Result of Music Therapy on Post-Traumatic Stress Disorder // *J Pak Med Assoc.* 2022. Vol. 72, N 7. P. 1469.
194. Martin PI, Chao L, Krengel MH. et al. Transcranial Photobiomodulation to Improve Cognition in Gulf War Illness // *Front Neurol.* 2021. N 11. P. 574386.
195. Youngstedt SD, Kline CE, Reynolds AM, Crowley SK, Burch JB, 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.
196. Zalta AK, Bravo K, Valdespino-Hayden Z, Pollack MH, Burgess HJ. 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.
197. 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.
198. Gálvez I, Torres-Piles S, Ortega-Rincón E. Balneotherapy, Immune System, and Stress Response: A Hormetic Strategy? // *Int J Mol Sci.* 2018. Vol. 19, N 6. P. 1687.
199. Cieślik, B., Mazurek, J., Rutkowski, S., Kiper, P., Turolla, A., & Szczepańska-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
200. Deng, W., Hu, D., Xu, S., Liu, X., Zhao, J., Chen, Q., Li, X. (2019). 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
201. Carl, E., T. Stein, A., Levihn-Coon, A., Pogue, J. R., Rothbaum, B., Emmelkamp, P., B. Powers, M. (2018). Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: A meta-

analysis of randomized controlled trials. *Journal of Anxiety Disorders*.
doi:10.1016/j.janxdis.2018.08.003

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

203. 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.

204. 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.

205. Bisson JI, Ariti C, Cullen K, Kitchiner N, Lewis C, Roberts NP, Simon N, Smallman K, Addison K, Bell V, Brookes-Howell L, Cosgrove S, Ehlers A, Fitzsimmons D, Foscarini-Craggs P, Harris SRS, Kelson M, Lovell K, McKenna M, McNamara R, Nollett C, Pickles T, Williams-Thomas R. 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.

206. Razumov AN, Ezhov VV, Dovgan IA, Ponomarenko GN. Therapeutic effects of climotherapy: scientometric analysis of evidence-based studies // *Vopr Kurortol Fizioter Lech Fiz Kult*. 2020. Vol. 97, N 6. P. 59-67.]

207. Levitskiĭ EF, Barabash LV, Zaitsev AA. A new approach to medical rehabilitation of combatants *Vopr Kurortol Fizioter Lech Fiz Kult*. 2007;(3):34-36.

208. Peacock KS, Stoerckel 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

209. 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.

210. Zhang Y, Han Y, Zhao Z, Yan X. Exploration of acupoints selection law for post-traumatic stress disorder treated with acupuncture and moxibustion // *Zhongguo Zhen Jiu*. 2016. Vol. 36, N 11. P. 1229-1232.

211. 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.

212. Ding N, Li L, Song K. et al. Efficacy and safety of acupuncture in treating post-traumatic stress disorder: A protocol for systematic review and meta-analysis // *Medicine (Baltimore)*. 2020. Vol. 99, N 26. P. e20700.
213. 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.
214. B. A. van der Kolk, *The body keeps the score: Mind, brain and body in the transformation of trauma*. 2014.
215. J. W. Hopper, P. A. Frewen, B. A. van der Kolk, and R. A. Lanius, "Neural correlates of reexperiencing, avoidance, and dissociation in PTSD: Symptom dimensions and emotion dysregulation in responses to script-driven trauma imagery," *J Trauma Stress*, vol. 20, no. 5, 2007, doi: 10.1002/jts.20284.
216. Н. Г. Гаранян, "Когнитивно-бихевиоральная психотерапия посттравматического стрессового расстройства," *Консультативная психология и психотерапия*, no. 3, pp. 46–72, 2013.
217. R. H. Pietrzak, D. C. Johnson, M. B. Goldstein, J. C. Malley, and S. M. Southwick, "Psychological resilience and postdeployment social support protect against traumatic stress and depressive symptoms in soldiers returning from Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom," *Depress Anxiety*, vol. 26, no. 8, 2009, doi: 10.1002/da.20558.
218. H. DeLong, "Social Support in PTSD: An Analysis of Gender, Race, and Trauma Type," *Discussions*, vol. 8, no. 2, 2012, Accessed: Nov. 09, 2022. [Online]. Available: <http://www.inquiriesjournal.com/articles/802/social-support-in-ptsd-an-analysis-of-gender-race-and-trauma-type>
219. E. L. James 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.
220. E. L. James, A. Lau-Zhu, H. Tickle, A. Horsch, and E. A. Holmes, "Playing the computer game 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.
221. J. M. Pyne et al., "Heart Rate Variability and Cognitive Bias Feedback Interventions to Prevent Post-deployment PTSD: Results from a Randomized Controlled Trial," *Mil Med*, vol. 184, no. 1–2, 2019, doi: 10.1093/milmed/usy171.
222. I. Wald et al., "Acute delivery of attention bias modification training (ABMT) moderates the association between combat exposure and posttraumatic symptoms: A feasibility study," *Biol Psychol*, vol. 122, 2017, doi: 10.1016/j.biopsycho.2016.01.005.

223. I. Wald et al., "Selective prevention of combat-related post-traumatic stress disorder using attention bias modification training: A randomized controlled trial," *Psychol Med*, vol. 46, no. 12, 2016, doi: 10.1017/S0033291716000945.
224. R. J. McNally, R. A. Bryant, and A. Ehlers, "Does Early Psychological Intervention Promote Recovery From Posttraumatic Stress?," *Psychological Science in the Public Interest*, vol. 4, no. 2, 2003, doi: 10.1111/1529-1006.01421.
225. P. Kristensen, L. Weisaeth, and T. Heir, "Bereavement and mental health after sudden and violent losses: A Review," *Psychiatry*, vol. 75, no. 1, 2012. doi: 10.1521/psyc.2012.75.1.76.
226. E. Dunmore, D. M. Clark, and A. Ehlers, "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.
227. Юлия. С. Шойгу et al., "Особенности оказания экстренной психологической помощи при переживании утраты в чрезвычайных ситуациях," *Национальный психологический журнал*, vol. 41, no. 1, pp. 115–126, 2021, doi: 10.11621/npj.2021.0110.
228. M. D. Lieberman, N. I. Eisenberger, M. J. Crockett, S. M. Tom, J. H. Pfeifer, and B. M. Way, "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.
229. L. Iyadurai 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.
230. M. Gould, N. Greenberg, and J. Hetherington, "Stigma and the military: Evaluation of a PTSD psychoeducational program," in *Journal of Traumatic Stress*, 2007, vol. 20, no. 4. doi: 10.1002/jts.20233.
231. Гусева Ольга В., Еричев Александр Н., Коцюбинский Александр П., and Лутова Наталия Б., *Особенности психотерапии и социотерапии при заболеваниях шизофренического спектра*. Санкт-Петербург: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2015.
232. 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.
233. C. Scholes, G. Turpin, and S. Mason, "A randomised controlled trial to assess the effectiveness of providing self-help information to people with symptoms of acute stress disorder following a traumatic injury," *Behaviour Research and Therapy*, vol. 45, no. 11, 2007, doi: 10.1016/j.brat.2007.06.009.

234. C. Scholes, G. Turpin, and S. Mason, "A randomised controlled trial to assess the effectiveness of providing self-help information to people with symptoms of acute stress disorder following a traumatic injury," *Behaviour Research and Therapy*, vol. 45, no. 11, 2007, doi: 10.1016/j.brat.2007.06.009.
235. A. Y. Shalev, Y. Ankri, Y. Israeli-Shalev, T. Peleg, R. Adessky, and S. Freedman, "Prevention of posttraumatic stress disorder by early treatment: Results from the Jerusalem trauma outreach and prevention study," *Arch Gen Psychiatry*, vol. 69, no. 2, 2012, doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.127.
236. Васильева А.В. et al., Психологическое сопровождение специалистов с расстройством адаптации, Питер., vol. 112. СПб, 2023.
237. J. I. Bisson, J. P. Shepherd, D. Joy, R. Probert, and R. G. Newcombe, "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.
238. R. A. Bryant, A. G. Harvey, S. T. Dang, T. Sackville, and C. Basten, "Treatment of acute stress disorder: A comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling," *J Consult Clin Psychol*, vol. 66, no. 5, 1998, doi: 10.1037/0022-006X.66.5.862.
239. R. A. Bryant, T. Sackville, S. T. Dang, M. Moulds, and R. Guthrie, "Treating acute stress disorder: An evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques," *American Journal of Psychiatry*, vol. 156, no. 11, 1999, doi: 10.1176/ajp.156.11.1780.
240. R. A. Bryant, M. Moulds, R. Guthrie, and R. D. V. Nixon, "Treating acute stress disorder following mild traumatic brain injury," *American Journal of Psychiatry*, vol. 160, no. 3, 2003, doi: 10.1176/appi.ajp.160.3.585.
241. R. A. Bryant, M. L. Moulds, R. M. Guthrie, and R. D. V. Nixon, "The additive benefit of hypnosis and cognitive-behavioral therapy in treating acute stress disorder," *J Consult Clin Psychol*, vol. 73, no. 2, 2005, doi: 10.1037/0022-006X.73.2.334.
242. 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.
243. E. Echeburúa, P. de Corral, B. Sarasua, and I. Zubizarreta, "Treatment of acute posttraumatic stress disorder in rape victims: An experimental study," *J Anxiety Disord*, vol. 10, no. 3, 1996, doi: 10.1016/0887-6185(96)89842-2.
244. E. B. Foa, L. A. Zoellner, and N. C. Feeny, "An evaluation of three brief programs for facilitating recovery after assault," *J Trauma Stress*, vol. 19, no. 1, 2006, doi: 10.1002/jts.20096.
245. 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.

246. 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.
247. 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.
248. R. J. Shaw et al., "Prevention of traumatic stress in mothers with preterm infants: A randomized controlled trial," *Pediatrics*, vol. 132, no. 4, 2013, doi: 10.1542/peds.2013-1331.
249. M. Sijbrandij, M. Olf, J. B. Reitsma, I. V. E. Carlier, M. H. de Vries, and B. P. R. Gersons, "Treatment of acute posttraumatic stress disorder with brief cognitive behavioral therapy: A randomized controlled trial," *American Journal of Psychiatry*, vol. 164, no. 1, 2007, doi: 10.1176/ajp.2007.164.1.82.
250. 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.
251. K. K. Wu, F. W. Li, and V. W. Cho, "A randomized controlled trial of the effectiveness of brief-CBT for patients with symptoms of posttraumatic stress following a motor vehicle crash," *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, vol. 42, no. 1, 2014, doi: 10.1017/S1352465812000859.
252. A. Y. Shalev, Y. Ankri, Y. Israeli-Shalev, T. Peleg, R. Adessky, and S. Freedman, "Prevention of posttraumatic stress disorder by early treatment: Results from the Jerusalem trauma outreach and prevention study," *Arch Gen Psychiatry*, vol. 69, no. 2, 2012, doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.127.
253. 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.
254. D. Zatzick et al., "A randomized stepped care intervention trial targeting posttraumatic stress disorder for surgically hospitalized injury survivors," *Ann Surg*, vol. 257, no. 3, 2013, doi: 10.1097/SLA.0b013e31826bc313.
255. D. Zatzick 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.
256. D. Zatzick et al., "A Randomized Effectiveness Trial of Stepped Collaborative Care for Acutely Injured Trauma Survivors," *Arch Gen Psychiatry*, vol. 61, no. 5, 2004, doi: 10.1001/archpsyc.61.5.498.

257. M. L. O'Donnell 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.

258. I. Jarero, L. Artigas, and M. Luber, "The EMDR Protocol for Recent Critical Incidents: Application in a Disaster Mental Health Continuum of Care Context," *Journal of EMDR Practice and Research*, vol. 5, no. 3, 2011, doi: 10.1891/1933-3196.5.3.82.

259. C. Tarquinio et al., "Early Psychological Preventive Intervention For Workplace Violence: A Randomized Controlled Explorative and Comparative Study Between EMDR-Recent Event and Critical Incident Stress Debriefing," *Issues Ment Health Nurs*, vol. 37, no. 11, 2016, doi: 10.1080/01612840.2016.1224282.

260. I. Jarero, S. Uribe, L. Artigas, and M. Givaudan, "EMDR protocol for recent critical incidents: A randomized controlled trial in a technological disaster context," *Journal of EMDR Practice and Research*, vol. 9, no. 4, 2015, doi: 10.1891/1933-3196.9.4.166.

261. E. Shapiro, B. Laub, and O. Rosenblat, "Early EMDR intervention following intense rocket attacks on a town: A randomised clinical trial," *Clin Neuropsychiatry*, vol. 15, no. 3, 2018.

262. V. Chiorino et al., "The EMDR Recent Birth Trauma Protocol: a pilot randomised clinical trial after traumatic childbirth," *Psychol Health*, vol. 35, no. 7, 2020, doi: 10.1080/08870446.2019.1699088.

263. E. Shapiro and B. Laub, "Early EMDR intervention following a community critical incident: A randomized clinical trial," *Journal of EMDR Practice and Research*, vol. 9, no. 1, 2015, doi: 10.1891/1933-3196.9.1.17.

264. Идрисов К.А. Особенности оказания психотерапевтической помощи лицам с непсихотическими психическими расстройствами в условиях длительной чрезвычайной ситуации. // Психическое здоровье. 2010 г., №12 (55), С.25-30.

265. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. – М. Медицина, 1993. - 400 с.

266. Коханов В.П., Краснов В.Н. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций. – М.: Практическая медицина, 2008. – 448 с.

267. Бухановский А.О. Галкин К.Ю. Организация медико-психологической помощи жертвам террористического акта в Волгодонске в 1999 г. / 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.39-42.

268. Kozaric-Kovacic D., Kocijan-Hercigonja D, Jambrosic A. Psychiatric help to psychotraumatized persons during and after war in Croatia. // *Croat Med J*. 2002 Apr; 43(2):221-8

269. Mooren T., Jong K. de, Kleber R.J., Ruvic J. The Efficacy of a Mental Health Program in Bosnia-Herzegovina: Impact on Coping and General Health // *J. Clinical Psychology*, Vol. 59(1), 57–69 (2003).
270. Организационная модель и способы психосоциальной реабилитации лиц с посттравматическим стрессовым расстройством. Материалы Российской конференции «Аффективные и шизоаффективные расстройства». - М., 2003. С. 165.
271. Арзумян 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.]
272. 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]
273. 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
274. Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма: Руководство для врачей. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2005. – 432 с.
275. Field Manual 4-02.51 (FM 8-51): Combat and operational stress control. Headquarters, Department of the Army. July, 2006. 115 p.
276. VA/DOD Clinical Practice Guideline for the management of Posttraumatic stress disorder and Acute stress disorder: Clinical summary. Published online: 19 Oct 2018. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.16408>
277. Adler, Amy & Bliese, Paul & McGurk, Dennis & Hoge, Charles & Castro, Carl. (2009). Battlemind Debriefing and Battlemind Training as Early Interventions With Soldiers Returning From Iraq: Randomization by Platoon. *Journal of consulting and clinical psychology*. 77. 928-40. 10.1037/a0016877.
278. Руководство для командиров по контролю над боевым стрессом (Полевой Устав Сухопутных войск США FM 22-51): сокр. пер. с англ. А.П. Нечаева // *Зарубежная военная медицина (Информационный сборник)*. – № 96. – СПб, 1999. – С.8-84.
279. Ireland M.R., Bostwick M.J. Why we need military psychiatrists: 20th century US military psychiatry and proposal for the future // *Milit. Med.* – 1997. – Vol.162, N 4. – P.278–282.

280. Kothgassner, O. D., Pellegrini, M., Goreis, A., Giordano, V., Edobor, J., Fischer, S., Plener, P. L., & Huscsava, M. M. (2021). Hydrocortisone administration for reducing post-traumatic stress symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 126, 105168. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2021.105168>
281. Delahanty, D. L., Gabert-Quillen, C., Ostrowski, S. A., Nugent, N. R., Fischer, B., Morris, A., Pitman, R. K., Bon, J., & Fallon, W. (2013). The efficacy of initial hydrocortisone administration at preventing posttraumatic distress in adult trauma patients: a randomized trial. *CNS spectrums*, 18(2), 103–111. <https://doi.org/10.1017/S1092852913000096>
282. Astill Wright, L., Sijbrandij, M., Sinnerton, R., Lewis, C., Roberts, N. P., & Bisson, J. I. (2019). Pharmacological prevention and early treatment of post-traumatic stress disorder and acute stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Translational psychiatry*, 9(1), 334. <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0673-5>
283. Lehrner, A., Hildebrandt, T., Bierer, L. M., Flory, J. D., Bader, H. N., Makotkine, I., & Yehuda, R. (2021). A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of hydrocortisone augmentation of Prolonged Exposure for PTSD in U.S. combat veterans. *Behaviour research and therapy*, 144, 103924. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103924>
284. Catherine, Gandubert & Scali, Jacqueline & Ancelin, Marie-Laure & Carrière, Isabelle & Dupuy, Annie & Bagnolini, Guillaume & Ritchie, Karen & Sebanne, M. & Martrille, Laurent & Baccino, E. & Hermès, Aziz & Attal, Jérôme & Chaudieu, Isabelle. (2016). Biological and psychological predictors of posttraumatic stress disorder onset and chronicity. A one-year prospective study. *Neurobiology of Stress*. 3. 10.1016/j.ynstr.2016.02.002.
285. Freedman, S. A., Brandes, D., Peri, T., & Shalev, A. (1999). Predictors of chronic post-traumatic stress disorder. A prospective study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 174, 353–359. <https://doi.org/10.1192/bjp.174.4.353>
286. Kleim, B., Ehlers, A., & Glucksman, E. (2007). Early predictors of chronic post-traumatic stress disorder in assault survivors. *Psychological medicine*, 37(10), 1457–1467. <https://doi.org/10.1017/S0033291707001006>
287. Ehlers, A., Mayou, R. A., & Bryant, B. (1998). Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of abnormal psychology*, 107(3), 508–519. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.107.3.508>
288. Toloza F. J. K. et al. Association of thyroid function with posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis //Endocrine Practice. – 2020. – T. 26. – №. 10. – C. 1173-1185.
289. Qureshi S. U. et al. The link between post-traumatic stress disorder and physical comorbidities: a systematic review //Psychiatric quarterly. – 2009. – T. 80. – №. 2. – C. 87-97.

290. Moon E. et al. Comparative study of heart rate variability in patients with schizophrenia, bipolar disorder, post-traumatic stress disorder, or major depressive disorder //Clinical Psychopharmacology and Neuroscience. – 2013. – T. 11. – №. 3. – C. 137.
291. McLeay S. C. et al. Physical comorbidities of post-traumatic stress disorder in Australian Vietnam War veterans //Medical Journal of Australia. – 2017. – T. 206. – №. 6. – C. 251-257.
292. Meyer T. et al. The role of frontal EEG asymmetry in post-traumatic stress disorder //Biological Psychology. – 2015. – T. 108. – C. 62-77.
293. Marinko D. et al. Transcranial doppler sonography for post-traumatic stress disorder //Military medicine. – 2001. – T. 166. – №. 11. – C. 955-958.
294. Yin Y. et al. Altered regional homogeneity in post-traumatic stress disorder: a restingstate functional magnetic resonance imaging study //Neuroscience bulletin. – 2012. – T. 28. – C. 541-549.
295. Blanchard E. B. et al. Effects of varying scoring rules of the Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) for the diagnosis of post-traumatic stress disorder in motor vehicle accident victims //Behaviour Research and Therapy. – 1995. – T. 33. – №. 4. – C. 471-475.
296. Jakubowska B., Pragłowska E. Diagnosis of posttraumatic stress disorder (PTSD) by the structured clinical interview SCID-I //Psychiatr. Pol. – 2015. – T. 49. – №. 1. – C. 159-169.
297. Lund M. et al. The Combat Exposure Scale: A systematic assessment of trauma in the Vietnam War //Journal of clinical psychology. – 1984. – T. 40. – №. 6. – C. 1323-1328.
298. Keane T. M. et al. Clinical evaluation of a measure to assess combat exposure //Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1989. – T. 1. – №. 1. – C. 53.
299. Seo H. J. et al. A comparison of mirtazapine and paroxetine for the treatment of patients with posttraumatic stress disorder: a randomized open-label trial //Clinical Psychopharmacology and Neuroscience. – 2010. – T. 8. – №. 2. – C. 84-89.
300. Hausner M., Dolezal V. Comparison of prothiadene and chorprotixene in neurotic inpatients. Act Nerv Super (Praha). 1968;10(3):2989
301. Gao K, Muzina D, Gajwani P, Calabrese JR. Efficacy of typical and atypical antipsychotics for primary and comorbid anxiety symptoms or disorders: a review. J Clin Psychiatry 2006; 67 (9): 1327–40.
302. Tucker P, Zaninelli R, Yehuda R, Ruggiero L, Dillingham K, Pitts CD. Paroxetine in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder: results of a placebo-controlled, flexible-dosage trial. J Clin Psychiatry. 2001;62(11):860-868. doi:10.4088/jcp.v62n1105

303. Gelpin E, Bonne O, Peri T, Brandes D, Shalev AY. Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines: a prospective study. *J Clin Psychiatry*. 1996;57(9):390-394.
304. Radstaak, Mirjam & Hüning, Laura & Bohlmeijer, Ernst. (2020). Well-Being Therapy as Rehabilitation Therapy for Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: A Randomized Controlled Trial: Well-Being Therapy as PTSD Rehabilitation Therapy. *Journal of Traumatic Stress*. 33. 10.1002/jts.22500.
305. Цюрюпа В.Н., Визило Т.Л., Власова И.В., & Одинцева О.В. (2006). Биологические эффекты аудиовизуальной стимуляции. *Политравма*, (2), 50-52.
306. Levitskiĭ EF, Zaĭtsev AA, Abdulkina NG, et al. Primenenie prirodnykh i preformirovannykh fizicheskikh faktorov u uchastnikov vooruzhennykh konfliktov v protsesse meditsinskoĭ reabilitatsii [Application of natural and preformed physical factors during medical rehabilitation in participants of military conflicts]. *Vopr Kurortol Fizioter Lech Fiz Kult*. 2003;(3):37-39.
307. Van der Kolk B. A. The drug treatment of post-traumatic stress disorder // *Journal of affective disorders*. – 1987. – Т. 13. – №. 2. – С. 203-213.
308. Davidson J. Drug therapy of post-traumatic stress disorder // *The British Journal of Psychiatry*. – 1992. – Т. 160. – №. 3. – С. 309-314
309. Brophy M. H. Cyproheptadine for combat nightmares in post-traumatic stress disorder and dream anxiety disorder // *Military medicine*. – 1991. – Т. 156. – №. 2. – С. 100-101.
310. Reinhard, M. A., Seifert, J., Greiner, T., Toto, S., Bleich, S., & Grohmann, R. (2020). Pharmacotherapy of 1,044 inpatients with posttraumatic stress disorder: current status and trends in German-speaking countries. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 271(6), 1065–1076. doi:10.1007/s00406-020-01223-x