

## **ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ СТРЕССОВОМ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЦАМ, УВОЛЕННЫМ С ВОЕННОЙ СЛУЖБЫ, И ЧЛЕНАМ ИХ СЕМЕЙ**

**А.В. Васильева<sup>1, 2</sup>, Т.А. Караваева<sup>1, 3–5</sup>, Н.Г. Незнанов<sup>1, 6</sup>, К.А. Идрисов<sup>7</sup>,  
Д.С. Радионов<sup>1</sup>, Ю.С. Шойгу<sup>8, 9</sup>**

<sup>1</sup> ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург

<sup>3</sup> ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург

<sup>4</sup> ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург

<sup>5</sup> ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург

<sup>6</sup> ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург

<sup>7</sup> ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет им. А.А. Кадырова», Грозный

<sup>8</sup> ФКУ «Центр экстренной психологической помощи МЧС», Москва

<sup>9</sup> ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», Москва

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) представляет собой психическое заболевание, главным условием развития которого является неожиданное воздействие экстремальной психотравмирующей ситуации, включающей, как правило, угрозу смерти субъекта или кого-либо из его ближайшего окружения, сексуальное и физическое насилие, кардинальное изменение условий и качества жизни и т.д. Клиническая картина представлена в первую очередь повторяющимися переживаниями травматических событий навязчивого характера и их элементами в контексте «здесь и сейчас» в форме флэшбеков и других диссоциативных реакций, кошмарных сновидений и сопутствующих физиологических реакций. Такие проявления сопровождаются сильными тревожными переживаниями, паникой, а в некоторых случаях – злостью, агрессией, гневом, попытками игнорировать различные стимулы, ассоциирующиеся с причиной

выраженного дистресса. В большинстве случаев симптоматика проявляется в течение 6 месяцев от стрессового воздействия. Возможными триггерами могут выступать события, которые для любого человека могут являться источником дистресса: природные и техногенные катастрофы, военные действия, насилие, угроза жизни, жесткое обращение, пытки, нападение, террористические акты, пребывание в плену или концентрационном лагере, потеря близкого человека, свидетельство гибели другого человека, жизнеугрожающее заболевание. Для ПТСР характерна высокая коморбидность с иными психическими расстройствами, что может приводить к изменению личности [1, 2].

История изучения травматических неврозов началась с конца XVIII в. В огромном количестве зарубежной и отечественной литературы освещаются вопросы патогенеза, клиники, терапии и профилактики ПТСР. В нашей стране за последние десятиле-

тия выполнено множество научных исследований, защищены кандидатские и докторские диссертации, подготовлены методические рекомендации и монографии по диагностике и терапии этого расстройства [3–7]. Российские ученые начинали изучение ПТСР с исследований, посвященных боевой психической травме. Сведения собирались со времен Русско-японской и Первой мировой войны, однако они были отрывочны и неполны. Профессором С.Н. Давиденковым был обобщен и описан практический опыт периода Великой Отечественной войны [8]. По его данным, среди заболеваний нервной системы 26,6% занимали неврозы, которые преимущественно были представлены истерией (45,1%), неврастенией (29,6%), острыми реактивными неврозами (23,4%). И хотя термин ПТСР еще не появился в мировой практике, описание больных, приведенные С.Н. Давиденковым, свидетельствует, что в большей степени встречалась именно эта нозология.

Первые упоминания о диагнозе ПТСР в отечественной психиатрии появились в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) – в рубрике «Психические расстройства и расстройства поведения». В ней, в дополнение к другим, связанным со стрессом и адаптационным расстройствам, такими как F43.0 – Острая реакция на стресс (по сути кратковременное шоковое состояние), и F43.2 – Расстройство адаптации (реакция на обычные психосоциальные стрессоры), были выделены два новых расстройства: F43.1 – Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) и F62.0 – Хроническое изменение личности после переживания экстремальной ситуации, которые могут манифестировать после воздействия стрессового фактора ужасающего, экстремального характера (например, пыток, рабства, длительного физического или сексуального насилия, пребывания в плену, концентрационных лагерях).

На фоне проведения специальной военной операции значительно повышаются риски развития ПТСР у лиц, уволенных с военной службы, и членов их семей. Министерство здравоохранения РФ и Федеральный консультационно-методический центр по психотерапии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева осуществляет масштабную работу в регионах по информированию населения, подготовке специалистов (врачей, медицинских психологов, организаторов здравоохранения), организации эффективной, доступной медико-психологической помощи.

Для организации помощи пострадавшим важно четко определять соответствие состояния диа-

гностическим критериям, а также организовывать мероприятия по активному, скорейшему и своевременному выявлению лиц с признаками ПТСР.

Поскольку на практике при применении МКБ-10 специалисты столкнулись с несколько размытыми границами основных кластеров клинических симптомов, трудностью верификации диагноза на основании указанных критериев, частым присоединением коморбидных нарушений, были предприняты попытки в версии МКБ-11, которая была представлена в 2019 г. в Женеве на Всемирной ассамблее здравоохранения, внести коррективы, их цель – повысить диагностическую точность при верификации расстройств, непосредственно связанных со стрессом [9, 10].

В рубрику МКБ-11 «Расстройства, непосредственно связанные со стрессом» входят расстройство адаптации (6B43), посттравматическое стрессовое расстройство (6B40), осложненное (комплексное) посттравматическое стрессовое расстройство (6B41), затяжная патологическая реакция горя (6B42). Стоит отметить, что все перечисленные нозологические единицы могут быть диагностированы во всех возрастных группах, в том числе в детском и подростковом возрасте. В свою очередь, острая реакция на стресс, представленная ранее самостоятельной нозологией, в новой классификации рассматривается, как нормальная (приходящая), а не патологическая реакция личности, в связи с чем она перенесена в раздел «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения». Пациенты с этими проявлениями нуждаются в терапевтических интервенциях, но их клинические симптомы не расцениваются как психическое расстройство [11–15].

### Классификация ПТСР в МКБ-11

**Посттравматическое стрессовое расстройство** – расстройство, которое может развиваться как реакция на воздействие события или серии событий чрезвычайно угрожающего или ужасающего, экстремального характера. Должны быть представлены следующие признаки:

- 1) непроизвольные репереживания травматического события в форме навязчивых тревожных воспоминаний, беспокоящих сновидений, диссоциативных реакции (флэшбеки и т.д.);
- 2) постоянное избегание стимулов, связанных с травмой;
- 3) ощущения сохраняющейся угрозы в виде сверхнастороженности или усиленных реакций испуга, в том числе и на незначительные раздражители.

Симптомы ПТСР обычно возникают в течение 3 месяцев после травматического события, но могут появиться и через несколько лет после воздействия травматического события.

**Осложненное (комплексное) посттравматическое стрессовое расстройство** – расстройство, которое может сформироваться после психотравмирующего события или серии событий угрожающего характера, часто затяжных или повторяющихся, от которых трудно или невозможно уйти (например, пытки, рабство, длительное или повторяющееся насильственное воздействие сексуального или физического характера в раннем детском возрасте, геноцид и т.д.). Соблюдаются все диагностические критерии посттравматического стрессового расстройства, а также развиваются стойкие, тяжелые и сквозные нарушения в сфере регуляции аффекта, трудности социальной адаптации и поддержания длительных стабильных отношений с окружающими, сложности саморепрезентации, выраженная эмоциональная дисрегуляция, хроническое чувство пустоты и состояния покинутости, повышенная сенситивность, повторяющееся суицидальное и парасуицидальное поведение, деструктивные проявления в социальном и межличностном функционировании (последовательное, настойчивое уклонение от общения с окружающими, избегание или незаинтересованность в личных взаимоотношениях, отсутствие социальной вовлеченности; трудности в поддержании искренних, близких, теплых отношений).

Эта нозологическая категория заменяет диагностическую рубрику МКБ-10 «хроническое изменение личности после переживания катастрофы» (F62.0).

Изменения, внесенные в МКБ-11, направлены в первую очередь на предотвращение гипердиагностики ПТСР, что связано с высокой коморбидностью этого заболевания, комплексностью нарушений. Основной задачей было выделить стержневые черты этой патологии, позволяющие четче дифференцировать ПТСР от других психопатологических нарушений на основании относительно небольшого набора идентифицируемых критериев.

При этом сформированные под воздействием длительного стресса хронические изменения личности, нарушения регуляции аффекта, межличностного функционирования позволяют поставить диагноз комплексного ПТСР [10]. Результаты научных и клинических исследований убедительно продемонстрировали, что ПТСР и комплексное ПТСР значимо отличаются друг от друга как по качественному набору клинических проявлений, так и

по контингентам пациентов, подвергшихся травме [12–15]. В подтверждении этого были проведены серии исследований, в которых практическим врачам предлагалось провести дифференциальную диагностику по описанию клинического случая. Результаты свидетельствуют, что они качественно лучше смогли идентифицировать нарушения личностной самоорганизации и правильно диагностировали комплексное ПТСР, отделив его от ПТСР, на основании диагностических критериев МКБ-11. Проведенные испытания в клинической практике демонстрируют преимущество использования диагноза комплексного ПТСР специалистами в их рутинной деятельности [16].

Организация помощи при ПТСР включает в себя профилактические мероприятия, медико-психологическую помощь, реабилитационные мероприятия.

### Профилактика ПТСР

В организации профилактических мероприятий с целью снижения риска развития ПТСР проводят первичную и вторичную профилактику. Первичные меры профилактики реализуются до того, как личность столкнулась со стрессовым травматическим событием, в период, предшествующий вероятному воздействию травмирующего фактора.

Специфических профилактических мероприятий, которые могли бы со значительной долей вероятности гарантировать снижение индивидуального риска формирования ПТСР, на сегодняшний день не существует. Однако имеются убедительные данные, что приверженность принципам здорового образа жизни, проведение мероприятий среди населения, направленных на укрепление психического здоровья, снижение уровня потребления алкоголя и психоактивных веществ, оказывает профилактическое воздействие в отношении развития тревожных, адаптационных расстройств, в том числе и ПТСР.

В нашей стране и за рубежом важное место в системе профилактических мероприятий занимает психообразование населения. Информирование большого круга лиц о причинах возникновения ПТСР, клинических проявлениях, способах лечения и учреждениях, оказывающих профильную помощь, позволяет в значительной степени повысить выявляемость заболевания и обеспечить своевременность терапевтических интервенций.

Психологическое образование широких масс населения представляет собой активную форму первичной психологической профилактики. В этой области приоритетными задачами являются: предоставление информации о психологическом благополучии и психическом здоровье, факторах, влия-

ющих на них, мерах и способах их поддержания; формирование понимания особенностей различных психоэмоциональных реакций в стрессовых ситуациях и механизмов переживания травматического события, показаний для обращения за медико-психологической помощью; укрепление убеждений о важности психогигиены, о широком развитии физической культуры, о ценности социальной включенности и когнитивной активности, которые снижают вероятность формирования коморбидных для травматического реагирования нарушений; широкое распространение информации о связи физической активности с нейробиологическими механизмами эффективной переработки травматического опыта и ее положительной протективной роли в этом процессе [17–23].

При реализации мер профилактики отдельно выделяют определенные контингенты лиц для обеспечения возможности реализации адресных программ. В первую очередь это касается различных специалистов, которые в силу характера своей профессиональной деятельности имеют высокий риск воздействия неблагоприятных факторов, в том числе травматического стресса. Профилактические мероприятия в отношении этих профессиональных категорий также включают образовательные и обучающие программы, направленные на расширение знаний в отношении специфических особенностей и закономерных механизмов восприятия и реакции на ситуации и условия экстремального профессионального функционирования; обучение способам саморегуляции, в том числе с применением метода биологической обратной связи, самоконтроля и управления вниманием [24–26].

К вторичным профилактическим мерам относят те мероприятия, которые должны быть реализованы максимально быстро с момента наступления травматического события. Они осуществляются сразу после воздействия психотравмирующего фактора и обычно проводятся в течение первых 3 месяцев после пережитого стресса (ранние интервенции).

Меры вторичной профилактики должны быть организованы после переживания травматического опыта в результате события, соответствующего критериям, которые повышают вероятность развития ПТСР (внезапность, субъективно воспринимаемая угроза собственной жизни и жизни другого человека, утрата близкого). В российской современной практике этап вторичной профилактики включает две по содержанию взаимосвязанные между собой универсальные составляющие: экстренная психологическая помощь и психологическое просвещение [27].

В свою очередь, понятие «экстренная психологическая помощь» подразделяется на информационно-психологическую поддержку, а также индивидуальную психологическую помощь.

### **Основные принципы оказания медико-психологической помощи при ПТСР**

Для осуществления помощи пациентам с признаками ПТСР важно применять основные принципы [28, 29]: 1) раннее выявление психических расстройств; 2) доступность медико-психологической помощи; 3) комплексность в оказании медико-психологической помощи; 4) полипрофессиональный подход в оказании помощи; 5) мобилизация собственных копинг-стратегий; 6) динамическое сопровождение; 7) поддержка семьи и сообщества.

Организация медико-психологической помощи пациентам с ПТСР должна реализовываться на основании актуальных клинических рекомендаций в соответствии с действующим Порядком оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия» и утвержденными стандартами медицинской помощи. В условиях обычного мирного времени специалистами учреждений, оказывающими психиатрическую, психотерапевтическую, психологическую помощь, проводятся лечебные и реабилитационные мероприятия в рамках их компетенций. Значительно больше ресурсов необходимо для организации оказания помощи больным с ПТСР в случаях масштабных и длительных чрезвычайных ситуаций, которые предполагают увеличение численности единовременно пострадавших от психотравмирующих факторов при нехватке необходимых специалистов, способных оказать качественную, профессиональную медико-психологическую помощь.

Основной целью при оказании медико-психологической (психиатрической, психотерапевтической, психологической) помощи при ПТСР лицам, уволенным с военной службы, и членам их семей должно стать обеспечение ее доступности и эффективности. Реализация данной цели возможна в случае внедрения в практику следующих принципов:

1. Приближенность – использование инструментов для оказания специализированной психиатрической, психотерапевтической и социально-психологической помощи в непосредственной близости к месту нахождения пострадавших.
2. Неотложность – оказание помощи в самые ближайшие сроки с целью максимально быстрого купирования психических расстройств и других видов патологии и/или предупреждения их формирования в последующем.

3. Адекватность – рациональный выбор средств, методов и технологий для коррекции и терапии широкого спектра нарушений и заболеваний, что позволяет эффективно и своевременно воздействовать на клинические проявления.
4. Этапность – оказание комплексной помощи пострадавшим в оптимальном объеме на всех последовательных этапах эвакуации.
5. Преемственность – обеспечение непрерывности и последовательности в организации профилактических мер, реализации лечебных стратегий на базе единых методических подходов с целью уменьшения психолого-психиатрических последствий при чрезвычайных ситуациях [29, 30].

Большей части пациентов с ПТСР в первичном медицинском звене помощь оказывается врачом-психиатром или психотерапевтом в профильных медико-психологических кабинетах амбулаторных учреждений. В ситуациях с большим количеством пострадавших для повышения доступности специалистов целесообразным является возможность открытия дополнительных временных кабинетов [31, 32].

В основе работы таких кабинетов лежит полипрофессиональный (бригадный) подход, включающий совместную деятельность врача-психиатра, психотерапевта, клинического психолога и социального работника.

Модель осуществления медико-психологической помощи пациентам с ПТСР желательно применять на базе территориальных поликлиник с широким включением в нее психотерапевтических кабинетов. Приоритетное использование этой модели обусловлено рядом существенных преимуществ: наличием уже полностью подготовленного пространства для приема пациентов (в данном случае – поликлиники с ее инфраструктурой); преодолением психиатрической стигматизации (в связи с тем, что в организацию помощи пациентам включена общемедицинская сеть, лицам с ПТСР не обязательно посещать психоневрологический диспансер, поскольку это вызывает у них опасения, связанные с последующими возможными социальными последствиями и как следствие – отказ от лечения); организацией психотерапевтической и психиатрической помощи в непосредственной близости от места проживания пациентов; возможностью организации широкого скрининга состояния пациентов во время первого обращения к специалисту с целью оперативного выявления психопатологических нарушений; возможностью оказания комплексной персонализированной медико-психологической помощи лицам с ПТСР; применением

бригадного подхода в оказании помощи пациентам с ПТСР с целью реализации принципов комплексности и повышения эффективности [29].

Для внедрения такой модели в систему оказания помощи необходимо активное включение психотерапевтических кабинетов в работу учреждений первичного амбулаторного звена, в том числе в поликлиники, в которых в качестве штатных единиц есть врач-психотерапевт, клинический психолог (в случаях, если в поликлинике отсутствует такой кабинет – целесообразно оперативно организовать его открытие). Должности медицинских (клинических) психологов, в принципе, могут быть более широко включены в штатные расписания учреждений общемедицинской сети.

Основными функциями психотерапевтического кабинета, в штат которого входят врач-психотерапевт и медицинский психолог, является оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи лицам, страдающим непсихотическими психическими расстройствами, расстройствами адаптации и иными психическими расстройствами в подострой стадии и стадии ремиссии или имеющим риск их развития; проведение психотерапии и психосоциальной реабилитации; направление в необходимых случаях пациентов к врачам-психиатрам.

К функциям кабинета медико-психологического консультирования относится проведение клинко-психологического исследования, консультирование по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием, стрессовой ситуацией, комплаентным поведением, эффективной коммуникацией; участие в оказании помощи лицам с психическими расстройствами, связанными со стрессом, включая ПТСР; разработка и предоставление пациенту психологических рекомендаций, выявление и направление лиц с признаками психических расстройств к врачам-психотерапевтам и врачам-психиатрам. Деятельность в таком подразделении осуществляет медицинский психолог.

Кабинет (отделение) медико-психологической помощи оказывает первичную специализированную медико-санитарную помощь лицам, пострадавшим при чрезвычайных ситуациях, пострадавшим от различных видов насилия и злоупотреблений, а также лицам с нарушением адаптационных реакций, суицидальным и самоповреждающим поведением; проводит психосоциальную реабилитацию; направляет нуждающихся лиц в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь при психических расстройствах при наличии показаний. В штатное расписание включены врач-психотерапевт или врач-психиатр и медицинский психолог.

Все эти кабинеты могут быть организованы как в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь (например, психоневрологический диспансер или центр психического здоровья), так и в общесоматической сети (например, в поликлиниках или многопрофильных стационарах).

Важное значение имеет маршрутизация пациентов с ПТСР, возможность организовать прием врача-психотерапевта непосредственно в учреждении первичной медико-санитарной сети. В приказе Минздрава России № 294 «О психиатрической и психотерапевтической помощи», принятом в 1995 г., были указаны условия, которые открыли возможность создать сеть психотерапевтических кабинетов на базе территориальных поликлиник, поликлинических отделений центральных районных больниц, непосредственно обслуживающих не менее 25 тыс. взрослого населения, поликлинических отделений областных (окружных, краевых, республиканских) больниц, психоневрологических диспансеров (диспансерном отделении), в специализированных профильных центрах (отделениях), ведущих амбулаторный прием кардиологического, гастроэнтерологического, пульмонологического, онкологического, неврологического профиля, центрах ВИЧ-патологии, стационарах мощностью не менее 200 коек [33, 34]. Благодаря созданию сети психотерапевтических кабинетов решались задачи по увеличению доступности медико-психологической помощи и расширению полипрофессионального подхода, что позволило оптимизировать маршрутизацию пациентов от врачей амбулаторного звена для проведения консультаций врачами-психиатрами, психотерапевтами. В рамках работы данной сети осуществлялся отбор лиц с диагностированным ПТСР, нуждающихся в лечении в условиях кабинета, направление пациентов для лечения в психотерапевтический кабинет психоневрологического диспансера или другого специализированного учреждения, в том числе соматического стационара. Стоит отметить, что зачастую данные группы пациентов ввиду высокой распространенности сочетанной соматической патологии, как частого последствия ситуации катастрофы, оказываются вне поля зрения специалистов психотерапевтов, что усугубляет дальнейший прогноз и социальную дезадаптацию [35–39].

Недавно вступил в действие приказ от 14 октября 2022 г. № 668н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения», включающий приложения об организации деятельности психотерапевтического кабинета (положения 10–12

к Порядку), кабинета медико-психологического консультирования (приложения 13–15 к Порядку), кабинета (отделения) медико-психологической помощи (приложения 19–21 к Порядку), которые могут быть развернуты в медицинской организации как психиатрической, так и общесоматической службы.

В данных условиях становится возможным обеспечить такую организацию помощи, которая позволит специалистам на каждом этапе маршрутизации адекватно и объективно оценить состояние больного и провести необходимые диагностические и терапевтические интервенции в рамках собственных компетенций – углубленное понимание особенностей этиологии и патогенеза, учет психологических механизмов и роли индивидуально-личностных особенностей в манифестации и развитии патологии, владение профессиональными навыками психотерапии, определение основных мишеней воздействия и оценка эффективности применяемого лечения. Можно отметить, что оценка эффективности использования психотерапии в лечении ПТСР началась вскоре после того, как его определили в самостоятельную нозологию, поэтому среди более 300 проведенных рандомизированных клинических исследований большая часть протоколов описывала изучение того или иного метода психотерапии. Сегодня имеется большая доказательная база, убедительно демонстрирующая эффективность использования психотерапии в лечении данного расстройства [40–42]. В недавнем зонтичном метаанализе, в котором была произведена оценка эффективности лечения определенных психических расстройств, в отношении ПТСР (в отличие от других психических нарушений) получены результаты, указывающие на эффективность психотерапии по сравнению с фармакотерапией, длительное сохранения эффекта от лечения и лучший прогноз [43].

Основным условием оказания медицинской помощи пострадавшим является обеспечение комплексности, однако на практике организаторы здравоохранения нередко сталкиваются с определенными трудностями – не всегда удается обеспечить непрерывность и преемственность профилактических, лечебных и реабилитационных программ в рамках необходимой психотерапевтической помощи, особенно в ситуации пребывания пациентов в соматической клинике. Активное применение специализированных кабинетов могло бы способствовать существенной оптимизации системы оказания медицинской помощи за счет повышения качества своевременной диагностики ПТСР,

лечения, осуществления медико-реабилитационных мероприятий с целью улучшения социальной адаптации пациентов и скорейшего восстановления их трудоспособности. Это может стать конструктивным решением существующих противоречий относительно того, кто должен лечить пациентов с психическими нарушениями, выявляемыми в первичной медицинской сети. Также организация психотерапевтических кабинетов в первичном амбулаторном звене или соматических стационарах позволяет существенно снизить бремя стигматизации и повысить своевременную обращаемость пациентов с признаками ПТСР, большинство из которых активно работают и опасаются, что обращение к психиатру может в дальнейшем негативно сказаться на их социальном статусе [44].

Принимающий в кабинете врач-психотерапевт может определять оптимальную тактику персонализированной терапии, учитывая преобладающую симптоматику расстройства и индивидуально-психологические характеристики пациентов, а также проинформировать пациента о специфике ПТСР, объяснить особенности психотерапии и медикаментозного лечения для достижения альянса и увеличения уровня комплаентности пациента. Дополнительно может быть назначено экспериментально-психологическое обследование, которое должен проводить клинический психолог, работающий в психотерапевтическом кабинете, что позволяет провести более точную диагностику, выделить мишени для психотерапевтических интервенций, оценить динамику состояния на фоне лечения. Врач-психотерапевт может проводить психотерапию как в индивидуальной, так и групповой формах для пациентов с невротическими расстройствами, связанными со стрессом, в том числе ПТСР [45], а также оказывать помощь не только самим пациентам, но и членам их семей. Обращая внимания на то, что вопросы приверженности проводимому лечению остаются крайне актуальными и могут приводить к существенному снижению эффективности терапии у ряда пациентов с ПТСР, ввиду высокого уровня их социальной дезадаптации, врач-психотерапевт по запросу врача-интерниста организует краткосрочные психотерапевтические интервенции, к примеру, мотивационное интервью для некомплаентных пациентов. Изначально мотивационное интервью было разработано для лечения лиц с аддиктивными расстройствами, но при этом в скором времени, благодаря простоте применения, понятной структурированности и эффективности, заслужило отличную репутацию и получило широкое распространение

в том числе и в психотерапии пациентов с ПТСР для преодоления амбивалентного отношения к лечению и недостаточной мотивации. Это директивный личностно-ориентированный подход, который необходимо модифицировать в зависимости от индивидуальных психологических и социальных особенностей пациента, его ценностей, потребностей и системы убеждений относительно проводимой терапии [7].

Ведущую роль при оказании помощи при ПТСР, особенно в современных условиях, может также выполнять психотерапевтический центр. Приказ от 14 октября 2022 г. № 668н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» не содержит положений об организации психотерапевтического центра, что со стороны профессионального сообщества расценивается как существенное упущение. Предпринимаются усилия по внесению поправок в этот документ для исправления этого пробела. В то же время приказ МЗ РФ от 16 сентября 2003 г. № 438 «О психотерапевтической помощи» не отменен и продолжает действовать. В нем описаны функции и структура психотерапевтического центра. Это специализированное учреждение, которое является структурным подразделением клинической психиатрической больницы, центра психического здоровья. Основные направления деятельности: организация психотерапевтической помощи, осуществление консультативно-диагностических процедур в системе психотерапевтической службы, проведение психотерапевтического лечения с разной спецификой направленности. Психотерапевтические центры могут быть представлены в двух основных видах: как самостоятельное лечебно-профилактическое учреждение и как функциональное подразделение лечебно-профилактического учреждения, входящего в систему охраны психического здоровья. Психотерапевтические центры могут являться главным звеном последовательной системы оказания психотерапевтической помощи пациентам с ПТСР, используя не только консультативно-диагностические и лечебные мероприятия, а также обладая организационно-методическими функциями. Благодаря четкой координации работы психотерапевтических подразделений – кабинетов и отделений, возможно выстраивать преемственность в оказании помощи пациентам с ПТСР с привлечением других специалистов, обеспечивая комплексный подход к осуществляемым лечебно-диагностическим мероприятиям. В структуру психотерапевтического центра чаще всего входят: амбулаторное

психотерапевтическое подразделение (в его состав могут быть включены различные психотерапевтические кабинеты, которые работают в структуре общесоматических поликлиник, других лечебно-профилактических учреждений); отделение специализированной психотерапевтической помощи (включающее кабинеты, в том числе для расширения спектра оказываемой помощи лицам с психогенными расстройствами: например, групповой психотерапии, семейно-супружеской психотерапии, детской психотерапии, подростковой психотерапии, психотерапии для пожилых, арт-терапии, телесно-ориентированной психотерапии, гипнотерапии, видеотренинга и др.); подразделения кризисной психотерапии, кабинет социально-психологической помощи, телефон экстренной помощи («Телефон доверия»); лаборатория клинической (медицинской) психологии, где организована работа по разным направлениям психодиагностики; отделение психопрофилактики для психологической помощи здоровым, тренинговые лаборатории, клубы бывших пациентов, группы специалистов, реализующие различные проекты в области психопрофилактики. При некоторых условиях психотерапевтический центр может включать в свою структуру стационар и кризисный стационар.

При организации деятельности Центров психосоциальной реабилитации, психотерапевтических центров, центров психического здоровья важно учитывать этапный характер лечения и профилактики стрессовых расстройств с помощью интеграции сил специалистов в полипрофессиональной бригаде: врач-психиатр и/или психотерапевт, клинический (медицинский) психолог, врачи общей практики, социальный работник [29, 34].

1. Первый этап направлен на реализацию мероприятий по снижению рисков развития ПТСР: организацию качественной и своевременной помощи населению (активное выявление лиц, требующих неотложной помощи, и направление их к профильным специалистам в медицинские учреждения); эффективное взаимодействие с медицинскими работниками в других сферах, обучение их распознаванию и выявлению стресс-ассоциированных расстройств, организация маршрутизации пациентов к профильным специалистам; диагностику и начальное лечение стресс-ассоциированных расстройств. Проведение своевременного лечения позволяет снизить вероятность формирования хронического течения заболевания, развитие неблагоприятных личностных изменений.
2. Второй этап включает проведение комплексной психо-фармакотерапии: клинической и экспериментально-психологической диагностики ПТСР и расстройств адаптации, выявление наличия коморбидной патологии; выбор оптимальной стратегии психофармакотерапии и проведение курса медикаментозного лечения ПТСР и расстройств адаптации; выбор форм и методов психотерапии ПТСР и расстройств адаптации и проведение психотерапевтических интервенций (групповой и индивидуальной терапии).
3. Третий этап состоит из комплекса мероприятий по психосоциальной реабилитации лиц с ПТСР: диагностики неадаптивных индивидуально-психологических особенностей данной группы лиц; проведения психотерапевтических мероприятий в отношении лиц с изменениями личности при ПТСР.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Васильева А.В., Караваева Т.А., Мизина Е.Б., Лукошкина Е.П. Мишени психотерапии при коморбидном посттравматическом стрессовом расстройстве у онкологических больных // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2020. Т. 10, № 4. С. 402–416. DOI: <https://doi.org/10.21638/spbu16.2020.402>
2. Peters L., Slade T., Andrews G. A Comparison of ICD10 and DSM-IV Criteria for Posttraumatic Stress Disorder // J. Trauma Stress. 1999. Vol. 12. P. 335–343. DOI: <https://doi.org/10.1023/a:1024732727414>
3. 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. Т. 122, № 10. С. 72–81. DOI: <https://doi.org/10.17116/jnevro202212210172>
4. Васильева А.В., Караваева Т.А., Лукошкина Е.П. Диагностика и терапия посттравматического стрессового расстройства в клинике пограничных расстройств и соматической медицине // Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы. Сборник методических рекомендаций / Под ред. Н.Г. Незнанова. Выпуск 2. СПб.: Издательско-полиграфическая компания «КОСТА», 2019. С. 300–324.
5. Волошин В.М. Посттравматическое стрессовое расстройство. Феноменология, клиника, систематика, динамика и современные подходы к психотерапии. М.: Анахарсис, 2005. 199 с.
6. Караваева Т.А., Васильева А.В. Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации // Тактика врача-психиатра: практическое руководство / Под ред. Незнанова Н.Г., Мазо Г.Э. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2022. С. 127–135. DOI: <https://doi.org/10.33029/9704-6570-7-psy-2022-1-232>
7. Васильева А.В., Караваева Т.А., Лукошкина Е.П., Радионов Д.С. Основные подходы к диагностике и терапии посттравматического стрессового расстройства // Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2022. Т. 56, № 4. С. 107–111. DOI: <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-4-107-11>
8. Давиденков С.Н. Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. М.: Медгиз. 1949. 38 с.
9. Barbano A.C., van der Mei W.F., deRoos-Cassini T.A. et al. Differentiating PTSD from anxiety and depression: Lessons from the ICD-11 PTSD diagnostic criteria // Depress. Anxiety. 2019. Т. 36, No. 6. P. 490–498. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.22881>



10. Brewin C.R., 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. Vol. 58. P. 1–15. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>
11. 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, No. 2. P. 114–124. DOI: <https://doi.org/10.1080/00332747.1999.11024860>
12. Kazlauskas E., Zelviene P., Lorenz L., Quero S., Maercker A. A scoping review of ICD-11 adjustment disorder research // *Eur. J. Psychotraumatol.* 2018. Vol. 8. P. 1421819. DOI: <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1421819>
13. Killikelly C., Maercker A. Prolonged grief disorder for ICD-11: the primacy of clinical utility and international applicability // *Eur. J. Psychotraumatol.* 2018. Vol. 8. P. 1476441. DOI: <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1476441>
14. Mauro C., Reynolds C.F., Maercker A. et al. Prolonged grief disorder: clinical utility of ICD-11 diagnostic guidelines // *Psychol. Med.* 2019. Vol. 49, No 5. P. 861–867. DOI: <https://doi.org/10.1017/s0033291718001563>
15. Cloitre M., Brewin C.R., Bisson J.I., Hyland P., Karatzias T., Lueger-Schuster B., Maercker A., Roberts N.P., Shevlin M. Evidence for the coherence and integrity of the complex PTSD (CPTSD) diagnosis: response to Achterhof et al., (2019) and Ford (2020) // *Eur. J. Psychotraumatol.* 2020. Vol. 11, No 1. P. 1739873. DOI: <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1739873>
16. Keeley J.W., Reed G.M., Roberts M.C., Evans S.C., Robles R., Matsumoto C., Brewin C.R., Cloitre M., Perkonig A., Rousseau C., Gureje O., Lovell A.M., Sharan P., Maercker A. Disorders specifically associated with stress: A case-controlled field study for ICD-11 mental and behavioural disorders // *Int. J. Clin. Health Psychol.* 2016. Vol. 16, No 2. P. 109–127. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.09.002>
17. Гаранян Н.Г. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия посттравматического стрессового расстройства // *Консультативная психология и психотерапия*. 2013. Т. 3. С. 46–72.
18. Караваева Т.А., Васильева А.В., Радионов Д.С. Коморбидность посттравматического стрессового расстройства и злоупотребления психоактивными веществами: проблемы диагностики, этиопатогенеза и подходов к психотерапии // *Вопросы наркологии*. 2022. Т. 9–10, № 212. С. 75–79. DOI: [https://doi.org/10.47877/0234-0623\\_2022\\_9-10\\_75](https://doi.org/10.47877/0234-0623_2022_9-10_75)
19. Wasserman M. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma // *J. Sex & Marital Therapy*. 2017. Vol. 43, No 6. P. 594–596. DOI: <https://doi.org/10.1080/0092623x.2017.1348102>
20. Hopper J.W., Frewen P.A., van der Kolk B.A., Lanius R.A. Neural correlates of reexperiencing, avoidance, and dissociation in PTSD: symptom dimensions and emotion dysregulation in responses to script-driven trauma imagery // *J. Traumatic Stress*. 2007. Vol. 20, No 5. P. 713–725. DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.20284>
21. Hopper J.W. Values and visions for the field of psychological trauma, from brain to re-moralization and social transformation // *J. Trauma Dissociation*. 2020. Vol. 21, No 3. P. 279–292. DOI: <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1718968>
22. James E.L., Bonsall M.B., Hoppitt L., Tunbridge E.M., Geddes J.R., Milton A.L., Holmes E.A. Computer Game Play Reduces Intrusive Memories of Experimental Trauma via Reconsolidation-Update Mechanisms // *Psychol. Sci.* 2015. Vol. 26, No 8. P. 1201–1215. DOI: <https://doi.org/10.1177/0956797615583071>
23. Pietrzak R.H., Johnson D.C., Goldstein M.B., Malley J.C., Southwick S.M. Psychological resilience and postdeployment social support protect against traumatic stress and depressive symptoms in soldiers returning from Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom // *Depression and Anxiety*. 2009. Vol. 26, No 8. P. 745–751. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.20558>
24. Pyne J.M., Constans J.I., Nanney J.T. et al. Heart Rate Variability and Cognitive Bias Feedback Interventions to Prevent Post-deployment PTSD: Results from a Randomized Controlled Trial // *Military Medicine*. 2019. Vol. 184, No 1-2. P. e124–e132. DOI: <https://doi.org/10.1093/milmed/usy171>
25. Wald I., Bitton S., Levi O., Zusmanovich S., Fruchter E., Ginat K., Charney D.S., Pine D.S., Bar-Haim Y. Acute delivery of attention bias modification training (ABMT) moderates the association between combat exposure and posttraumatic symptoms: A feasibility study // *Biol. Psychol.* 2017. Vol. 122. P. 93–97. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2016.01.005>
26. Wald I., Fruchter E., Ginat K., Stolin E., Dagan D., Bliese P.D., Quartana P.J., Sipos M.L., Pine D.S. & Bar-Haim Y. Selective prevention of combat-related post-traumatic stress disorder using attention bias modification training: a randomized controlled trial // *Psychol. Medicine*. 2016. Vol. 46, No 12. P. 2627–2636. DOI: <https://doi.org/10.1017/s0033291716000945>
27. Караваева Т.А., Васильева А.В., Шойгу Ю.С., Радионов Д.С. Профилактика развития посттравматического стрессового расстройства у пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2023. Т. 2, № 119. С. 86–95. DOI: [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-2\(119\)-86-95](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-2(119)-86-95)
28. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М.: Медицина, 1993. 400 с.
29. Идрисов К.А. Особенности оказания психотерапевтической помощи лицам с непсихотическими психическими расстройствами в условиях длительной чрезвычайной ситуации // *Психическое здоровье*. 2010. Т.12, № 55. С. 25–30.
30. Краснов В.Н. Острые стрессовые расстройства как проблема психиатрии катастроф: клинические и организационные аспекты // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2005. Т. 2. С. 5–10.
31. Kozaric-Kovacic D., Kocijan-Hercigonja D., Jambrosic A. Psychiatric help to psychotraumatised persons during and after war in Croatia // *Croat. Med. J.* 2002. Vol. 43, No 2. P. 221–228.
32. 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. Clin. Psychol.* 2003. Vol. 59, No 1. P. 57–69.
33. Беляков Н.А., Рассохин В.В., Трофимова Т.Н. Персонализированная ВИЧ-медицина. СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2020. 326 с.
34. Незнанов Н.Г., Васильева А.В., Салагай О.О. Роль психотерапии, как медицинской специальности, в общественном здоровье // *Общественное здоровье*. 2022, Т. 2, № 2. С. 40–57. DOI: <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2022-2-2-40-57>
35. Андреева М.Т., Караваева Т.А. Выявление и характеристики посттравматического стрессового расстройства у пациентов с рассеянным склерозом // *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2020. Т. 3. С. 50–57. DOI: <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2020-3-50-57>
36. Васильева А.В., Караваева Т.А., Лукошкина Е.П., Вайс Э.Э., Яковлева Ю.А. ПТСР у пациенток с раком молочной железы после оперативного лечения (мастэктомии). Клинико-психологические особенности // *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2018. Т. 4. С. 83–92. DOI: <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2018-4-83-92>
37. Рыбакова К.В., Дубинина Л.А., Рыбакова Т.Г., Киселев А.С., Незнанов Н.Г., Зубова Е.У., Крупицкий Е.М. Препараты длительности ремиссии алкогольной зависимости у больных с различным качеством ремиссии // *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2014. Т. 3. С. 31–37.
38. Сукиасян С.Г. О некоторых аспектах динамики посттравматических стрессовых расстройств у участников боевых действий // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2009. Т. 19, № 1. С. 12–18.
39. Jabre P., Belpomme V., Azoulay E., Jacob L., Bertrand L., Lapos-tolle F., Tazarourte K., Bouilleau G., Pinaud V., Broche C., Normand D., Baubet T., Ricard-Hibon A., Istria J., Beltrami A., Alheritiere A., Assez N., Nace L., Vivien B., Turi L. et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation // *New England J. Medicine*. 2013. Vol. 368, No 11. P. 1008–1018. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejmoa1203366>
40. Foa E.B., McLean C.P., Zan Y., Rosenfield D., Yadin E., Yarvis J.S. et al. Effect of prolonged exposure therapy delivered over 2 weeks vs 8 weeks vs present-centered therapy on PTSD symptom severity in military personnel: A randomized clinical trial // *Jama*. 2018. Vol. 319, No 4. P. 354–364. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2017.21242>

41. Pacella M.L., Armelie A., Boarts J., Wagner G., Jones T., Feeny N., Delahanty D.L. The impact of prolonged exposure on PTSD symptoms and associated psychopathology in people living with HIV: a randomized test of concept // *AIDS and Behavior*. 2012. Vol. 16, No 5. P. 1327–1340. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10461-011-0076-y>
42. Nacasch N., Foa E.B., Huppert J.D., Tzur D., Fostick L., Dinstein Y., Zohar J. Prolonged exposure therapy for combat- and terror-related posttraumatic stress disorder: A randomized control comparison with treatment as usual NCT00229372 // *J. Clin. Psychiatr.* 2011. Vol. 72. P. 1174–1180. DOI: <https://doi.org/10.4088/jcp.09m05682blu>
43. Lee C., Gavriel H., Drummond P., Richards J., Greenwald R. Treatment of PTSD: Stress inoculation training with prolonged exposure compared to emdr // *J. Clin. Psychol.* 2002. Vol. 58. P. 1071–1089. DOI: <https://doi.org/10.1002/jclp.10039>
44. Лутова Н.Б., Сорокин М.Ю., Вид В.Д. Психиатрическая стигма – её проявления и последствия // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2017. Т. 3. С. 41–45.
45. Караваева Т.А., Васильева А.В., Полторак С.В. Принципы и алгоритмы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2016. Т. 4. С. 42–51.

## REFERENCES

1. Vasileva AV, Karavaeva TA, Mizinova EB, Lukoshkina EP. Psychotherapy targets for comorbid post-traumatic stress disorder in cancer patients. *Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology*. 2020;10(4):402–16. (In Russ.) DOI: <https://doi.org/10.21638/spbu16.2020.402>
2. Peters L, Slade T, Andrews G. A Comparison of ICD10 and DSM-IV Criteria for Posttraumatic Stress Disorder. *J Trauma Stress*. 1999;12:335–43. DOI: <https://doi.org/10.1023/a:1024732727414>
3. Vasileva AV. Post-traumatic stress disorder in the focus of international research: from soldier heart to ICD-11. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2022;122(10):72–81. (In Russ.) DOI: <https://doi.org/10.17116/jnevro202212210172>
4. Vasileva AV, Karavaeva TA, Lukoshkina EP. Diagnostika i terapiya posttravmaticheskogo stressovogo rasstroystva v klinike pogranichnykh rasstroystv i somaticheskoi meditsiny. In: Neznanov NG (Ed.) *Diagnostika i lechenie psikhicheskikh i narkologicheskikh rasstroystv: sovremennye podkhody. Sbornik metodicheskikh rekomendatsii. Vypusk 2*. Saint Petersburg: Izdatel'sko-poli-graficheskaya kompaniya «KOSTA», 2019. P. 300–24. (In Russ.)
5. Voloshin VM. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstroystvo. Fenomenologiya, klinika, sistematika, dinamika i sovremennye podkhody k psikhoterapii. Moscow: Anakharsis, 2005. 199 p. (In Russ.)
6. Karavaeva TA, Vasileva AV. Reaktsii na tyazhelyi stress i narusheniya adaptatsii. In: Neznanov NG, Mazo GE (Eds.) *Taktika vracha-psikhiatra: prakticheskoe rukovodstvo*. Moscow: GEOTAR-Media, 2022. P. 127–35. (In Russ.) DOI: <https://doi.org/10.33029/9704-6570-7-psy-2022-1-232>
7. Vasileva AV, Karavaeva TA, Lukoshkina EP, Radionov DS. Basic approaches to the diagnosis and therapy of post-traumatic stress disorder. V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology. 2022;56(4):101–11. DOI: <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-4-107-11> (In Russ.)
8. Davidenkov SN. Opyt sovetskoi meditsiny v Velikoi Otechestvennoy voine 1941–1945 gg. Moscow: Medgiz. 1949. P.15–38 (In Russ.)
9. Barbano AC, van der Mei WF, de Roon-Cassini TA, et al. Differentiating PTSD from anxiety and depression: Lessons from the ICD-11 PTSD diagnostic criteria. *Depress Anxiety*. 2019;36(6):490–8. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.22881>
10. 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: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>
11. Alarcon RD, Glover SG, Deering CG. The cascade model: an alternative to comorbidity in the pathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Psychiatry*. 1999;62(2):114–24. DOI: <https://doi.org/10.1080/00332747.1999.11024860>
12. Kazlauskas E, Zelviene P, Lorenz L, Quero S, Maercker A. A scoping review of ICD-11 adjustment disorder research. *Eur J Psychotraumatol*. 2018;8: 1421819. DOI: <https://doi.org/10.1080/2000819.8.2017.1421819>
13. Killikelly C, Maercker A. Prolonged grief disorder for ICD-11: the primacy of clinical utility and international applicability. *Eur J Psychotraumatol*. 2018;8:1476441.
14. Mauro C, Reynolds CF, Maercker A, et al. Prolonged grief disorder: clinical utility of ICD-11 diagnostic guidelines. *Psychol Med*. 2019;49(5):861–7. DOI: <https://doi.org/10.1017/s0033291718001563>
15. Cloitre M, Brewin CR, Bisson JJ, Hyland P, Karatzias T, Lueger-Schuster B, Maercker A, Roberts NP, Shevlin M. Evidence for the coherence and integrity of the complex PTSD (CPTSD) diagnosis: response to Achterhof et al., (2019) and Ford (2020). *Eur J Psychotraumatol*. 2020;11(1):1739873. DOI: <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1739873>
16. Keeley JW, Reed GM, Roberts MC, Evans SC, Robles R, Matsumoto C, Brewin CR, Cloitre M, Perkonig A, Rousseau C, Gureje O, Lovell AM, Sharan P, Maercker A. Disorders specifically associated with stress: A case-controlled field study for ICD-11 mental and behavioural disorders. *Int J Clin Health Psychol*. 2016;16(2):109–27. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.09.002>
17. Garanyan NG. Cognitive-behavioral treatment in posttraumatic stress disorder. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2013;3:46–72. (In Russ.)
18. Karavaeva TA, Vasileva AV, Radionov DS. Comorbidity of post-traumatic stress disorder and psychoactive substance abuse: problems of diagnostics, etiology, pathogenesis, and approaches to psychotherapy. *J Addiction Problems*. 2022;9-10(212):75–9. (In Russ.) DOI: [https://doi.org/10.47877/0234-0623\\_2022\\_9-10\\_75](https://doi.org/10.47877/0234-0623_2022_9-10_75)
19. Wasserman M. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma. *J Sex & Marital Therapy*. 2017;43(6):594–6. DOI: <https://doi.org/10.1080/0092623x.2017.1348102>
20. Hopper JW, Frewen PA, van der Kolk BA, Lanius RA. Neural correlates of reexperiencing, avoidance, and dissociation in PTSD: symptom dimensions and emotion dysregulation in responses to script-driven trauma imagery. *J Traumatic Stress*. 2007;20(5):713–25. DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.20284>
21. Hopper JW. Values and visions for the field of psychological trauma, from brain to re-moralization and social transformation. *J Trauma Dissociation*. 2020;21(3):279–92. DOI: <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1718968>
22. James EL, Bonsall MB, Hoppitt L, Tunbridge EM, Geddes JR, Milton AL, Holmes EA. Computer Game Play Reduces Intrusive Memories of Experimental Trauma via Reconsolidation-Update Mechanisms. *Psychol Sci*. 2015;26(8):1201–15. DOI: <https://doi.org/10.1177/0956797615583071>
23. Pietrzak RH, Johnson DC, Goldstein MB, Malley JC, Southwick SM. Psychological resilience and postdeployment social support protect against traumatic stress and depressive symptoms in soldiers returning from Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. *Depression and Anxiety*. 2009;26(8):745–51. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.20558>
24. Pyne JM, Constans JJ, Nanney JT, et al. Heart Rate Variability and Cognitive Bias Feedback Interventions to Prevent Post-deployment PTSD: Results from a Randomized Controlled Trial. *Military Medicine*. 2019;184(1-2):e124–32. DOI: <https://doi.org/10.1093/milmed/usy171>
25. Wald I, Bitton S, Levi O, Zusmanovich S, Fruchter E, Ginat K, Charney DS, Pine DS, Bar-Haim Y. Acute delivery of attention bias modification training (ABMT) moderates the association between combat exposure and posttraumatic symptoms: A feasibility study. *Biol Psychology*. 2017;122:93–7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2016.01.005>
26. Wald I, Fruchter E, Ginat K, Stolin E, Dagan D, Bliese PD, Quartana PJ, Sipos ML, Pine DS, Bar-Haim Y. Selective prevention of combat-related post-traumatic stress disorder using attention bias modification training: a randomized controlled trial. *Psychol Medicine*. 2016;46(12):2627–36. DOI: <https://doi.org/10.1017/s0033291716000945>

27. Karavaeva TA, Vasileva AV, Shoigu YuS, Radionov DS. Prevention of the development of post-traumatic stress disorder in victims of emergencies. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2023;2(119):86–95. (In Russ.) DOI: [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-2\(119\)-86-95](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-2(119)-86-95)
28. Aleksandrovskii YuA. *Pogranichnye psikhicheskie rasstroistva*. Moscow: Meditsina 1993. 400 p. (In Russ.)
29. Idrisov KA. Features of the provision of psychotherapeutic assistance to persons with non-psychotic mental disorders in a prolonged emergency. *Mental Health*. 2010;12(55):25–30. (In Russ.)
30. Krasnov VN. Ostrye stressovye rasstroistva kak problema psikhii katastrof: klinicheskie i organizatsionnye aspekty. *Social and Clinical Psychiatry*. 2005;2:5–10. (In Russ.)
31. Kozaric-Kovacic D, Kocijan-Hercigonja D, Jambrosic A. Psychiatric help to psychotraumatized persons during and after war in Croatia. *Croat Med J*. 2002;43(2):221–8.
32. Mooren T, Jong K de, Kleber RJ, Ruvic J. The Efficacy of a Mental Health Program in Bosnia-Herzegovina: Impact on Coping and General Health. *J Clin Psychol*. 2003;59(1):57–69.
33. Belyakov NA, Rassokhin VV, Trofimova TN, et al. Personalized HIV Medicine. St. Petersburg: Baltic Medical Education Center, 2020. 326 p. (In Russ.)
34. Neznanov NG, Vasileva AV, Salagay OO. The role of psychotherapy as a medical specialty in public health. *Public Health*. 2022;2(2):40–57. (In Russ.) DOI: <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2022-2-2-40-57>
35. Andreeva MT, Karavaeva TA. Identification and characteristics of post-traumatic stress disorder in patients with multiple sclerosis. *VM Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2020;(3):50–7. (In Russ.) DOI: <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2020-3-50-57>
36. Vasileva AV, Karavaeva TA, Lukoshkina EP, Veiss EE, Iakovleva IA. Breast cancer related PTSD in patients after surgical treatment (mastectomy). Clinical and psychological issues. *VM Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2018;(4):83–92. (In Russ.) DOI: <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2018-4-83-92>
37. Rybakova KV, Dubinina LA, Kiselev AS, Krupitsky EM. Evaluation of the quality of remission in patients with alcohol dependence based on the clinical and psychosocial assessments. *VM Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2012;3:31–7. (In Russ.)
38. Sukiasyan SG. Dynamics of post-traumatic stress disorders in combatants. *Social and Clinical Psychiatry*. 2009;19(1):12–28. (In Russ.)
39. Jabre P, Belpomme V, Azoulay E, Jacob L, Bertrand L, Lapostolle F, Tazarourte K, Bouilleau G, Pinaud V, Broche C, Normand D, Baubet T, Ricard-Hibon A, Istria J, Beltramini A, Alheritiere A, Assez N, Nace L, Vivien B, Turi L, et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *New England J Med*. 2013;368(11):1008–18. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejmoa1203366>
40. Foa EB, McLean CP, Zan Y, Rosenfield D, Yadin E, Yarvis JS, et al. Effect of prolonged exposure therapy delivered over 2 weeks vs 8 weeks vs present-centered therapy on PTSD symptom severity in military personnel: A randomized clinical trial. *Jama*. 2018;319(4):354–364. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2017.21242>
41. Pacella ML, Armelie A, Boarts J, Wagner G, Jones T, Feeny N, Delahanty DL. The impact of prolonged exposure on PTSD symptoms and associated psychopathology in people living with HIV: a randomized test of concept. *AIDS and Behavior*. 2012;16(5):1327–40. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10461-011-0076-y>
42. Nacasch N, Foa EB, Huppert JD, Tzur D, Fostick L, Dinstein Y, Zohar J. Prolonged exposure therapy for combat- and terror-related posttraumatic stress disorder: A randomized control comparison with treatment as usual NCT00229372. *J Clin Psychiatr*. 2011;72:1174–80. DOI: <https://doi.org/10.4088/jcp.09m05682blu>
43. Lee C, Gavriel H, Drummond P, Richards J, Greenwald R. Treatment of PTSD: Stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *J Clin Psychol*. 2002;58:1071–89. DOI: <https://doi.org/10.1002/jclp.10039>
44. Lutova NB, Sorokin MYu, Vid VD. Stigma in patients with mental disorders – its manifestations and consequences. *VM Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2017;(3):41–5. (In Russ.)
45. Karavaeva TA, Vasileva AV, Poltorak SV. Principles and algorithms of neurotic level anxiety disorders (anxiety-phobic, panic and generalized anxiety disorders) psychotherapy. *VM Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2016;(4):42–51. (In Russ.)

## ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ СТРЕССОВОМ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЦАМ, УВОЛЕННЫМ С ВОЕННОЙ СЛУЖБЫ, И ЧЛЕНАМ ИХ СЕМЕЙ

**А.В. Васильева<sup>1, 2</sup>, Т.А. Караваева<sup>1, 3–5</sup>, Н.Г. Незнанов<sup>1, 6</sup>, К.А. Идрисов<sup>7</sup>, Д.С. Радионов<sup>1</sup>, Ю.С. Шойгу<sup>8, 9</sup>**

<sup>1</sup> ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург

<sup>3</sup> ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург

<sup>4</sup> ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург

<sup>5</sup> ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург

<sup>6</sup> ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург

<sup>7</sup> ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет им. А.А. Кадырова», Грозный

<sup>8</sup> ФКУ «Центр экстренной психологической помощи МЧС», Москва

<sup>9</sup> ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», Москва

В научном обзоре с целью рассмотрения основных принципов организации помощи при посттравматическом стрессовом расстройстве была приведена характеристика основных этапов: профилактических мероприятий, медико-психологической помощи, реабилитационных мероприятий. Отмечена важность включения в работу психотерапевтических кабинетов в поликлинике для реализации персонифицированного и междисциплинарного подходов. На фоне проведения специальной военной операции значительно повышаются риски развития посттравматического стрессового расстройства у лиц, уволенных с военной службы, и членов их

семей. Приведены рекомендации по организации помощи пострадавшим с учетом четкого определения соответствия диагностическим критериям, а также организации мероприятия по активному, скорейшему и своевременному выявлению лиц с признаками посттравматического стрессового расстройства.

**Ключевые слова:** посттравматическое стрессовое расстройство, ПТСР, медицинская помощь, принципы организации помощи, персонифицированный подход, психотерапия, реабилитация, профилактика.

# PRINCIPLES FOR PROVIDING MEDICAL CARE FOR POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER PERSONS DISCHARGED FROM THE MILITARY SERVICE AND THEIR FAMILY MEMBERS

AV Vasileva<sup>1, 2</sup>, TA Karavaeva<sup>1, 3-5</sup>, NG Neznanov<sup>1, 6</sup>, KA Idrisov<sup>7</sup>, DS Radionov<sup>1</sup>, YuS Shoigu<sup>8, 9</sup>

<sup>1</sup> V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg

<sup>2</sup> I.I. Mechnikov North-western Medical State University

<sup>3</sup> Saint-Petersburg State University, Saint Petersburg

<sup>4</sup> Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, Saint-Petersburg

<sup>5</sup> National Medical Research Center of Oncology Named after N.N. Petrov, Saint Petersburg

<sup>6</sup> First Saint-Petersburg State Medical University named after I.P. Pavlov, Saint Petersburg

<sup>7</sup> Medical Institute of the Chechen State University named after I.I. A.A. Kadyrov, Grozny

<sup>8</sup> Center for Emergency Psychological Assistance of the Ministry of Emergency Situations of Russia, Moscow

<sup>9</sup> Moscow State University named after M.V. Lomonosov, Moscow

In this scientific review, in order to consider the basic principles of organizing care for post-traumatic stress disorder, the characteristics of the main stages were given: preventive measures, medical and psychological assistance, rehabilitation measures, the importance of including psychotherapy rooms in the polyclinic for the implementation of personalized and interdisciplinary approaches was noted. Against the background of a special military operation, the risks of developing post-traumatic stress disorder in persons discharged from military service and their family members are significantly increased.

Recommendations are given on the organization of assistance to victims, taking into account the clear determination of compliance with diagnostic criteria, as well as the organization of measures for the active, early and timely identification of persons with signs of post-traumatic stress disorder.

**Keywords:** post-traumatic stress disorder, PTSD, medical care, principles of organization of care, personalized approach, psychotherapy, rehabilitation, prevention.

**Васильева Анна Владимировна** – доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, доцент кафедры психотерапии и сексологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России (Санкт-Петербург); e-mail: annavdoc@yahoo.com

**Караваяева Татьяна Артуровна** – доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России; профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»; профессор кафедры общей и прикладной психологии с курсами медико-биологических дисциплин и педагогики ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России; ведущий научный сотрудник научного отдела инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова» Минздрава России (Санкт-Петербург); e-mail: tania\_kar@mail.ru

**Незнанов Николай Григорьевич** – доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, заслуженный работник высшей школы РФ, директор ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, научный руководи-

тель отделения гериатрической психиатрии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России; заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, главный внештатный специалист-эксперт по психиатрии Росздравнадзора, президент Российского общества психиатров, президент Всемирной ассоциации динамической психиатрии (WADP, Женева) (Санкт-Петербург); e-mail: nezn@bekhterev.ru

**Идрисов Кюри Арбиевич** – доктор медицинских наук, заслуженный врач Чеченской Республики, Заслуженный деятель науки Чеченской Республики, профессор Медицинского института ФГБОУ ВО «ЧГУ им. А.А. Кадырова», главный внештатный специалист психиатр Минздрава Чеченской Республики, член Правления Российского общества психиатров (Грозный); e-mail: kyuri.idrisov@yandex.ru

**Радионов Дмитрий Сергеевич** – младший научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России (Санкт-Петербург); e-mail: dumradik@mail.ru (автор для корреспонденции)

**Шойгу Юлия Сергеевна** – кандидат психологических наук, Заслуженный спасатель Российской Федерации, директор Центра экстренной психологической помощи МЧС России; заведующая кафедрой экстремальной психологии факультета психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», вице-президент Российского психологического общества (Москва); e-mail: juristcepp@psi.mchs.gov.ru