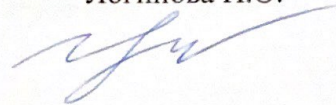


**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-
ЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Зав.кафедрой – д.пс.н., профессор
Логинова И.О.



РЕФЕРАТ

Тема: «Посттравматическое стрессовое расстройство в психотерапии. От истории до настоящего времени.»

Выполнила:
Ординатор кафедры клинической
психологии и психотерапии
Горячкина Полина Германовна

Красноярск

2023г.

Оглавление

Введение	3
Определение	5
Этиология и Патогенез.....	6
Эпидемиология	7
Клиническая картина.....	7
Диагностика.....	10
Лечение	12
Реабилитация.....	17
Профилактика	18
Список литературы.....	20

Введение

Уже более века посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) является актуальной темой и всё больше привлекает специалистов в области психического здоровья. Однако долгое время данное состояние не рассматривалось в качестве психического заболевания. Оценивая состояние участников боевых действий, врачи в начале обратили внимание на соматовегетативную симптоматику, причиной которой в большей степени считали бытовые трудности военной жизни, повышенные физические нагрузки, способствующие увеличению выраженности астенизации. В 1871 г. в Американском журнале медицинских наук Дж. М. Да Коста опубликовал первое описание специфических нарушений, развивающихся у комбатантов периода гражданской войны в США. Он подробно обследовал американских солдат, а анализ полученных результатов, представил в статье «Раздраженное сердце: клиническое исследование функционального нарушения сердечной деятельности и его последствий». Отмечался функциональный характер этих расстройств, в качестве факторов их формирования рассматривались условия стресса.

К весне 1916 г., из армии блока Антанты в период первой мировой войны из-за сердечной патологии были комиссованы 33 919 солдат и матросов, 7,4% из них страдали, так называемым, «синдромом усилия» («effortsyndrome»). К осени в британской армии, были признаны негодными к службе по состоянию здоровья свыше 40 000 человек с сердечными нарушениями. Это был преимущественно молодой контингент военнотружущих и у большей его части выявлен синдром «раздраженного сердца». Клинически схожие состояния описывались под различными названиями, такими как «синдром Да Коста», «солдатское сердце», «раздраженное сердце», «сердце старого сержанта», «боевая усталость», «кардио-васкулярный невроз», «боевое истощение». Некоторые специалисты обозначали такие состояния как «снарядный шок», полагая, что они обусловлены полученными вследствие обстрела последствиями черепно-мозговых травм.

Выдающийся отечественный психиатр А.И. Озерецковский один из первых стал говорить о психогенной природе кардиалгий и сердцебиений у участников боевых действий и описал их в своей монографии «Об истерии в войсках». Консенсус в понимании психических нарушений, развивающихся у участников боевых действий, был достигнут только после американской интервенции во Вьетнам. Соматические симптомы, характерные для данных

состояний, были определены как соматовегетативные проявления психического расстройства. Результатом широких исследований стало первое появление в DSM-III термина ПТСР. Данная категория была выделена отдельно среди тревожных расстройств, как отличная от невроза нозология.

Появилось относительно единое понимание клинической картины, а также природы посттравматических нарушений, с признанием значимой роли других чрезвычайных ситуаций в качестве этиологических факторов, что явилось стимулом к проведению масштабных исследований, разработке лечебных подходов и методов терапии.

Определение

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) - психическое расстройство, развивающееся вследствие мощного психотравмирующего воздействия угрожающего или катастрофического характера, сопровождающееся экстремальным стрессом. Основными клиническими проявлениями выступают повторные переживания элементов травматического события в ситуации «здесь и сейчас» в форме флэшбеков, повторяющихся сновидений и кошмаров, что сопровождается чаще тревогой и паникой, но возможно также гневом, злостью, чувством вины или безнадежности, стремлением избегать внутренние и внешние стимулы, напоминающие или ассоциирующиеся со стрессором.

Симптомы возникают обычно в течение шести месяцев от стрессового воздействия.

В качестве *пусковых факторов* выступают события, которые способны вызвать дистресс практически у любого человека:

- природные и техногенные катастрофы;
- угроза жизни;
- нападение;
- пытки;
- сексуальное насилие;
- военные действия;
- террористические акты;
- пребывание в плену или концентрационном лагере;
- свидетельство гибели другого человека;
- жизнеугрожающее заболевание;
- получение известия о неожиданной или насильственной смерти близкого человека.

Заболевание характеризуется высокой коморбидностью с другими психическими расстройствами и может приводить к изменению личности.

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

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 воспоминаний под воздействием триггеров, связанных с травмой и стремлением избежать неприятный опыт с попытками контролировать ход мыслей и избегать столкновения со всем, что может напоминать о травме, что в свою очередь ухудшает переработку травматического опыта. 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.

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 рекомендуется использовать терапию только для тех лиц, подвергшихся травматизации, кто демонстрирует ассоциированные с травмой или со стрессом симптомы.

Заболеваемость сильно варьирует в зависимости от социального контекста, в благоприятные периоды жизни общества распространенность 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.

Клиническая картина

В клинической картине ПТСР выделяют следующую специфическую симптоматику:

1. Повторяющиеся переживания травмирующего события (флэшбеки, представленные в навязчивых реминисценциях, ярких навязчивых

воспоминаниях или повторяющихся снах). В большинстве случаев они неприятны и аффективно насыщены;

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

3. Чрезмерное физиологическое возбуждение (бессонница, связанная с наплывом неприятных воспоминаний о травматическом событии, гипервигилитет – сверхнастороженность, повышенная реакция испуга).

Согласно МКБ-10, симптомы должны возникать в течение 6 месяцев после травматического события.

Между действием стрессора и возникновением клинических проявлений может наблюдаться латентный период.

Также у пациентов с ПТСР могут отмечаться следующие нарушения:

- Психогенная амнезия, либо частичная, либо полная, в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора.

- Формирование депрессивных переживаний, эпизодическая или генерализованная тревожность.

- Постоянное внутреннее напряжение, в котором находится пострадавший (в связи с обострением инстинкта самосохранения), затрудняет модуляцию аффекта: иногда пострадавшие не могут сдерживать вспышки гнева даже по незначительному поводу. Могут отмечаться острые вспышки страха, паники или агрессии, вызванные воспоминаниями о травме.

- Нарушения сна – бессонница (затруднение засыпания), ночные кошмары. Другими явлениями, присущими ПТСР и связанными со сном, являются: сомнамбулизм, сноговорение, гипнагогические и гипнопомпические галлюцинации, уменьшение представленности 4-й стадии сна. Также при ПТСР нередко обнаруживаются расстройства дыхания во сне.

- Субъективно воспринимаемые нарушения памяти: затруднения запоминания; снижение ретенции в памяти той или иной информации; трудности воспроизведения. Ввиду фиксации пациента с ПТСР на травматические переживания, расстройства памяти не связаны с истинными нарушениями различных функций памяти, а обусловлены, в первую очередь, затруднением концентрации внимания на фактах, не имеющих прямого

отношения к травматическому событию и угрозе повторного его возникновения.

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

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

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

В целом ПТСР вызывает клинически значимое тяжелое эмоциональное состояние или нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности. На клиническую динамику и отдаленные прогнозы ПТСР могут также оказывать экзогенно-органические изменения головного мозга, преимущественно травматического генеза. Динамические и катamnестические исследования ветеранов показывают нарастание выраженности органических расстройств в структуре ПТСР. Клинические состояния, квалифицированные в остром периоде расстройства как «острые стрессовые реакции», «нарушения адаптации» и «посттравматические

стрессовые расстройства», спустя годы проявляли преимущественно симптомы, характерные для органических расстройств с преобладанием психопатоподобной симптоматики и интеллектуально-мнестического снижения.

Наиболее часто встречается коморбидность ПТСР со следующими психическими расстройствами:

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

Диагностика

Дифференциальная диагностика проводится со следующими расстройствами:

1. расстройства, связанные со стрессом;
2. паническое расстройство; генерализованное тревожное расстройство; социальная фобия;
3. специфическая фобия; диссоциативные расстройства;
4. резидуально-органические заболевания головного мозга;
5. органические заболевания головного мозга;
6. специфические расстройства личности;
7. шизофрения;
8. острое полиморфное психотическое расстройство;
9. гипоталамическое расстройство;
10. патология щитовидной железы;
11. феохромоцитома;

- 12.употребление ПАВ (напр., амфетаминов, кокаина и др.);
- 13.отмена производных бензодиазепина;
- 14.побочные эффекты фармакотерапии (к примеру, кортикостероидов для системного применения, половых гормонов, психостимуляторов и ноотропных препаратов, препаратов для лечения заболеваний сердца)

Основной метод диагностики ПТСР – клинический. Специалист опрашивает жалобы пациента, собирает анамнез, оценивает психический статус.

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

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

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

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

Одна из важных составляющих диагностики - психологическая диагностика. Могут применяться различные шкалы, прошедшие адаптацию и валидизацию, в зависимости от целей исследования.

Лечение

В качестве основной терапевтической стратегии пациентам с ПТСР рекомендована комбинация психофармакотерапии и психотерапии.

В рамках данного реферата подробнее будет рассмотрена психотерапия как метод лечения ПТСР.

Психотерапия

На сегодняшний день существует большая доказательная база эффективности применения психотерапии при данной патологии. В одном из последних зонтичных мета-анализов, оценивающем 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. В качестве методов с наибольшей доказательной базой оценки эффективности при ПТСР признается **когнитивно-поведенческая психотерапия, сфокусированная на травме (ТФ-КПТ)**, в. т. ч. ее отдельные варианты, такие как когнитивная психотерапия, когнитивно-процессуальная психотерапия, когнитивная психотерапия, КПТ с пролонгированной экспозицией, нарративная экспозиционная психотерапия, а также десенсибилизация и переработка психической травмы движениями глаз (ДПДГ).

ТФ-КПТ состоит из трех основных этапов:

- стабилизации;
- переработки (когнитивный процессинг и нарратив);
- интеграции и консолидации

Общее количество сессий – 15-18, равномерно разделенных между 3 блоками. Среди мишеней ТФ-КПТ выделяют аффективные/эмоциональные, когнитивные, поведенческие, биологические.

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

Основная задача терапии – модификация пессимистических и катастрофических оценок и воспоминаний, связанных с психотравмой, с целью преодоления поведенческих и когнитивных паттернов, поддерживающих избегание и препятствующих нормальному повседневному функционированию.

Пациент под руководством психотерапевта обучается идентификации внутренних и внешних стимулов, а также специфических триггеров, поддерживающих симптомы ПТСР.

С целью уменьшения выраженности интрузий проводится тщательная оценка воспоминаний и интегрирование травматического опыта.

Для работы с дисфункциональными мыслями, связанными с оценкой травмы и глубинными убеждениями, поддерживающими ощущения постоянной угрозы, рекомендован **сократовский диалог**. Дополнительной мишенью являются дисфункциональные когнитивные и поведенческие паттерны, которые блокируют адаптивные копинг-стратегии и восстановление последовательных воспоминаний о травматическом событии, к примеру, руминации, поиск безопасности, подавление мыслей.

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

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

поддерживающих симптомы ПТСР, сократовский диалог, направлен на изменение отношения к травматическому опыту, к примеру, преодоление самообвинения.

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

Хорошо зарекомендовало себя применение **индивидуальной когнитивно-поведенческой психотерапии с пролонгированной экспозицией** -15-20 сеансов с целью повышения переносимости неприятных стимулов, связанных с травматическим опытом, обучения пациентов постепенно соприкоснуться к чувствам, воспоминаниям и ситуациям, связанных с травмой.

Основная цель этого метода повысить переносимость неприятных стимулов, связанных с травматическим опытом, она направлена на обучение пациентов постепенно соприкоснуться к чувствам, воспоминаниям и ситуациям, связанных с травмой. *Основной задачей* является обучение, что триггеры и воспоминания являются безопасными и переносимыми и их не стоит избегать.

Длительность терапии составляет около 3 месяцев с еженедельными сессиями от 60 до 120 минут, всего проводится от 8 до 15 сессий, в ряде случаев рекомендовано от 15 до 20.

В начале терапии врач-психотерапевт описывает план лечения и валидирует травматический опыт пациента, затем проводится обучение навыкам совладания с тревогой и дыхательным упражнениям. После этого проводится собственно экспозиция, для ее успешного проведения должен быть сформирован терапевтический альянс и атмосфера безопасности, где в условиях эмоциональной поддержки возможно столкновение с очень пугающими стимулами. Экспозиция может проводиться в воображении, или в качестве домашнего задания *in vivo*, в настоящее время активно используются программы виртуальной реальности (ВР) для проведения экспозиции. При проведении ВР экспозиции длительность сессии составляет 45-60 минут, каждая сцена повторяется до тех, пока уровень дистресса не снизится вдвое по сравнению с первым предъявлением. Следующая сцена используется после того, как пациент подтвердит свою готовность, задача терапии сделать

дискомфорт переносимым. Темп психотерапии определяется состоянием и индивидуальными особенностями пациента.

Для проработки травматических переживаний применяют также **индивидуальную нарративную экспозиционную** терапию продолжительностью от 4 до 10 сессий. Метод активно используется для помощи беженцам, основной задачей является составление последовательного жизненного нарратива, в контекст которого вписывается травматический опыт.

Важным в поведении психотерапевта являются сочувствующее понимание, активное слушание, безусловное позитивное принятие и поддержание терапевтического альянса. Под руководством психотерапевта пациент в хронологическом порядке создает свой жизненный нарратив, концентрируясь в основном на травматическом опыте, но также включая позитивные события. Считается, что это объединяет контекст когнитивных, аффективных и сенсорных воспоминаний о травме. Создавая нарратив, пациент из фрагментарных воспоминаний формирует последовательную согласованную биографическую историю.

Важной задачей психотерапии является объединить в нарративе прошлое с эпизодами травматизации, настоящее с травматическими воспоминаниями о прошлых событиях и будущее, где травматический опыт определяется как один из жизненных эпизодов. Пациентам с ПТСР может быть показано использование методики биообратной связи - 10 сеансов с целью снижения тревоги и напряжения, обучения навыкам саморегуляции и для снижения уровня напряжения.

В случаях длительной или множественной травматизации для формирования альтернативной оценки травматического опыта применяют **индивидуальную диалектическую бихевиоральную терапию (ДБТ)**.

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 майндфулнесс (mindfulness), обучение переносимости дистресса и навыкам эмоциональной регуляции, повышение межличностной эффективности, экспозиция и предотвращение ответа, противоположное поведение, валидация, самопринятие.

Метод «Десенсибилизации и переработки движениями глаз» (ДПДГ) – метод конфронтации с травматическим опытом, с применением направленной билатеральной стимуляции (посредством ритмичных 23 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:

1. сбор анамнеза;
2. подготовка;
3. оценка;
4. десенсибилизация;
5. инсталляция;
6. сканирование тела;
7. завершение;
8. повторная оценка.

Развитие высокотехнологичной помощи позволяет использовать компьютерные технологии для моделирования ситуаций, воспроизведение

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

Реабилитация

Цель - укорочение временной утраты трудоспособности пациентов, более ранняя социализация в обществе, улучшение качества жизни.

Важное место занимает медико-психологическая реабилитация, направленная на коррекцию остаточной психопатологической симптоматики, сокращения сроков социально-трудового восстановления, дестигматизации.

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

Отмечено положительное влияние физической активности на тяжесть симптомов ПТСР (способствует уменьшению симптомов депрессии и тревоги, улучшению качества сна, снижению злоупотребления психоактивными веществами, повышению качества жизни).

Пациентам с ПТСР рекомендуется начинать раннее выполнение комплекса лечебной физической культуры (ЛФК), выполнение физических упражнений и дозированных физических нагрузок для повышения функциональной пластичности головного мозга.

В качестве реабилитационных мероприятий при ПТСР используют различные методы:

1. Ритмическая транскраниальная магнитная стимуляция (рТМС) - показана для купирования корковых очагов возбуждения.

2. Технологии БОС-терапии применяют для обучения саморегуляции головного мозга, без использования внешней стимуляции. Используется неинвазивная форма нейро-био-управления (биологическая обратная связь – БОС-терапия), независимо от типа нейровизуализации (с помощью методов

электроэнцефалографии (ЭЭГ) и функциональной магнитно-резонансной томографии (фМРТ) в реальном времени).

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

4. Аудиовизуальная полисенсорная релаксация (неселективная фототерапия) рекомендована для активации экстраокулярной фотонейроэндокринной системы и восстановления подкорковой активности головного мозга.

5. Красная селективная хромотерапия направлена на изменение адаптивно-поведенческого статуса организма и снижения уровня депрессии.

6. Неселективная хромотерапия применяется для стабилизации эмоционального состояния и повышения общего тонуса.

7. Гидротерапия показана для коррекции астено-невротического и иммуносупрессивного синдромов.

8. Акупунктура предназначена для купирования устойчивого возбуждения. Применяют методы классической акупунктуры в комбинации с аурикулярной и поверхностной рефлексотерапией.

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

Профилактика

Выделяют первичные и вторичные меры профилактики.

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

Меры первичной профилактики включают реализацию мероприятий, предшествующих появлению в жизни человека возможного травмирующего опыта. Специфической профилактики, позволяющей предотвратить развитие ПТСР, не существует. Профилактика ПТСР

заключается во внедрении принципов здорового образа жизни, мероприятий, направленных на поддержание психического здоровья среди населения, ограничение употребления алкоголя и психоактивных веществ.

Меры вторичной профилактики могут быть реализованы после воздействия травмирующего фактора (наступления травмирующего события), отвечающего критериям, потенциально влекущим формирование ПТСР (внезапность, субъективно переживаемая угроза жизни, утрата). В отечественной практике вторичную профилактику условно можно обозначить двумя направлениями: 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)** – мероприятия, направленные 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. Задачи: 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. **Информационно-психологическая поддержка (ИнфПП)** – это форма работы, направленная на информирование об особенностях психического состояния и возможной динамике его изменения, предоставляемая адаптировано актуальному эмоциональному состоянию человека, должна быть предоставлена людям, столкнувшимся с травматической ситуацией, в короткие сроки и непосредственно после травматического события, и осуществляться с учетом особенностей психологического состояния на этом этапе (эмоциональные состояния, особенности когнитивных функций, которые вызваны ситуацией травматического стресса). **Индивидуальная психологическая помощь (ИПП)** – форма работы, направленная на актуализацию личностных ресурсов, принятие сложившейся ситуации, поиск и актуализацию стратегий совладания, регуляцию актуального психического состояния.

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.