

Основные подходы к диагностике и терапии посттравматического стрессового расстройства

Оригинальная статья

Васильева А.В.^{1,2}, Караваева Т.А.^{1,3,4,5}, Лукошкина Е.П.⁶, Радионов Д.С.¹

¹Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

²Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

³Санкт-Петербургский государственный университет, Россия

⁴Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Россия

⁵Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург, Россия

⁶Многопрофильная клиника «Кадуцей», Санкт-Петербург, Россия

Резюме. В статье на основании обзора отечественной и зарубежной литературы освещены основные подходы к диагностике и терапии посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Показана важность быстрого выявления и своевременного оказания медицинской помощи при этом заболевании. Сформулировано определение ПТСР, описаны этиологические факторы, место в современных классификациях, клинические особенности, основные группы характерных симптомов. Показана роль медицинского психолога в полипрофессиональной бригаде, оказывающей помощь больным с ПТСР. Комплексное лечение ПТСР должно включать психофармакотерапию, первой линией которой являются СИОЗС, и методы психотерапии, имеющие научно доказанную эффективность в отношении этой нозологии.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), флешбэки, интрузии, психотерапия, стресс.

Информация об авторах:

Васильева Анна Владимировна — e-mail: annavdoc@yahoo.com, <https://orcid.org/0000-0002-5116-836X>

Караваева Татьяна Артуровна — e-mail: tania_kar@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>

Лукошкина Екатерина Павловна — e-mail: lukoshkina.ekaterina@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-8865-4070>

Радионов Дмитрий Сергеевич — e-mail: psyradionov@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-9020-3271>

Как цитировать: Васильева А.В., Караваева Т.А., Радионов Д.С. Основные принципы диагностики и терапии посттравматического стрессового расстройства. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2022; 56:4:107-111. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-4-107-111>.

Конфликт интересов: А.В. Васильева и Т.А. Караваева является членами редакционной коллегии.

Basic approaches to the diagnosis and therapy of post-traumatic stress disorder

Research article

Vasileva A.V.^{1,2}, Karavaeva T.A.^{1,3,4,5}, Lukoshkina E.P.⁶, Radionov D.S.¹

¹V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia

²I.I. Mechnikov North-western Medical State University, Saint Petersburg, Russia

³Saint-Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia

⁴Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia,

⁵National Medical Research Center of Oncology Named after N.N. Petrov, Saint Petersburg, Russia,

⁶Multiprofile clinic «Caduceus», Saint Petersburg, Russia

Summary. Based on a review of domestic and foreign literature, the article highlights the main approaches to the diagnosis and treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). The importance of rapid detection and timely provision of medical care for this disease is shown. The definition of PTSD is formulated, the etiological factors are described, the place in modern classifications, clinical features, the main groups of

characteristic symptoms. The role of a medical psychologist in a multiprofessional team providing assistance to patients with PTSD is shown. Comprehensive treatment of PTSD should include psychopharmacotherapy, the first line of which are SSRIs, and psychotherapy methods that have scientifically proven effectiveness in relation to this nosology.

Keywords: post-traumatic stress disorder (PTSD), flashbacks, intrusions, psychotherapy, stress.

Information about the authors:

Anna V. Vasileva — e-mail: annavdoc@yahoo.com, <https://orcid.org/0000-0002-5116-836X>

Tatiana A. Karavaeva — e-mail: tania_kar@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>

Ekaterina P. Lukoshkina — e-mail: lukoshkina.ekaterina@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-8865-4070>

Dmitriy S. Radionov — e-mail: psyradionov@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-9020-3271>

To cite this article: 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; 56:4:107-111. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-4-107-111>. (In Russ.)

Conflict of interest: Anna V. Vasileva, Tatiana A. Karavaeva are members of the editorial board.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) развивается в ответ на воздействие мощного стрессового фактора, который может вызвать дистресс практически у любого индивида. В периоды социальной нестабильности, увеличения напряжения в обществе, техногенных катастроф, проведении локальных военных операций риск развития ПТСР возрастает.

Недостаточная осведомленность пациента о ПТСР как заболевании приводит к различным стратегиям самолечения, в первую очередь, связанным с употреблением психоактивных веществ или приемом лекарственных препаратов без назначения врача. Особое значение для повышения риска развития ПТСР имеет несвоевременность оказания медицинской, психологической и социальной помощи, что повышает вероятность отдаленных психических расстройств в 2–3 раза. Помимо этого, поздняя диагностика ПТСР значительно снижает эффективность терапии, повышает риск развития осложнений, в том числе и соматических.

В настоящее время в России при организации помощи пациентам с ПТСР необходимо учитывать стандарты, утвержденные приказами Минздрава России: 1) стандарт первичной медико-санитарной помощи при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, посттравматическом стрессовом расстройстве в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета) (приказ от 20.12.2012 № 1223н); 2) стандарт специализированной медицинской помощи при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, посттравматическом стрессовом расстройстве (приказ от 20.12.2012 № 1234н).

Оказание медицинской помощи при ПТСР относится, прежде всего, к компетенции медицинских организаций, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь.

Согласно данным международных исследований, до 61 % людей в разные периоды своей жизни сталкиваются с травматическими событиями, которые потенциально могут быть причиной

развития ПТСР, однако, это расстройство манифестирует только у некоторых из них: доля заболевших варьирует от 13 % до 50 %, что зависит от индивидуальной уязвимости и характера травматического воздействия [11].

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 избежать внутренние и внешние стимулы, напоминающие или ассоциирующиеся со стрессором. Симптомы возникают обычно в течение шести месяцев от стрессового воздействия [3,8,9].

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. Травматичность стрессового события определяется его внезапностью, угрозой для идентичности и глобальным характером воздействия [2,4,12].

Заболевание характеризуется высокой коморбидностью с другими психическими расстройствами и может приводить к изменению личности [1,5]. Многочисленные исследования указывают на то, что ПТСР может предвещать или усиливать целый ряд психических расстройств: тревожно-депрессивных, суицидальных, аддитивных и прочих.

ПТСР как нозологическая единица, отличная от невроза впервые появилась в третьем издании «Диагностического и статистического ру-

ководства психических расстройств» DSM-III в 1980 году, ранее использовались термины «невроз тревоги», «транзиторные ситуационные расстройства». В отечественной психиатрии диагноз ПТСР появляется впервые в МКБ—10 (Психические расстройства и расстройства поведения, 1998). В ней в дополнение к острой реакции на стресс и расстройству адаптации были выделены два новых расстройства: F43.1 «Посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР) и F62.0 «хроническое изменение личности после переживания экстремальной ситуации», которые могли возникать вследствие воздействия стресса экстремального характера (например, пыток или пребывания в концентрационных лагерях) [5].

В версии МКБ-11 появились следующие изменения: введено название раздела «Расстройства, непосредственно связанные со стрессом» (disorders specifically associated with stress), а также выделен новый диагноз «комплексное посттравматическое стрессовое расстройство», являющееся аналогом диагностической единицы «хроническое изменение личности после переживания катастрофы» согласно МКБ 10 [7].

Для диагностики ПТСР необходима тщательная клиническая оценка состояния пациента с выявлением необходимого набора критериев, описанных в действующей клинической классификации.

В практических целях симптоматические критерии ПТСР можно разделить на три большие категории: 1) повторяющееся переживание травмирующего события. Спонтанно возникающие вторгающиеся наплывы воспоминаний о событии, ощущения, что травматическая ситуация возвращается как будто наяву (в виде иллюзий, галлюцинаций и флэшбэков). Также возможны повторяющиеся кошмарные сновидения, отражающие травматические переживания; 2) избегание действий и ситуаций, напоминающих о травме (фактическое избегание, эмоциональная отстраненность, ограничительное поведение). Часто пациенты стараются избегать места, людей или деятельности; 3) чрезмерное физиологическое возбуждение (бессонница, повышенная реакция испуга), гипервигилитет — сверхнастороженность.

Важными психическими феноменами, характерными для ПТСР являются интрузия и флэшбэки.

Интрузия (позднелатинское *intrusio* — внедрение, от лат. *intrudo* — вталкивать) — вторжение, наплыв, непроизвольное (непрошенное) повторное переживание травматических событий, ощущения, что травматическое событие возвращается как будто наяву (в форме иллюзий, галлюцинаций, флэшбэков, ночных кошмаров) развивающееся по неосознаваемым ассоциативным связям и вызывающее сильный психологический дистресс и может сопровождаться соответствующим поведением. Частые триггеры — обстоятельства символизирующие травматические событие или имеющие с ними сходство (к примеру, годовщина травмы, новогодние фейерверки для комбатантов) [6].

Флэшбэк (flashback-англ.) — в общеупотребительном смысле возврат в прошлое, переживание чувств, эмоций, ощущений, ситуации из прошлого. Термин заимствован из фильмографии, где он означает отклонение от повествования в прошлое; сюжетная линия прерывается, и мы наблюдаем действия, которые происходили ранее. Чаще всего обратный кадр объясняет поступки и действия героев повествования, раскрывает их мысли, движимые идеи. В психиатрии — флэшбэк — это диссоциативное обратное видение, спонтанное реалистичное воспоминание травматических событий. В наркологии флэшбеки проявляются спонтанными краткосрочными рецидивами симптоматики острой интоксикации в отсутствии факта употребления психоактивного вещества [6].

В диагностике ПТСР важное значение имеет экспериментально-психологическое обследование, поэтому включение медицинских (клинических) психологов в полипрофессиональные бригады существенно повышает качество и эффективность оказываемой помощи. Используются методики, направленные на выявление ПТСР (в т.ч. и скрининговые), шкалы для оценки влияния травматического события, опросники для определения сохраненных и нарушенных вследствие болезни индивидуально-психологических особенностей пациента, выделения мишеней психотерапевтического воздействия, объективизации динамики терапевтических мероприятий [1,6].

Для организации лечебных мероприятий пациентам с ПТСР необходимо максимально быстро обеспечить их изоляцию от действия психотравмирующего фактора, чтобы избежать повторной травматизации и создать атмосферу безопасности для проведения лечебных мероприятий.

Лечебные подходы в терапии ПТСР. Хотя многочисленные исследования указывают на ведущую роль психотерапии в лечении этого расстройства, профилактики хронизации и рецидивов для достижения быстрого эффекта и формирования приверженности пациентов лечению рекомендуется комплексный подход с оптимальным сочетанием фармако- и психотерапии [10].

В качестве препаратов первой линии большинство руководств рекомендуют антидепрессанты из группы СИОЗС и венлафаксин в терапевтических дозах [10]. Выбор медикаментозной стратегии и комбинация препаратов определяется выраженностью кластерных симптомов (алгоритмы фармакотерапии будут подробно освещены в следующих публикациях).

Психотерапия является наиболее эффективным методом лечения ПТСР. На сегодняшний день существует довольно много психотерапевтических методов во всех основных направлениях, используемых для лечения ПТСР. Несмотря на различную теоретическую базу, используемые техники и приемы имеют много сходства [1].

В интегративную модель психотерапии при ПТСР входят психотерапевтические интервенции, решающие три основные задачи: 1. Стабилизация и повышение психологической устойчивости; 2.

Проработка травмы; 3. Интеграция и посттравматический личностный рост.

Выбор методов психотерапевтического воздействия должен опираться на результаты доказательных исследований, необходимо применять методы с доказанной эффективностью и безопасностью. Противопоказаны неадаптированные для травмированных пациентов методы психотерапии, использующие в своей работе ассоциативные и стимулирующие регрессию техники.

До начала психотерапии целесообразно проводить психообразование в отношении специфических проявлений ПТСР и реакции человека на чрезвычайное психотравмирующее воздействие. Может применяться сфокусированная на травме когнитивно-поведенческая психотерапия (ТФ-

КПТ) [23,29], методика десенсибилизации и переработки травмы с помощью глазодвигательных движений [9,10], техники саморегуляции, релаксации и дыхательные упражнения и другие (алгоритм и содержательные аспекты психотерапии будут подробно освещены в следующих публикациях).

Знание и умение точно выделить критерии, позволяющие своевременно и точно поставить диагноз ПТСР, способность оценить выраженность клинических проявлений, индивидуальные психологические особенности пациента, его ресурсные возможности, наличие социальной поддержки позволяют специалистам разработать персонализированные стратегии эффективной комплексной помощи.

Литература / References

1. Васильева А.В., Караваева Т.А., Незнанов Н.Г. Психотерапия: учебник. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022.
Vasileva A.V., Karavaeva T.A., Neznanov N.G. *Psikhoterapiya: uchebnik*. Moskva: GEOTAR-Media, 2022. (In Russ.). <http://doi.org/10.33029/9704-6485-4-VKN-2022-1-864>.
2. Васильева А.В., Караваева Т.А., Лукошкина Е.П., Карпов А.О. Социально-психологические факторы риска развития посттравматического стрессового расстройства у пациентов с онкологическими заболеваниями прямой кишки, подвергшихся хирургическому лечению с формированием колостомы. Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2018;2:44-53.
Vasileva AV, Karavaeva TA, Lukoshkina EP, Karpov AO. Socio-psychological risk factors for the development of posttraumatic stress disorder in patients with rectum cancer, who undergone colostomy. *Obzrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M.Bekhtereva*. 2018;2:44-53. (In Russ.). <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2018-2-44-53>
3. Краснов В.Н. Острые стрессовые расстройства как проблема психиатрии катастроф: клинические и организационные аспекты. Социальная и клиническая психиатрия. 2005;2:5-10.
Krasnov VN. Acute stress disorders as a problem of catastrophe psychiatry: clinical and organizational aspects. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya*. 2005;2:5-10. (In Russ.).
4. Лукошкина Е.П., Караваева Т.А., Васильева А.В. Этиология, эпидемиология и психотерапия сопутствующих психических расстройств при онкологических заболеваниях. Вопросы онкологии. 2016;6:774-784.
Lukoshkina EP, Karavaeva TA, Vasileva AV. Etiology, epidemiology and psychotherapy of concomitant mental disorders in oncological diseases. *Voprosy onkologii*. 2016;6:774-784. (In Russ.).
5. Международная классификация болезней, 10-й пересмотр. Психические расстройства и расстройства поведения. Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации. Москва: Российское общество психиатров. 1998.
Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznei, 10-i peresmotr. *Psikhicheskie rasstroistva i rasstroistva povedeniya. Klass V MKB-10, adaptirovannyi dlya ispol'zovaniya v Rossiiskoi Federatsii*. Moskva: Rossiiskoe obshchestvo psikiatrov. 1998. (In Russ.).
6. Незнанов Н.Г. Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы. Сборник методических рекомендаций. Сост. Н.В. Семенова, под общ. ред. Н.Г. Незнанова. Выпуск 2. СПб.: издательско-полиграфическая компания «КОСТА». 2019.
Neznanov N.G. Diagnostika i lechenie psikhicheskikh i narkologicheskikh rasstroistv: sovremennye podkhody. *Sbornik metodicheskikh rekomendatsii*. sost. N. V. Semenova, pod obshch. red. N. G. Neznanova. Vypusk 2. SPb.: izdatel'sko-poligraficheskaya kompaniya «KOSTA». 2019. (In Russ.).
7. Попов Ю.В. Современная клиническая психиатрия. СПб.: Речь. 2000.
Popov Yu.V. *Sovremennaya klinicheskaya psikiatriya*. SPb.: Rech', 2000. (In Russ.).
8. Солдаткин В.А. Посттравматическое стрессовое расстройство. ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ. 2015.
Soldatkin V.A. *Posttravmaticheskoe stressovoe rasstroistvo*. GBOU VPO RostGMU Minzdrava Rossii. Rostov n/D: Izd-vo RostGMU. 2015. (In Russ.).
9. Alexander P. The differential effects of abuse characteristics and attachment in the prediction of long-term effects of sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*. 1993;8:346–362.
10. Bandelow B, Allgulander C, Baldwin DS, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders — Version 3. Part I: Anxiety disorders.

- World J Biol Psychiatry. 2022;1-39. <https://doi.org/10.1080/15622975.2022.2086295>
11. Kessler R.C. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 1995;52(12):1048. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>
12. Waddington A, Ampelas JF, Mauriac F, et al. Post-traumatic stress disorder (PTSD): the syndrome with multiple faces. *Encephale*. 2003;1(29):20-27.

Сведения об авторах

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» Министерства здравоохранения Российской Федерации, доцент кафедры психотерапии и сексологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: annavdoc@yahoo.com

Каравасева 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. E-mail: tania_kar@mail.ru.

Лукошкина Екатерина Павловна — кандидат психологических наук, клинический психолог Многопрофильной клиники «Кадуцей».

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. E-mail: psyradionov@gmail.com

Поступила 26.10.2022

Received 26.10.2022

Принята в печать 01.11.2022

Accepted 01.11.2022

Дата публикации 12.12.2022

Date of publication 12.12.2022