

46. Warder D.E., Oakes W.J. Tethered cord syndrome: the low - lying and normally positioned conus //Neurosurgery. – 1994. – Vol. 34. – P. 597-600.

47. Gupta S.K., Khosla V.K., Sharma B.S. et al. Tethered cord syndrome in adults //Surg. Neurol. – 1999. – Vol. 52. – P. 362 -370.

48. Fone P.D., Vapnek J.M., Litwiller S.E. et al. Urodynamic findings in the tethered spinal cord syndrome: does surgical release improve bladder function //J. Urol. - 1997. – Vol. 157. – P. 604-609.

49. Kondo A, Kato K, Kanai S. et al. Bladder dysfunction secondary to tethered cord syndrome in adults: is it curable. //J. Urol. - 1986. – Vol. 135. – P. 313-316.

## РЕЗЮМЕ

Проведен литературный обзор по применению электростимуляции спинного мозга в клинической практике. Представлен механизм

воздействия электрического тока на спинной мозг при стимуляции, а также результаты исследователей по применению электростимуляции при урологических заболеваниях, спастических состояниях. Даны сведения и перспективы по использованию хронической электростимуляции.

## ABSTRACT

The literary review on application of electrostimulation of a spinal cord in clinical practice is lead. The mechanism of influence of an electric current on a spinal cord is submitted at stimulation, and also results of researchers on application of electrostimulation at urological diseases, spastic conditions. Data and prospects on use of chronic electrostimulation are given.

# СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА (ОБЗОР)

Бундало Н.Л.

*Красноярская государственная медицинская академия, г. Красноярск*

**Ключевые слова:** посттравматическое стрессовое расстройство, лечение.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) развивается в ответ на тяжелые стрессовые события, в которых оказался человек (война, катастрофа, землетрясение, физическое, сексуальное насилие и другие). Пострадавшие люди порой годами не могут пережить, психологически переработать психическую травму. Далеко не всегда ПТСР диагностируется, что приводит к неадекватному лечению. Терапия ПТСР представляет большую проблему. В связи с актуальностью этой проблемы нами был проведен анализ литературных данных о применяемых методах лечения ПТСР.

Терапию ПТСР рекомендуют направлять на осуществление нескольких целей: 1. уменьшение тяжести основных признаков расстройства; 2. повышение стрессоустойчивости; 3. уменьшение коморбидных проявлений; 4. повышение деятельности; 5. улучшение качества жизни [1]. Психотерапевтические вмешательства должны соответствовать индивидуальному подходу, с учетом типа травмы, тяжести признаков ПТСР и проявлений коморбидных расстройств [2].

Широко обсуждаются проблема методов лечения ПТСР: медикаментозного, психотерапевтического, комбинированного и дополнительные мероприятия медицинского характера.

Многие авторы сходятся во мнении, что лекарственная терапия ПТСР должна идти рука об руку с разрешением психотравмирующей ситуации и психотерапией [3, 4, 5]. Исследования относительно лечения ПТСР привели к многообещающим результатам как для фармакологических, так и для психотерапевтических вмешательств [1]. В то же время принципы психолого-психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях хорошо разработаны в основном в острый период после произошедших психически травмирующих событий [6]. Вопросы, связанные с лечением в более отдаленный период после психической травмы, когда развивается ПТСР, остаются в значительной степени до конца не изученными.

Лечение ПТСР считают проблемой достаточно сложной, аргументируя это тем, что только фармакотерапия не дает значительного улучшения [4]. По-

этому, по мнению автора, необходимо сочетать медикаментозную терапию с психотерапевтическими методами. С этой целью автором предлагается словесное убеждение, вербализация переживаний, «проговаривание ситуаций». Необходимым она также считает восстановление навыков социального общения, задачей которого является помощь человеку в психологической переработке травмы и в осознании необычности опыта пострадавшего.

Накопленный опыт показал хорошие результаты применения комплексных лечебных и реабилитационных программ [7]. Авторы предлагают включать в лечебные программы медикаментозные, психотерапевтические (рациональная, углубленная миорелаксация, эмоционально-стрессовая, личностно-ориентированная) и общеукрепляющие мероприятия (физиотерапия, рефлексотерапия, закаливание), направленные на активацию саногенных механизмов и повышение резервных возможностей личности.

Кроме того, исследователи разработали программу трехэтапного оказания медицинской помощи при ПТСР [8]: 1. на амбулаторном уровне авторы предлагают применять в основном психотерапевтическое лечение (рациональную, когнитивно-поведенческую психотерапию, аутотренинг) с применением адаптогенов и транквилизаторов; 2. на полустационарном уровне рекомендуется комплексная терапия с включением психотерапевтических методов (рациональной, личностно-реконструктивной, гипносуггестивной, семейной терапии), психофармакологических (транквилизаторы, анксиолитики с антидепрессивным эффектом, мягкие нейролептики) и психопрофилактических мероприятий, направленных на адаптацию; 3. на стационарном уровне целесообразно применение всего рекомендуемого комплекса, включая дегидратационно-рассасывающую терапию, ноотропную, симптоматическую, транквилизаторы, ароматерапию, физиолечение, рефлексотерапию с обязательным включением психотерапии, направленной на коррекцию межличностных отношений, аддиктивного поведения.

Применение медикаментозного лечения для лечения ПТСР, в том числе хронического, – один из широко освещаемых в зарубежной литературе вопросов. Обосновывается применение медикаментозных препаратов, исходя из клинических проявлений.

Полагают, что выбор психофармакологических средств и их сочетаний должен осуществляться с учетом дифференцированной оценки симптомокомплекса [9]. Для медикаментозного лечения ПТСР предлагается очень широкий спектр психотропных средств (антидепрессанты, антиконвульсанты, нормотимики, нейролептики) [10].

При психофармакологическом лечении хронического ПТСР в настоящее время широкое применение находят антидепрессанты [11, 12, 13, 14]. В то же время мнения исследователей по поводу эффективности лечения этими средствами неоднозначны. Так, по данным одних авторов, отмечается положительный эффект лечения ПТСР антидепрессантами. При этом указывается на уменьшение не только депрессивных проявлений, но и раздражительности, враждебности и нарушений сна. В то же время другие авторы отмечают незначительный терапевтический эффект от применяемого лечения антидепрессантами [14]. Третьи – обращают внимание на то, что депрессия в структуре ПТСР может быть устранена психофармакологическими методами достаточно легко, однако другие симптомы остаются и приводят пациентов к инвалидности, несмотря на отсутствие депрессии [15].

Получены данные об эффективности монотерапии при хроническом ПТСР без психотических нарушений, например, препаратами бензодиазепинового ряда (topiramate) [16]. Бензодиазепины при монотерапии в острый период после травмы могут уменьшить беспокойство и улучшить сон, но может также и увеличиться вероятность развития ПТСР в последующем периоде [1].

Перспективным считают применение серотонинергических антидепрессантов (например, nefazodone) [17], хотя предварительные исследования этого препарата проведены на небольшом материале. Из этой же группы препаратов выявлена эффективность лечения ПТСР пароксетином, приводящим к быстрому терапевтическому эффекту [9, 18]. В то же время отмечается, что пациенты, имеющие травмы в детстве, показали более худшие результаты лечения данным препаратом [18]. Обобщен опыт высокоэффективного применения пароксетина для лечения социальных фобий, которые отмечаются при ПТСР у многих пациентов [19].

Хорошие результаты получены при лечении тревожно-депрессивных расстройств, в том числе при ПТСР коаксиллом [9].

Учитывая, что до 40% пациентов с хроническим ПТСР могут иметь психотические признаки, подчеркивается терапевтическая значимость применения атипичных антипсихотических препаратов (olanzapine, quetiapine и risperidone) [20].

Получены предварительные хорошие результаты лечения хронического ПТСР малыми дозами кортизола, что способствует уменьшению основных симптомов расстройства и уменьшает в дальнейшем риск его развития [21]. При этом не отмечалось побочных эффектов и подавления выработки внутреннего кортизола.

Несмотря на широкое применение медикаментозного лечения ПТСР, все же наиболее эффективной и целесообразной считается психотерапия [22].

Основными принципами психотерапии рассматривают нормализацию, партнерство и повышение

достоинства личности, индивидуальность, междисциплинарный подход [23].

Среди психотерапевтических методов лечения когнитивно-поведенческая терапия является широко применяемым методом лечения ПТСР как за рубежом, так и в нашей стране [23, 24, 25, 26]. Некоторые авторы считают этот метод более результативным при ПТСР, чем психодинамические подходы [27, 28]. Целью когнитивно-поведенческой терапии является восстановление искаженного восприятия, оценки себя и окружающего мира, избавление от навязчивых мыслей, уменьшая чувствительность пациента к психической травме через повторное ее переживание [29]. Многообещающие результаты дает этот метод при наличии кошмаров и бессонницы [30], в том числе при таких тяжелых психических травмах как изнасилование [31]. Лечение кошмаров, а также депрессии проводилось в течение года методом формирования образов [32]. Отмечается, кроме того, что при применении этого метода одновременно уменьшается интенсивность и других симптомов.

Для лечения сопутствующих при ПТСР фобических проявлений применяются методы поведенческой терапии [3]. Авторы полагают, что психотерапия должна ориентироваться на этап динамики расстройства. Они предлагают при психотерапии применять щадящий, поддерживающий подход в остром периоде и возрастание проработки травматических событий на дальнейших этапах, осуществлять ревизию самооценки больного и восприятия им окружающего мира, устанавливать доверительные отношения врача с пациентом и не затягивать психотерапию, чтобы предотвратить формирование вторичной выгоды от болезни.

Метод десенсибилизации является также эффективным [23]. Он позволяет, с точки зрения авторов, уменьшить проявления ПТСР. Предлагаемый способ терапии включает дыхательные упражнения, обучение приемам расслабления, остановки мысли, а также ролевые игры и реструктурирование искаженных мысленных образов [33].

Отмечается, что длительная психотерапия более эффективна [32, 33].

Однако есть и противники таких подходов лечения ПТСР. Они не рекомендуют вести с пациентами разговоры, затрагивающие травматические события, и предлагают ограничить пациентам просмотр телепередач, встречи с людьми, которые могут напоминать о трагических событиях [34]. Автор рекомендует пациентам, страдающим ПТСР, заботиться о своем питании, отдыхе, выполнять физические упражнения, общаться с семьей и друзьями, заниматься дополнительной деятельностью, что помогает расслабиться и реорганизоваться. Кроме того, автор признает более успешной поведенческую групповую терапию и рациональную.

Десенсибилизация движением глаз – терапия, при которой комбинируют движения глаз, воспоминания о травме и высказывания [35]. Однако исследования эффективности этого метода не многочисленны [1].

При сравнении эффективности лечения ПТСР методом десенсибилизации движением глаз и когнитивно-поведенческой групповой терапией не нашли и пришли к выводу, что оба метода были одинаково эффективными [36].

Находят также, что при ПТСР эффективна психодинамическая терапия [37, 38], хотя отношение к этому методу неоднозначно. Было проведено сравнение результатов психодинамической терапии с другими методами (десенсибилизацией к травме и гипнотерапией), а также с группой контроля [39]. Оказалось, что все три метода лечения были высоко эффективны, приводили к значительному уменьшению проявлений ПТСР (вторжения и избегания). При этом результаты лечения у субъектов, страдающих ПТСР, были выше, чем в группе контроля (травмированных, но без ПТСР). Хотя при проведении психодинамической терапии уменьшение этих признаков было менее выраженным, чем при других психотерапевтических подходах, но в последующем данные показали, что в динамике в отдаленном периоде в психодинамической группе результаты были самыми высокими [1]. В ходе психодинамической терапии особое значение имеют интерпретации и тщательная проработка сообщений, полученных при анализе от травмированных пациентов [37]. При этом авторы отмечают достоверное снижение личностной, ситуативной тревожности и фрустрации, уменьшение навязчивых мыслей, хотя уровень ригидности и агрессивности практически не изменился.

Считают, что при проведении психотерапии ПТСР необходимо психоаналитическое толкование того, о чем пациент думает, что переживает, какие испытывает страхи, желания и конфликты, важно разобраться в истории его жизни, скрытых содержаниях пресознания, а также использовать понятие коллективной травмы [40].

Провели опрос среди студентов, многие из которых пережили психологические травмы и страдали ПТСР, с целью выяснения их отношения к различным методам психотерапии расстройства [41]. Оказалось, что предпочтение отдавалось когнитивной терапии, терапии подвергания повторным переживаниям травмы и психообразованию. Методы десенсибилизации движением глаз и психодинамическая психотерапия получили самые низкие оценки.

Гипнотические методы рекомендуют применять пациентам с навязчивыми признаками, тогда как когнитивная и психодинамическая терапия может быть полезна при наличии признаков избегания и numbing [39]. Полагают, что гипноз лучше всего использовать в качестве вспомогательного метода совместно с другими психотерапевтическими вмешательствами [1].

Успешные результаты дают реабилитационные комплексы с включением семейной психотерапии [7, 23, 42, 43]. Подчеркивается, что позитивный результат зависит от уровня активности субъекта и его способности к реализации оптимальных стратегий выхода из кризисной ситуации, мотивации на психотерапию.

Последние годы широкое распространение получают интегративные подходы психотерапии, эффективно применяемые в том числе и при стрессах, дающие более стойкие положительные результаты, чем медикаментозное лечение [44].

Считают полезным при введении психотерапии ПТСР акцентировать внимание на принципе «здесь и теперь», так как это помогает использовать психологические особенности личности при рас-

стройстве, проявляющиеся непосредственно во время сеанса [1].

Главным фактором коррекции нарушения при ПТСР признают не избавление от какого-то симптома, а подход, позволяющий человеку понять, что его жизнь имеет смысл как для него, так и для окружающих, т.е. основываться на внутренних экзистенциальных установках личности [45]. Подобные взгляды разделяют и другие авторы [46]. Работая с детьми, психически травмированными в семьях, автор пришла к выводу, что симптомы при ПТСР выполняют стабилизационную функцию психологических защит как способ выживания, как наиразумнейший компромисс между случившейся с человеком бедой и борьбой за свое самосохранение. Поэтому автор полагает, что при проведении психотерапевтических мероприятий не следует рассматривать устранение симптома как первоочередную задачу, так как в противном случае система психологической защиты личности ребенка окажется ослабленной, что будет способствовать его дальнейшей декомпенсации. Устойчивость симптома, считает автор, нередко бывает обусловлена специфической идентификацией пострадавшего: «я – жертва», «я – сирота», которая приносит подростку «вторичную выгоду».

При лечении ПТСР рекомендуется сочетание ситуативной защиты, эмоциональной поддержки и методов когнитивной психотерапии в групповых условиях [3].

При оказании помощи необходимо учитывать как индивидуальные, так и коллективные реакции на травматическое событие [47, 48]. Помимо этого ключевым моментом вмешательства определяют стратегию вербализации, дебрифинга и социальной поддержки [47]. Следует избегать, считает автор, «психиатризации» случаев и не связывать полученный вред со стигмой психического заболевания, а также мобилизовать индивидуальные психологические ресурсы и опираться на них для того, чтобы избежать виктимизации и расширения системы компенсаций. Необходимо предотвращать рентные невроты ятрогенной природы, обеспечивать население адекватной информацией. Существенная роль психиатра, по мнению автора, состоит в интеграции и организации социального и биологического аспектов помощи, заключающейся в том, что, проясняя истинные реакции на одном уровне, врач может определять реальные реакции других уровней.

Полагают, что коррекция ПТСР может быть более эффективной, если учитывается система культуральных ценностей пациентов, особенно семейных отношений, религиозных верований [40].

Наблюдения показывают, что отношение самих пациентов к лечению ПТСР неоднозначно. Так, одни пациенты не хотят принимать медикаментозное лечение и отдают предпочтение психотерапии (в 69% случаях – излечение, в 36% – улучшение) [49]. У других же травмированных пациентов, наоборот, отсутствует мотивация к психокоррекционной работе [43, 50]. Замечено, что некоторые индивидуумы самостоятельно, исходя из своего личного опыта, проводят десенсибилизацию, что помогает им пережить психическую травму и события, связанные с ней, которые становятся для них менее страшными, более обыденными [6]. По мнению авторов, во всех случаях эффективность применяемого лечения зависит от

отношения самого пациента к тому или иному методу, что необходимо учитывать при лечении травматических субъектов.

Важным моментом при проведении психотерапевтических мероприятий считают восстановление личностных характеристик, в частности, хронотропа [51, 52]. Для нормализации состояния при ПТСР необходимо также восстановление связи воспоминаний травматического события с эмоциями, которые являются частью истории жизни пациента, а также связи между прошлым и настоящим [51]. Пока не установятся эти связи, исцеления не произойдет, утверждает автор.

У пациентов с хроническим ПТСР, получающих психотерапевтическое лечение, повышается качество жизни как в области психосоциального функционирования, так и физического здоровья [53, 54].

Полагают, что проведение углубленной работы, направленной на устранение травматических последствий, позволительно лишь после прекращения травмирующей ситуации, что не всегда возможно при длительно воздействующей психически травмирующей ситуации.

Своевременное адекватное лечение ПТСР оказывает положительное влияние на состояние пациента в случаях повторных травм. Так, обнаружено, что лица с ПТСР, которые получали лечение, демонстрировали более умеренное ухудшение в случае вторичной травматизации [55].

Целесообразность применения психотерапии при ПТСР практически не оспаривается специалистами, несмотря на порой скептическое отношение врачей других специальностей. При этом важно отметить, что на сегодняшний день доказано влияние психотерапии на саногенетические механизмы [56]. Это приводит к гармонизации процессов центральной, включая вегетативную, саморегуляции функционирования организма.

Своевременность оказания медицинской помощи пациентам, пережившим стресс, и необходимость раннего включения психотерапевтической помощи в комплекс медицинской помощи является одной из важнейших задач лечения ПТСР и его профилактики [7, 44].

Обращает на себя внимание, что многие психиатры и психотерапевты при лечении ПТСР недостаточно ориентированы на личностные и социально-психологические особенности травмированного человека. Многими специалистами используется только симптоматический подход, что снижает эффективность результатов, в том числе в отдаленном периоде. При таком подходе не учитываются многоуровневые патогенетические механизмы формирования расстройства.

Таким образом, несмотря на большой накопленный опыт, однозначных подходов лечения ПТСР еще не разработано и требует дальнейшего поиска эффективных методов, что тесно взаимосвязано с изучением клиники расстройства, механизмов развития, факторов риска, личностных особенностей и многих других вопросов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Connor K.M., Butterfield M.I. // Focus. – 2003. – V. 1. – P. 247-262.
2. Solomon S.D., Johnson D.M. // J. Clin. Psychol. – 2002. – V. 58, № 8. – P. 947-959.

3. Попов Ю.В., Вид В.Д. // Современная психиатрия. – 1998. – № 1. – С. 9-13.
4. Вяткина В.А. // Соц. и клин. психиатрия. – 2001. – № 4. – С. 27-29.
5. Seedat S., Stein D.J., Carey P.D. // CNS Drugs. – 2005. – V. 19, № 5. – P. 411-427.
6. Кекелидзе З.И., Черников А.М., Щукин А.Б. // Старые и новые проблемы пограничной психиатрии: Сб. науч. тр. / Под ред. Ю.А. Александровского. – М., 1997. – С. 310-330.
7. Епачинцева Е.М., Семке В.Я., Гарнеева Н.П. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2000, № 1. – С. 14-16.
8. Семке В.Я., Епачинцева Е.М. // Российский психиатрический журнал. – 2001. – № 5. – С. 19-23.
9. Волошин В.М. Посттравматическое стрессовое расстройство (клиника, динамика, течение и современные подходы к психофармакотерапии): Автореф. дисс. на соискание уч. степени д-ра мед. наук. – М., 2004. – 49 с.
10. Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств / Под ред. В. Н. Краснова, И.Я. Гуровича. – М., 2000. – 223 с.
11. Davidson J.R., Kudler H.S., Saunders W. B. et al. // Am. J. Psychiatry. – 1993. – V. 150. – P. 1024-1029.
12. Davidson J., Pearlstein T., Lonnberg P. et al. // Am. J. Psychiatry. – 2001. – V. 158, № 12. – P. 1974-1981.
13. Tucker P., Zaninelli R., Yehuda R. et al. // J. Clin. Psychiatry. – 2001. – V. 62, № 11. – P. 860-868.
14. Rosenberg P.B., Mehndiratta R.B., Mehndiratta Y. P. et al. // J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. – 2002. – V. 14. – P. 270-276.
15. Moore L.J., Boehnlein J. K. // Hospital and Community Psychiatry. – 1991. – Vol. 43. – P. 820 – 824.
16. Berlant J.L. // BMC Psychiatry. – 2004. – № 4. – P. 24.
17. Davis L.L., Jewell M.E., Ambrose S. et al. // J. Clin. Psychopharmacol. – 2004. – V. 24, № 3. – P. 291-297.
18. Marshall R.D., Schneier F.R., Fallon B. A. et al. // J. Clin. Psychopharmacol. – 1998. – V. 18, № 1. – P. 10-18.
19. Шмуkler А.Б. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – № 1. – С. 174-176.
20. Hamner M.B., Frueh B.C., Ulmer H.G. et al. // Biol. Psychiatry. – 1999. – V. 45, № 7. – P. 846-852.
21. Aerni A., Traber R., Hock C. et al. et al. // Am. J. Psychiatry. – 2004. – V. 161, № 8. – P. 1488-1490.
22. Foa E.B., Davidson J.R., Frances A. // J. Clin. Psychiatry. – 1999. – V. 60, Suppl. 16. – P. 3-76.
23. Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. – М.: Издательство Института психотерапии. – 2000. – 128 с.
24. Королькова И.И., Простяков А.И. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 41 (приложение). – С. 122-123.
25. Наров М.Ю., Семке В.Я., Аксенов М.М. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – №1 (44). – С. 69-71.
26. Monson C.M., Schnurr P.P. Resick P. A. et al. // J. Consult. Clin. Psychol. – 2006. – V. 74, № 5. – P. 898-907.
27. Foa E.B., Dancu C.V., Hembree E. A. et al. // J. Consult. Clin. Psychol. – 1999. – V. 67, № 2. – P. 194-200.
28. Foa E.B., Ehlers A., Clark D. et al. // Psychol. Assess. – 1999. – № 11. – P. 303-314.
29. Foa E.B., Rothbaum B.O. Treating the trauma of rape: Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD. – N.Y.: Guilford Press; 1998.
30. Krakow B., Hollifield M., Johnston L. et al. // JAMA. – 2001. – V. 286. – P. 537-545.
31. Resick P.A., Nishith P., Weaver T. L. et al. // J. Consult. Clin. Psychol. – 2002. – V. 70, № 4. – P. 867-879.
32. Forbes D., Phelps A.J., McHugh A. F. et al. // J. Trauma Stress. – 2003. – V. 16, № 5. – P. 509-513.
33. Hembree E.A., Foa E.B. // J. Clin. Psychiatry. – 2000. – V. 61, Suppl. 7. – P. 33-39.
34. Pinkowish D. // Patient Care. – 2002. – V. 36, 1. – P. 16-22.
35. Maxfield L., Hyer L. // J. Clin. Psychol. – 2002. – V. 58, № 1. – P. 23-41.
36. Seidler G.H., Wagner F.E. // Psychol. Med. – 2006. – V. 36, № 11. – P. 1515-1522.
37. Колчев А.И., Литвинцев С.В., Шанин В.Ю. // Российский психиатрический журнал. – 1998. – № 3. – С. 25-27.
38. Krupnick J.L. // J. Clin. Psychol. – 2002. – V. 58. – P. 919-932.
39. Brom D., Kleber R.J., Defares P.B. // J. Consult. Clin. Psychol. – 1989. – V. 57, № 5. – P. 607-612.
40. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. – Новосибирск: Издательство НГПУ. – 1999. – 418 с.
41. Tarrier N., Liversidge T., Gregg L. // Behav. Res. Ther. – 2006. – V. 44, № 11. – P. 1643-1656.
42. Епачинцева Е.М. // Съезд психиатров России, 13-й: Материалы. – М., 2000. – С. 102-103.
43. Пермякова О.А., Валинурова И.П. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – № 2. – С. 115-116.

44. Цыганков Б.Д., Джангильдин Ю.Т., Шетинина Е.А. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 41 (приложение). – С. 301-302.

45. Франкл В. Человек в поисках смысла / Пер с англ. и нем. / Общ. ред. Л. Я. Гозмана и Д. А. Леонтьева. – М.: Прогресс, 1990. – 368 с.

46. Локтионова А. // Московский психотерапевтический журнал. – 2002. – № 4. – С. 90-105.

47. Лопес-Ибор Х. // Журнал неврологии и психиатрии. – 2000. – № 12. – С. 8-16.

48. Andreoli A. // Revue Francophone du Stress et du Trauma. – 2000. – N. 1 (1). – P. 33 – 44.

49. Bleiberg K.L., Markowitz J.C. // Am. J. Psychiatry. – 2005. – V. 162. – P. 181-183.

50. Ошаев С.А., Стоянова И.Я. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 41 (приложение). – С. 202-206.

51. Джармен Р. // Журнал практического психолога. – 2001, № 1-2. – С. 119-126.

52. Жорняк Е.С., Мастеров Б.Н., Кадиева Е. и др. // Московский психотерапевтический журнал. – 2002. – № 4. – С. 169-192.

53. Семке В.Я. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2000. – № 1. – С. 4-8.

54. Schnurr P.P., Hayes A.F., Lunney C. A. et al. // J. Consult. Clin. Psychol. – 2006. – V. 74, № 4. – P. 707-713.

55. Kucukalic A., Bravo-Mehmedbaic A., Dizdarevic T. // Med. Arh. – 2005. – V. 59, № 2. – P. 115-117.

56. Семке В.Я., Кожевников В.Н., Кожевникова Т.А. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 41 (приложение). – С. 253-255.

## РЕЗЮМЕ

В обзоре представлена проблема терапии посттравматического стрессового расстройства. Показано, что для лечения расстройства применяются множество способов медикаментозной терапии, психотерапии, комплексной терапии. Однако единых подходов лечения посттравматического стрессового расстройства не выработано. Проблема терапии посттравматического стрессового расстройства остается актуальной и требует дальнейшего поиска эффективных методов, что взаимосвязано с изучением клиники, механизмов развития, факторов риска и других вопросов.

## ABSTRACT

In the review the problem of post traumatic stress disorder (PTSD) therapy is available. It was shown that many methods of drug therapy, psychotherapy, and complex therapy for the treatment are used. However single approach for PTSD treatment was not developed. The problem of PTSD therapy is relevant and requires further search of effective methods. It connects with study of clinics, mechanisms of development, risk factors and other questions.

**Key words:** post traumatic stress disorder, treatment

# НАЦИОНАЛЬНЫЙ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР: ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ

КРУТЬКО В.Н.

*Национальный геронтологический центр, г. Москва, Россия*

Национальный геронтологический центр (НГЦ, [www.ngc.org.ru](http://www.ngc.org.ru)) имеет статус некоммерческого партнерства. НГЦ был создан в декабре 1996 г. по инициативе Министерства науки и технологий Российской Федерации в целях стимуляции и координации процесса развития «Профилактики старения» как нового направления медицинской науки и практики, а также в целях решения проблемы создания, апробации и широкого практического внедрения современных технологий продления периода активной, полноценной, трудоспособной жизни человека.

Учредителями НГЦ являются ведущие научно-исследовательские и медицинские организации России:

- Государственный научный центр «Институт медико-биологических проблем»
- Институт системного анализа Российской академии наук
- Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова
- Московский государственный медико-стоматологический университет
- Российский научно-исследовательский институт геронтологии

Фундаментальные научные результаты НГЦ.

Результатом многолетних теоретических и экспериментальных исследований специалистов НГЦ в области профилактики старения явились:

❖ *Общая теория здоровья* - укладывающаяся в единую схему представления Общей теории патологии и Экологии человека;

❖ *Системная теория старения* – результат систематизации и объединения ведущих мировых теорий старения и основных механизмов старения, обобщающая достижения в данной области ученых с мировым именем в области геронтологии, валеологии и общей патологии. Системная теория рас-

сматривает процесс старения целостно, структурирует его, определяет фундаментальную причину старения – закон нарастания энтропии в не полностью открытых системах, выделяет главные базовые процессы старения, типовые синдромы и механизмы старения, что позволяет, в свою очередь, определить главные принципы, пути и средства воздействий на старение.

На основе данной теории разработан метод системной диагностики старения (аппаратно-программный комплекс и компьютерная система «Диагностика старения: биовозраст» (свид. о регистр. № 2007614122, 2007 г.)), а также метод системной геропротекции и биоактивации.

❖ *Иммуно-регуляторная теория старения* – новый взгляд на один из основных, а по ряду соображений, на главный механизм старения. Теория основана на отечественных научных работах, зарегистрированных как открытие. Она описывает причину главного механизма старения (снижения ростового потенциала клеток с возрастом) как результат изменений в регуляторных гипоталамических центрах мозга. Экспериментально обнаружены периферические механизмы такой регуляции – регуляторные факторы крови у молодых животных, действующие через особые популяции Т-лимфоцитов. Получен патент на метод диагностики таких регуляторных факторов (а.с. № 1481689). На основе данной теории разрабатываются новые диагностические методы, средства и препараты воздействия на старение. В частности, экспериментальные воздействия на систему регуляции клеточного роста позволили в течение нескольких дней восстановить ростовой потенциал ткани у старых животных до уровня молодых.

❖ Ряд оригинальных математических моделей процессов старения в отдельном живом организме и в популяции: «*Модель функциональной гармонии*»,