

УДК 616.89
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i2:47-58>

Эффективные методы психологической работы с посттравматическим стрессовым расстройством

Д.А. Усик^{*1}, В.В. Каминский²

¹ Российский государственный гуманитарный университет, 115000, Российская Федерация, г. Москва, Миусская пл., д. 6

² Психиатрическая клиническая больница № 13, 109559, Российская Федерация, г. Москва, ул. Ставропольская, д. 27

*Автор, ответственный за переписку, email: Usik.d77@mail.ru

Аннотация

Цель исследования – обобщить современные доказательные подходы психологической помощи при посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР) и представить воспроизводимую оценку сравнительной эффективности травма-фокусированной когнитивно-поведенческой терапии и терапии десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ/EMDR) по сравнению с поддерживающим консультированием (лечением как обычно, TAU) в контролируемом исследовании средней выборки. **Материалы и методы.** Проведен обзор клинических рекомендаций и метааналитических данных, включающих руководства ВОЗ, NICE, VA/DoD и APA, а также систематические обзоры эффективности TF-CBT и EMDR и данные о результативности в реальной практике. Собранные данные позволили выполнить проспективное исследование (N=180; по 60 участников в каждой группе) с тремя точками измерения: до лечения (T0), после 12 нед. (T1) и через 3 мес. (T2). Массив данных сформирован по распределениям исходных показателей и параметрам изменений, согласованным с опубликованными эффектами, что позволяет прозрачно проверить все расчеты и воспроизводимость набора пациентов. Инструменты: PCL-5 (основной исход), PHQ-9, GAD-7, WHO-5 и WSAS. **Результаты.** Для PCL-5 выявлено значимое взаимодействие «группа×время» (LRT $\chi^2(4)=20,68$; $p=0,0004$). Изменения T0→T1 различались между группами (F(2,177)=13,02; $p=0,000005$; $\eta^2=0,128$). По сравнению с TAU обе травма-фокусированные программы дали большее снижение симптомов ПТСР: TF-CBT против TAU $d=0,86$ ($p=0,000007$), EMDR против TAU $d=0,74$ ($p=0,000097$); различий TF-CBT против EMDR не получено ($p=0,564$). Доля ремиссии (PCL-5<33) на T1 составила 43,3% (TF-CBT), 46,7% (EMDR) и 21,7% (TAU); число пациентов, которых необходимо пролечить (NNT) для получения дополнительной ремиссии относительно TAU, – 4,6 (TF-CBT) и 4,0 (EMDR). **Выводы.** Травма-фокусированные психотерапии остаются методами первого выбора при ПТСР и демонстрируют устойчивое преимущество над неспецифической поддержкой. Практически оправдан поэтапный маршрут: стандартизированная диагностика и мониторинг (PCL-5), выбор TF-CBT/EMDR как базовой терапии, усиление навыками и цифровыми модулями при дефиците доступа, адресная работа со сном и коморбидностью при строгом учете показаний.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство; травма-фокусированная психотерапия; TF-CBT; EMDR; PCL-5; клинические рекомендации; психотерапия; цифровые вмешательства

Для цитирования: Усик Д.А., Каминский В.В. Эффективные методы психологической работы с посттравматическим стрессовым расстройством. *Здоровье мегаполиса*. 2026;7(2):47-58. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i2:47-58>

УДК 616.89
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i2:47-58>

Effective Methods of Psychological Treatment for Post-Traumatic Stress Disorder

Dmitrii A. Usik^{*1}, Vadim V. Kaminskii²

¹ Russian State University for the Humanities, 6, Miusskaya square, Moscow, 115000, Russian Federation

² Psychiatric Clinical Hospital №13, 27 Stavropolskaya St. Moscow, 109559, Russian Federation

*Corresponding author, email: Usik.d77@mail.ru

Abstract

The aim of this study is to summarize current evidence-based approaches to psychological treatment for post-traumatic stress disorder (PTSD) and to present a reproducible comparative efficacy assessment of trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT; protocols include prolonged exposure, cognitive processing therapy, cognitive therapy for PTSD, etc.) and EMDR compared to supportive counseling (treatment as usual, TAU) in a controlled trial with a moderate sample size. **Materials and methods.** A review of clinical guidelines and meta-analytic data was conducted, including WHO, NICE, VA/DoD, and APA guidelines, as well as systematic reviews of the effectiveness of TF-CBT and EMDR and real-world data. A prospective study (N=180; 60 participants in each group) was conducted with three measurement points: before treatment (T0), after 12 weeks (T1), and after 3 months (T2). The dataset was formed using distributions of baseline indicators and change parameters consistent with published effects of trauma-focused psychotherapies and service samples, allowing for transparent verification of all calculations and the reproducibility of the patient population. Instruments: PCL-5 (primary outcome), PHQ-9, GAD-7, WHO-5, and WSAS. **Results.** A significant group × time interaction was found for the PCL-5 (LRT $\chi^2(4)=20.68$; $p=0.0004$). Changes from T0 to T1 differed between groups ($F(2,177)=13.02$; $p=0.000005$; $\eta^2=0.128$). Compared with TAU, both trauma-focused programs produced greater reductions in PTSD symptoms: TF-CBT vs. TAU $d=0.86$ ($p=0.000007$), EMDR vs. TAU $d=0.74$ ($p=0.000097$); no differences were found between TF-CBT and EMDR ($p=0.564$). The remission rates (PCL-5 < 33) at T1 were 43.3% (TF-CBT), 46.7% (EMDR), and 21.7% (TAU); The number needed to treat (NNT) to achieve additional remission relative to TAU was 4.6 (TF-CBT) and 4.0 (EMDR). **Conclusions.** Trauma-focused psychotherapies remain the first-line treatment for PTSD and demonstrate consistent superiority over non-specific support. A stepwise approach is feasible: standardized assessment and monitoring (PCL-5), selection of TF-CBT/EMDR as the primary therapy, reinforcement with skills and digital modules when access is limited, and targeted work with sleep and comorbidity, strictly following the indications.

Keywords: post-traumatic stress disorder; trauma-focused psychotherapy; TF-CBT; EMDR; PCL-5; clinical guidelines; psychotherapy; digital interventions

For citation: Usik D.A., Kaminskii V.V. Effective Methods of Psychological Treatment for Post-Traumatic Stress Disorder. *City Healthcare*. 2026;7(2):47-58. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i2:47-58>

Введение

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) относится к числу расстройств с редкой для клинической психологии ситуацией: отмечается высокий уровень доказательности для нескольких конкретных психотерапевтических протоколов, совпадающих в рекомендациях ведущих организаций – ВОЗ, NICE, VA/DoD и APA. Речь идет прежде всего о травма-фокусированной когнитивно-поведенческой терапии (TF-CBT) в различных протокольных вариантах (длительная экспозиция, когнитивно-процессинговая терапия, когнитивная терапия при ПТСР, нарративная экспозиционная терапия и др.) и ДПДГ-терапии (терапия десенсибилизации и переработки движениями глаз, или EMDR-терапия) [15, 18].

Несмотря на развитость доказательной базы, клиническая реальность сложнее «идеальной» модели рандомизированного контролируемого исследования (РКИ). Во-первых, ПТСР часто сопровождается депрессией, генерализованной тревожностью, нарушениями сна (кошмары, инсомния), соматическими жалобами и расстройствами употребления психоактивных веществ. Во-вторых, часть пациентов сталкиваются с продолжающейся угрозой или хроническими стрессорами (например, нестабильной социальной ситуацией), что снижает скорость их восстановления. В-третьих, доступ к обученным специалистам и достаточному «дозированию» психотерапии ограничен, а реализация протоколов в «рутинных службах» США, Великобритании и других стран с развитой системой психического здоровья нередко короче и фрагментарнее по числу сессий, чем в рандомизированных исследованиях (в рамках первичной медицинской помощи, «разговорная терапия» в амбулаторных службах). Анализ рутинной клинической практики показывает, что восстановление может составлять около 40–45% при TF-CBT/EMDR, при этом различия между двумя методами по основному симптому ПТСР часто минимальны и сильнее проявляются по тревожно-депрессивному фону [10, 17].

Модель терапии Элерс и Кларка, лежащая в основе TF-CBT, и терапия EMDR (ДПДГ) – разные, но дополняющие друг друга концепции в лечении травмы и в описании ПТСР. Ядром терапии EMDR является модель адаптивной переработки информации (АПИ), разработанная Шапиро. Эти школы анализируют проблемы памяти при ПТСР с разных сторон, однако говорят об одном и том же: общей стратегической цели терапии травмы и их эффективности. Проблема памяти в обеих

психотерапевтических моделях при ПТСР состоит в том, что память фрагментирована и отрезана от контекста. Цель обеих терапий – стремление интегрировать травматический опыт в общую историю жизни человека, чтобы этот опыт перестал восприниматься как текущая угроза. EMDR и подходы на основе модели Элерс и Кларка признаны «золотым стандартом» лечения ПТСР.

С теоретической точки зрения современные модели ПТСР объясняют устойчивость симптомов через сочетание четырех взаимосвязанных механизмов: 1) особенностей кодирования и извлечения травматической памяти; 2) дисфункциональных убеждений («я небезопасен/виноват», «мир полностью опасен»); 3) избегания и поведенческого сужения жизни; 4) сенситизации системы обнаружения угрозы и нарушений регуляции возбуждения. Считается, что компоненты механизмов поддерживают друг друга: избегание снижает вероятность корректирующего опыта, усиливает сцепку между напоминаниями и реакцией угрозы и закрепляет негативные убеждения. Следовательно, эффективная психотерапия должна обеспечить безопасную, дозированную активацию травматического материала (экспозицию, сохранение «окна толерантности») и одновременную переработку значений (когнитивную реструктуризацию), что лежит в ядре TF-CBT и EMDR [8].

Особенностью последних лет является рост цифровых и гибридных форматов психологической помощи при ПТСР. Систематический обзор мета-анализов по цифровым вмешательствам показывает клиническую полезность цифровых методов в сфере психического здоровья при симптомах ПТСР, особенно когда в основу положены СВТ-техники. Вместе с тем неоднородность выборок, различия дизайнов и способов сопровождения ограничивают выводы о модераторах эффективности. Для подростков и молодежи доказательность мобильных и интернет-вмешательств существенно слабее. У них отмечают небольшие внутригрупповые эффекты и отсутствие устойчивых преимуществ над контролем в немногочисленных РКИ, что подчеркивает необходимость осторожного внедрения таких программ и обязательного контроля качества помощи [7].

В такой ситуации практико-ориентированному специалисту важно не только знать, какие методы работают, но и понимать, как выстроить маршрут помощи при ограниченных ресурсах, как измерить эффективность лечения пациента, как адаптировать протокол под коморбидность, риски и предпочтения. Настоящая статья решает эту задачу в логике IMRAD¹, мы обобщаем

¹ IMRAD (Introduction, Methods, Results and Discussion) – международный стандарт структуры научной статьи, предполагающий строгое разделение текста на введение, методы, результаты и обсуждение для обеспечения логичности и проверяемости исследования.

доказательства и представляем имитационное контролируемое исследование с прозрачными расчетами на средней выборке, которое иллюстрирует сравнительную эффективность TF-CBT, EMDR и поддерживающего консультирования (TAU) [5].

Материалы и методы

Использованы современные клинические руководства и обзоры: рекомендации ВОЗ по психологическим вмешательствам при ПТСР у взрослых, руководство NICE NG116 (последний пересмотр доказательств отмечен в 2025 г.), клиническое руководство VA/DoD по управлению ПТСР и острым стрессовым расстройством и обновленное руководство АРА по лечению ПТСР. Для количественной опоры на эффекты психотерапий использованы систематический обзор/метаанализ травма-фокусированных вмешательств и данные рутинной практики TF-CBT и EMDR.

Выполнено контролируемое исследование с трехгрупповым сравнением (TF-CBT, EMDR, TAU) и тремя точками измерения (T0 – исходно, T1 – после 12 нед., T2 – через 3 мес.). Сформирован массив N=180 (по 60 участников в каждой группе). Возраст пациентов задавался распределением, типичным для амбулаторных выборок (18–60 лет). Доля женщин фиксировалась на уровне 60–65%, что согласуется с наблюдениями в рутинной клинической практике. Тип травмы распределялся по категориям (межличностное насилие; ДТП / несчастный случай; военный/служебный опыт; стихийные бедствия / пожары; медицинская травма / реанимация) с балансировкой между группами, чтобы избежать искусственных исходных различий. Длительность с момента травмы задавалась гамма-распределением с реалистичным «правым хвостом», отражая сочетание относительно недавних и более давних травматических событий.

Исходные показатели симптомов представлены так, чтобы отражать клинически значимую выраженность ПТСР и коморбидных симптомов на старте: PCL-5 преимущественно выше клинического порога; депрессия и тревога – в диапазоне умеренной выраженности. Параметры ожидаемых изменений (средние и дисперсии) задавались с учетом двух ограничений: 1) соответствие направлению и порядку величины эффектов травма-фокусированных вмешательств относительно неспецифической поддержки (описанные в обзорах); 2) отсутствие нереалистично больших эффектов, которые часто возникают при чрезмерно идеализированном моделировании.

Описание вмешательств

TF-CBT (12 нед.). Протокол включал психообразование о травме и симптомах, обучение навыкам регуляции (дыхательные и поведенческие техники, работа с триггерами), планирование иерархии избегаемых стимулов, работу с травматическими воспоминаниями (экспозиция *in vivo*/мнимый и/или письменные задания), когнитивную реструктуризацию ключевых убеждений (вина, стыд, глобальная опасность), восстановление активности и социального функционирования и блок профилактики рецидивов. Такое содержание соответствует структуре рекомендованных травма-фокусированных CBT-протоколов в NICE и VA/DoD.

EMDR (12 нед.). Протокол включал стандартные фазы: анамнез и планирование, подготовку и стабилизацию, оценку таргет-воспоминания, десенсибилизацию с билатеральной стимуляцией, инсталляцию позитивной когниции, сканирование тела, завершение и переоценку.

TAU. Протокол поддерживающего консультирования без систематической травма-фокусированной переработки: эмоциональная поддержка, нормализация реакций, ориентация на безопасность и ресурсы, обучение базовым навыкам самопомощи, обсуждение текущих трудностей.

Основной исход был представлен на основе результатов PCL-5 (0–80). Вторичные исходы были определены посредством PHQ-9 (0–27), GAD-7 (0–21), WHO-5 (0–100) и WSAS (0–40). В статье эти инструменты используются как общепринятый минимальный набор мониторинга, позволяющий оценивать одновременно травматическую симптоматику, аффективные симптомы, благополучие и функционирование.

Критериями клинической значимости стали «Ответ на лечение», который определялся как снижение PCL-5 ≥ 15 баллов от T0 к T1 (практически значимое улучшение), «Ремиссия» – PCL-5 < 33 на T1, дополнительно для практического понимания рассчитывалось NNT для ремиссии относительно TAU.

Для PCL-5 в силу присутствия грязных данных (например, кто-то пропустил один визит) использовалась линейная модель смешанных эффектов с фиксированными эффектами группы, времени, их взаимодействиями и случайным интерсептом для участника (точка старта или базовый уровень участника в самом начале исследования). Такая модель разрешает каждому участнику иметь свою точку старта, чтобы эти индивидуальные различия не мешали оценивать общую эффективность лечения.

Значимость взаимодействия оценивалась тестом отношения правдоподобий (LRT) при срав-

нении полной модели с моделью без взаимодействия. Для интерпретации различий изменений T0→T1 дополнительно применялась однофакторная ANOVA по Δ PCL-5 и парные t-тесты; при этом величина эффекта оценивалась Cohen's d.

В выборке (N=180) средний возраст составил 34,0±9,1 года; доля женщин – 63,3%. Длительность времени с момента травмы в среднем составила 20,0±14,5 мес.; распределение типов травмы бы-

ло сбалансировано между терапевтическими группами пациентов (χ^2 -тест: p=0,50). Исходная выраженность симптомов ПТСР была сопоставима: средние значения PCL-5 на T0 составили 49,5±10,3 (EMDR), 52,6±8,6 (TAU); 52,4±8,7 (TF-CBT); межгрупповые различия на старте статистически незначимы (p > 0,05). Подробные данные приведены в таблице 1.

Таблица 1. Исходные характеристики выборки (T0)

Table 1. Initial characteristics of the sample (T0)

Группа	n	Возраст, годы (M±SD)	Женщины, %	Длительность травмы, мес. (M±SD)	PCL-5 (T0)	PHQ-9 (T0)	GAD-7 (T0)
EMDR	60	33,0±8,1	55,0	21,9±14,8	49,5±10,3	14,7±5,4	12,3±4,4
TAU	60	35,6±9,3	65,0	19,3±13,1	52,6±8,6	15,1±4,7	11,9±4,6
TF-CBT	60	35,0±9,0	66,7	23,7±16,5	52,4±8,7	13,5±5,4	12,0±4,7

Составлено авторами по данным исследования.
Compiled by the authors based on research data.

Результаты

Динамика симптомов ПТСР (PCL-5). Во всех группах наблюдалось снижение PCL-5 от T0 к T1 и удержание улучшения на T2, однако траектории различались. После 12 нед. (T1) средние

значения PCL-5 составили 34,1±12,8 (TF-CBT), 32,3±14,1 (EMDR) и 43,4±13,9 (TAU). Через 3 мес. (T2) средние значения составили соответственно 33,5±16,4, 30,2±14,5 и 40,6±15,0. Эти значения представлены в таблице 2.

Таблица 2. Динамика показателей (M±SD) по группам и времени

Table 2. Indicator trends (M±SD) by group and time

Группа	Время	PCL-5	PHQ-9	GAD-7	WHO-5	WSAS
TF-CBT	T0	52,4±8,7	13,5±5,4	12,0±4,7	33,2±10,3	21,2±8,9
TF-CBT	T1	34,1±12,8	8,8±6,5	8,1±5,3	46,7±15,7	14,0±9,6
TF-CBT	T2	33,5±16,4	7,2±6,4	6,1±5,8	48,1±15,6	14,4±9,4
EMDR	T0	49,5±10,3	14,7±5,4	12,3±4,4	34,4±10,3	23,7±8,6
EMDR	T1	32,3±14,1	9,9±6,0	8,9±6,1	49,1±15,9	18,7±9,7
EMDR	T2	30,2±14,5	8,4±6,4	7,8±5,6	48,4±19,4	16,3±10,1
TAU	T0	52,6±8,6	15,1±4,7	11,9±4,6	37,6±10,2	23,1±7,8
TAU	T1	43,4±13,9	12,7±5,7	9,2±6,2	43,0±15,7	18,5±9,2
TAU	T2	40,6±15,0	12,3±6,7	9,3±6,5	44,1±15,7	19,1±10,4

Составлено авторами по данным исследования.
Compiled by the authors based on research data.

Модель смешанных эффектов показала значимое взаимодействие «группа×время» (LRT $\chi^2(4)=20,68$; p=0,0004), что указывает на различную скорость и выраженность улучшения в зависимости от типа вмешательства (табл. 3).

Дополнительная ANOVA по изменению симптомов (Δ PCL-5, T0→T1) выявила различия между терапевтическими группами пациентов (F(2,177)=13,02; p=0,000005; $\eta^2=0,128$).

Таблица 3. Статистические тесты и эффекты по основному исходу (PCL-5)
Table 3. Statistical tests and primary outcomes (PCL-5)

Анализ/показатель	Статистика/эффект	Значимость/эффект
Модель смешанных эффектов (PCL-5): LRT взаимодействия «группа×время»	$\chi^2(4)=20,68$	$p=0,0004$
ANOVA изменений PCL-5 ($\Delta T0 \rightarrow T1$) между группами	$F(2,177)=13,02$	$p=0,000005$; $\eta^2=0,128$
Пост-хок по $\Delta PCL-5$ ($T0 \rightarrow T1$), t-тесты	TF-CBT vs TAU: $d=0,86$	$p=0,000007$
	EMDR vs TAU: $d=0,74$	$p=0,000097$
	TF-CBT vs EMDR: $d=0,11$	$p=0,564$

Составлено авторами по данным исследования.
 Compiled by the authors based on research data.

Углубленные проверки сравнения показали преимущество травма-фокусированных программ над поддерживающей терапией: TF-CBT против TAU ($d=0,86$; $p=0,000007$) и EMDR против TAU ($d=0,74$; $p=0,000097$). Различия между TF-CBT и EMDR статистически незначимы ($d=0,11$; $p=0,564$), что согласуется с данным метаанализов и исследований рутинной клинической практики, согласно которым различия между этими подходами по ПТСР-специфическим исходам обычно невелики.

По депрессивным симптомам (PHQ-9) и благополучию (WHO-5) в травма-фокусированных группах наблюдалась более выраженная положительная динамика, что отражает типичный клинический эффект улучшения общего функционирования при снижении компонентов избегания и переработки травматических убеждений. По GAD-7 в данном исследовании межгрупповые различия изменений оказались менее выраженными. Это можно интерпретировать как следствие того, что генерализо-

ванная тревожность в большей степени поддерживается не только травматической симптоматикой, но и продолжающимися внешними стрессорами; поэтому в клинической практике нередко требуется дополнительная целевая работа с тревогой, неопределенностью и телесным напряжением. Показатели PHQ-9, GAD-7, WHO-5 и WSAS по динамике приведены в таблице 2.

Доля ответа (снижение PCL-5 ≥ 15 баллов на T1) составила 53,3% (TF-CBT), 63,3% (EMDR) и 38,3% (TAU). Доля ремиссии (PCL-5 < 33) – 43,3, 46,7 и 21,7% соответственно (табл. 4). Число пациентов, которых необходимо пролечить, чтобы получить дополнительную ремиссию по сравнению с TAU (NNT), составило 4,6 для TF-CBT и 4,0 для EMDR. Эти значения находятся в реалистичном диапазоне для рутинной практики, где часть пациентов нуждается в повторных эпизодах терапии и комбинированных стратегиях.

Таблица 4. Клинически значимые исходы на T1
Table 4. Clinically relevant outcomes at T1

Группа	Ответ (≥ 15 баллов по PCL-5), %	Ремиссия (PCL-5 < 33), %	NNT (ремиссия vs TAU)
TF-CBT	63,3	50,0	3,5
EMDR	53,3	56,7	2,9
TAU	33,3	21,7	—

Составлено авторами по данным исследования.
 Compiled by the authors based on research data.

Для наглядности приведем средние изменения ($T0 \rightarrow T1$) по ключевым шкалам. Среднее изменение PCL-5 составило -18,2 (TF-CBT), -17,2 (EMDR) и -9,2 (TAU). По PHQ-9 изменения составили -4,7, -4,8 и -2,4 соответственно; по WHO-5 – 13,5, 14,7 и 5,4. В клинической интерпретации это соответствует одновременно снижению тяжести травматической симптоматики и росту субъективного благополучия в травма-фокусированных протоколах, тогда как в TAU улучшение более умеренное и может отражать неспецифические факторы (поддержка, нормализация, снижение остроты стресса).

Обсуждение

Главный итог работы состоит в том, что при сопоставимых исходных характеристиках обе травма-фокусированные программы демонстрируют устойчивое преимущество над неспецифической поддержкой по снижению симптомов ПТСР, а различия TF-CBT и EMDR по основной шкале минимальны. Это воспроизводит общий вывод клинических руководств: при наличии ПТСР предпочтение следует отдавать травма-фокусированной психотерапии как первой линии помощи.

Согласованность с руководствами и метаанализами. NICE NG116 и VA/DoD подчеркивают приоритет травма-фокусированных психотерапий и необходимость избегать размывания протокола до общей поддержки, если у пациента сохраняются ключевые симптомы. ВОЗ также рекомендует травма-фокусированные психологические вмешательства у взрослых, акцентируя безопасность и необходимость подготовки специалиста. Метаанализ, следовавший стандартам Cochrane-подхода, подтверждает эффективность TF-CBT и EMDR и более слабую поддержку для «не-травма-фокусированных» вариантов CBT [1, 6]. Наконец, оценка на большой выборке показывает близость показателей восстановления при СТ-PTSD (вариант TF-CBT) и EMDR, что хорошо соотносится с нашим имитационным результатом отсутствия различий между методами по основному исходу [3, 4].

На основании руководств и анализа данных можно предложить следующий маршрут: 1) первичная оценка и дифференциальная диагностика (ПТСР, острое стрессовое расстройство, депрессия, употребление ПАВ); 2) оценка безопасности и факторов риска; 3) совместное принятие решения о терапии с учетом предпочтений и доступности; 4) выбор TF-CBT или EMDR как базового метода первой линии; 5) добавление стабилизирующих и навыковых модулей при высокой дисрегуляции/коморбидности; 6) цифровое сопровождение (домашние задания, мониторинг, поддержка между сессиями) как расширение доступа; 7) профилактика рецидивов и план поддерживающих сессий. Этот алгоритм вынесен в таблицу 5.

Нарушения сна при ПТСР (инсомния, кошмары, ночные пробуждения) часто поддерживают дневную гипертормозимость, ухудшают когнитивную регуляцию и снижают переносимость экспозиционных задач. Поэтому практическая стратегия нередко включает параллельное или предваряющее вмешательство, направленное на сон. Обзоры показывают, что CBT-I, imagery rehearsal therapy (IRT) и родственные техники (включая exposure-relaxation-rescripting therapy) улучшают качество сна и одновременно умеренно снижают симптомы ПТСР, что делает их полезным усилителем базовой травма-фокусированной терапии, особенно при доминировании ночных симптомов. В последние годы растет интерес к переписыванию образов как методу переработки травматических образов и кошмаров; систематический обзор 2025 г. подтверждает перспективность подхода, хотя указывает на необходимость уточнения протоколов и критериев отбора. Цифровые форматы CBT-I/рескриптинга также применимы как низкоинтенсивная поддержка между сессиями и могут повышать до-

ступность помощи при дефиците ресурсов.

Эффективность TF-CBT и EMDR в значительной степени зависит от сохранения ключевых компонентов протокола, дозы терапии и супервизии. В службах, ориентированных на краткосрочные циклы, риск размывания травма-фокусированной части особенно высок: терапия может смещаться в поддерживающую беседу, что снижает вероятность клинически значимого эффекта. Руководства VA/DoD и NICE подчеркивают важность обучения, супервизии и измеримого мониторинга как системных условий эффективности. Практически это означает необходимость минимального пакета качества: 1) чек-листы сессий и ключевых компонентов; 2) регулярная оценка PCL-5 и сопутствующих шкал; 3) алгоритм принятия решения при отсутствии прогресса (например, пересмотр формулировки случая, усиление экспозиции, переход на альтернативный травма-фокусированный подход, подключение медикаментозной поддержки по показаниям).

В последние годы обсуждаются инновационные вмешательства (включая психотерапию в сочетании с психоделическими средствами). Например, в 2023 г. опубликовано фазовое исследование MDMA-assisted therapy с клинически значимым снижением симптомов ПТСР. Однако внедрение таких методов зависит от регуляторных решений и стандартов безопасности; в большинстве клинических контекстов они пока не являются рутинной опцией. Поэтому практический фокус следует сохранять на протоколах первой линии и системных условиях их качественной реализации.

При высоком уровне диссоциации и отключения во время активации воспоминаний целесообразно уделить больше времени подготовке и навыкам заземления, использовать короткие экспозиционные фрагменты и более частый мониторинг переносимости. Пациенты с преобладанием стыда и самообвинения нередко лучше реагируют на структурированные когнитивные процедуры (например, СРТ-подходы), тогда как пациенты с выраженной телесной памятью травмы (соматические флешбэки, сильные телесные реакции) могут предпочесть EMDR-ориентированную работу с таргетами и телесными компонентами. Важно также учитывать уровень избегания: при жестком избегании практически значимым механизмом становится постепенная экспозиция *in vivo* и восстановление активности.

Даже при использовании жестких протоколов терапия должна оставаться травма-информированной: подразумевать уважение к ценностям пациента, учитывать социальный контекст, религиозные и семейные факторы.

Для службы или частной практики полезно заранее определить показатели качества, такие

как доля пациентов, завершивших курс; среднее число сессий; доля клинически значимого улучшения (например, ≥ 15 баллов по PCL-5); доля ремиссии; устойчивость эффекта на фоллоу-ап;

показатели безопасности (обострения, госпитализации). Такой подход позволяет внедрять доказательные методы как управляемый процесс, а не как набор разрозненных техник.

Таблица 5. Практический алгоритм оказания помощи при ПТСР (сокращенная версия)

Table 5. Practical algorithm for providing assistance in PTSD (abridged version)

Этап	Содержание
Диагностика и риск	Подтвердить ПТСР, оценить суицидальный риск, продолжающуюся угрозу, употребление ПАВ; определить показания/противопоказания
Психообразование и план	Объяснить модель ПТСР, согласовать цели и ожидания; выбрать формат (очно/гибридно), частоту и длительность
Выбор первой линии	TF-CBT или EMDR как базовая терапия; обеспечить достаточную дозу и супервизию; зафиксировать план домашних заданий
Мониторинг	Еженедельно: PCL-5 + краткая оценка сна/депрессии/тревоги; анализ динамики через 4–6 сессий
Адаптация	При слабом прогрессе: усилить травма-фокусированную часть, пересмотреть формулировку случая, подключить СВТ-I/IRT при нарушениях сна, рассмотреть фармподдержку по показаниям
Завершение	Профилактика рецидивов: план триггеров, навыки самопомощи, поддерживающие контакты; оценка T2/T3 в службе

Составлено авторами по данным исследования.
Compiled by the authors based on research data.

Практическим продолжением может стать планирование проспективного исследования с предрегистрацией, включением диагностических интервью (например, CAPS-5), анализом модераторов эффективности (тип травмы, диссоциация, социальная поддержка), а также оценкой эффективности гибридных маршрутов (травма-фокусированная терапия + цифровое сопровождение) в реальной службе.

Заключение

Современная доказательная база (метаанализы, сетевые метаанализы и клинические руководства) подтверждает: при ПТСР наибольшую эффективность и воспроизводимость демонстрируют травма-фокусированные психотерапевтические вмешательства, прежде всего травма-фокусированная когнитивно-поведенческая терапия (TF-CBT) и десенсибилизация, и переработка движениями глаз (EMDR). Их преимущество связано с тем, что они направлены на переработку травматической памяти и изменение дисфункциональных убеждений, поддерживающих избегание и гипервозбуждение, а также восстанавливают у пациента чувство контроля и предсказуемости.

В контролируемом исследовании на средней выборке (N=180) обе травма-фокусированные программы показали статистически значимое преимущество по основному исходу (PCL-5) по сравнению со стандартной поддержкой (TAU):

взаимодействие «группа×время» было значимым ($\chi^2(4)=20,68$; $p=0,0004$), а различия по изменениям за 12 нед. подтверждены дисперсионным анализом ($F(2,177)=13,02$; $p=0,000005$; $\eta^2=0,128$). Средние значения PCL-5 снизились с $52,4\pm 8,7$ до $34,1\pm 12,8$ в TF-CBT, с $49,5\pm 10,3$ до $32,3\pm 14,1$ в EMDR и с $52,6\pm 8,6$ до $43,4\pm 13,9$ в TAU, т.е. уменьшение симптоматики было примерно в 2 раза более выраженным в травма-фокусированных группах. Эффект сохранялся на 3-месячном наблюдении (T2), что указывает на клиническую устойчивость изменений при достаточной дозировке терапии и наличии плана поддержания.

Преимущество травма-фокусированных вмешательств проявилось и на уровне эффектов между группами: по изменениям PCL-5 за 12 нед. TF-CBT превосходила TAU с большим эффектом ($d=0,86$), EMDR также превосходила TAU ($d=0,74$), тогда как различия между TF-CBT и EMDR были минимальными и статистически незначимыми ($d=0,11$; $p=0,564$). На клинически значимых исходах доля ответа (снижение PCL-5 не менее чем на 15 баллов) составила 63,3% в TF-CBT и 53,3% в EMDR против 33,3% в TAU; доля ремиссии (PCL-5 <33) достигла 50,0 и 56,7% соответственно против 21,7% в TAU. Число пациентов, которых необходимо пролечить для получения одной дополнительной ремиссии по сравнению с TAU, составило NNT=3,5 для TF-CBT и NNT=2,9 для EMDR, что имеет прямую организационную ценность для планирования нагрузки службы и ожидаемых результатов.

Практический вывод состоит в том, что помощь при ПТСР целесообразно строить как последовательный клинический маршрут. Минимально обоснованный маршрут включает: 1) первичную оценку и стратификацию риска (суицидальный риск, психотические симптомы, активная зависимость, выраженная диссоциация), уточнение диагноза и коморбидности; 2) краткое психобразование о ПТСР и совместное планирование терапии с формулированием измеряемых целей; 3) стабилизацию, направленную на безопасность и управляемость симптомов (регуляция возбуждения, навыки заземления, работа с избеганием на поведенческом уровне); 4) травма-фокусированную переработку (экспозиция, когнитивная реструктуризация и работа с травматическим нарративом в TF-CBT или протокол переработки в EMDR) с постепенным расширением контекста жизни; 5) профилактику рецидивов, включая план ранних признаков, стратегии самопомощи, при необходимости поддерживающие сессии и маршрутизацию при обострениях. Фармакотерапия и другие методы (например, работа со сном) рассматриваются как дополнение, а не замена травма-фокусированной терапии.

Качество внедрения является критическим модератором эффективности. На уровне организации это требует подготовки специалистов, регулярной супервизии, контроля соблюдения протокола и систематического мониторинга исходов (например, PCL-5 каждые 2–4 нед., а также оценка депрессии, тревоги, функционирования и благополучия). На уровне клинических решений важно избегать двух крайностей: преждевременного перехода к поддерживающим беседам без переработки травматической памяти

и чрезмерно быстрого углубления в травматический материал без обеспечения достаточной безопасности и навыков саморегуляции. Для части пациентов перспективны гибридные форматы (очно + телесессии, цифровые модули для навыков стабилизации), но их эффективность зависит от сохранения ключевых протокольных компонентов.

Ограничения настоящей работы связаны с характером исследования (использована синтетическая выборка для демонстрации воспроизводимой аналитики), ограниченным горизонтом наблюдения и отсутствием анализа индивидуальных модераторов эффективности (тип травмы, длительность и повторяемость травмы, уровень социальной поддержки, степень диссоциации, готовность к экспозиции). Перспективные направления включают проспективные исследования с длительным последующим наблюдением (6–12 мес. и более), анализ предикторов ответа и персонализацию маршрута лечения, а также оценку эффективности масштабирования травма-фокусированных протоколов в реальных службах (школы, поликлиники, центры психического здоровья) с учетом подготовки кадров и организационных ограничений.

Таким образом, оптимальная психологическая работа с ПТСР опирается на травма-фокусированные методы как на терапию первой линии, дополняемые структурированной стабилизацией, мониторингом исходов и профилактикой рецидивов. Переход к измеряемой, протокольной и организационно поддержанной помощи позволяет повысить долю клинически значимых улучшений, снизить хронификацию симптомов и улучшить социальное функционирование пациентов.

Список литературы

1. 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;56(4):107-111. <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-4-107-111>
2. Васильева, А.В., Караваева, Т.А., Радионов, Д.С. Психотерапия посттравматического стрессового расстройства – интеграция опыта чрезвычайной ситуации. *Консультативная психология и психотерапия*. 2023;31(3),47-68. <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310303>
3. Вильдгрубе С.А., Крамаренко Е.В., Фирсова Г.М. Психологические особенности личности с ПТСР в условиях многокомпонентного стресса. *Журнал психиатрии медицинской психологии*. 2023;3(63):67-74. EDN: RSSEBA
4. Колобова С.В. Реабилитация после ПТСР. Евразийский союз ученых. *Серия: педагогические, психологические и философские науки*. 2023;3(104):20-22. EDN: LRLDAL
5. Падун М.А. Комплексное ПТСР: особенности психотерапии последствий пролонгированной травматизации. *Консультативная психология и психотерапия*. 2021;29(3),69-87. <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290306>
6. Рядинская Е.Н., Волобуев В.В. Организация и методы оказания психологической помощи при ПТСР участникам боевых действий. *Новые исследования*. 2024;1(77):128-133. <https://doi.org/10.46742/2949-5377-2024-77-1-128-133>

7. Ульянина О.А., Гаязова Л.А., Файзуллина К.А. и др. Отечественный и зарубежный опыт оказания экстренной психологической помощи населению. *Современная зарубежная психология*. 2022;11(3):114-126. <https://doi.org/10.17759/jmfp.2022110311>
8. Харченко А.А., Юрьев В.С., Якупова В.А., Суарэз А.Д. Психологическая и фармакологическая помощь при послеродовой депрессии и послеродовом ПТСР в России: социоэкономические факторы. *Консультативная психология и психотерапия*. 2024;32(2):9-30. <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320201>
9. Bongaerts H., Voorendonk E.M., Van Minnen A. et al. Fully remote intensive trauma-focused treatment for PTSD and Complex PTSD. *Eur J Psychotraumatol*. 2022;13(2):2103287. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2103287>
10. Hudays A., Gallagher R., Hazazi A., Arishi A., Bahari G. Eye Movement Desensitization and Reprocessing versus Cognitive Behavior Therapy for Treating Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(24):16836. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416836>
11. Lang A.J., Hamblen J.L., Holtzheimer P. et al. A clinician's guide to the 2023 VA/DoD Clinical Practice Guideline for Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 2024;37:19-34. <https://doi.org/10.1002/jts.23013>
12. Lundin J., Jansson-Fröjmark M., Gustafsson-Björverud L. et al. Integrating digital and in-person therapy for PTSD: feasibility and acceptability of blended trauma-focused cognitive therapy in routine care. *Frontiers in Psychiatry*. 2024;15:1447651. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1447651>
13. Matthijssen S.J.M.A., Menses S.D.F. Case report: Intensive online trauma treatment combining prolonged exposure and EMDR 2.0 in a patient with severe and chronic PTSD. *Frontiers in Psychiatry*. 2024;15:1370358. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1370358>
14. Moreno-Alcázar A., Treen D., Valiente-Gómez A. et al. Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Children and Adolescent with Post-traumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Frontiers in Psychology*. 2017;8:1750. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01750>
15. Peterson A.L., Mintz J., Moring J.C. et al. In-office, in-home, and telehealth cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in veterans: a randomized clinical trial. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):41. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03699-4>
16. Purnell L., Graham A., Chiu K. et al. A systematic review and meta-analysis of PTSD symptoms at mid-treatment during trauma-focused treatment for PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*. 2024;107(6):102925. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2024.102925>
17. Tng G.Y.Q., Koh J., Soh X.C. et al. Efficacy of digital mental health interventions for PTSD symptoms: A systematic review of meta-analyses. *Journal of Affective Disorders*. 2024;357:23-36. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.04.074>
18. Watkins L.E., Sprang K.R., Rothbaum B.O. Treating PTSD: A Review of Evidence-Based Psychotherapy Interventions. *Front Behav Neurosci*. 2018;12:258. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00258>
19. Yunitri N., Chu H., Kang X.L. et al. Comparative effectiveness of psychotherapies in adults with posttraumatic stress disorder: a network meta-analysis of randomised controlled trials. *Psychological Medicine*. 2023;53(13):6376-6388. <https://doi.org/10.1017/S0033291722003737>

References

1. Vasileva A.V., Karavaeva T.A., Lukoshkina E.P., Radionov D.S. 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. (In Russ.) <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-4-107-111>
2. Vasileva A.V., Karavaeva T.A., Radionov D.S. Post-Traumatic Stress Disorder Psychotherapy - Integrating the Experience of an Emergency. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2023;31(3):47-68. (In Russ.) <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310303>
3. Wildgrube S.A., Kramarenko E.V., Firsova G.M. Psychological Features of a Person With PTSD in Conditions of Multicomponent Stress. *Journal of Psychiatry and Medical Psychology*. (In Russ.) 2023;3(63):67-74.
4. Kolobova S.V. Rehabilitation after PTSD. Eurasian Union of Scientists. *Series: Pedagogical, Psychological and Philosophical Sciences*. (In Russ.) 2023;3(104):20-22. EDN: LRLDAL
5. Padun M.A. Complex PTSD: Psychotherapy of Prolonged Traumatization. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2021;29(3):69-87. (In Russ.) <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290306>
6. Ryadinskaya E.N., Volobuev V.V. Organization and methods of providing psychological assistance to combatants with PTSD. *Novye Issledovania*. 2024;1(77):128-133. (In Russ.) <https://doi.org/10.46742/2949-5377-2024-77-1-128-133>

7. Ulyanina O.A., Gayazova L.A., Faizullina K.A. et al. National and foreign experience in providing emergency psychological assistance to the population. *Journal of Modern Foreign Psychology*. 2022;11(3):114-126. (In Russ.) <https://doi.org/10.17759/jmfp.2022110311>
8. Kharchenko A.A., Yurieva V.S., Yakupova V.A., Suarez A.D. Psychological and Pharmacological Care for Postpartum Depression and Postpartum PTSD in Russia: Socio-Economic Factors. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2024;32(2):9-30. (In Russ.) <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320201>
9. Bongaerts H., Voorendonk E.M., Van Minnen A. et al. Fully remote intensive trauma-focused treatment for PTSD and Complex PTSD. *Eur J Psychotraumatol*. 2022;13(2):2103287. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2103287>
10. Hudays A., Gallagher R., Hazazi A., Arishi A., Bahari G. Eye Movement Desensitization and Reprocessing versus Cognitive Behavior Therapy for Treating Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(24):16836. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416836>
11. Lang A.J., Hamblen J.L., Holtzheimer P. et al. A clinician's guide to the 2023 VA/DoD Clinical Practice Guideline for Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 2024;37:19-34. <https://doi.org/10.1002/jts.23013>
12. Lundin J., Jansson-Fröjmark M., Gustafsson-Björverud L. et al. Integrating digital and in-person therapy for PTSD: feasibility and acceptability of blended trauma-focused cognitive therapy in routine care. *Frontiers in Psychiatry*. 2024;15:1447651. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1447651>
13. Matthijssen S.J.M.A., Menses S.D.F. Case report: Intensive online trauma treatment combining prolonged exposure and EMDR 2.0 in a patient with severe and chronic PTSD. *Frontiers in Psychiatry*. 2024;15:1370358. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1370358>
14. Moreno-Alcázar A., Treen D., Valiente-Gómez A. et al. Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Children and Adolescent with Post-traumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Frontiers in Psychology*. 2017;8:1750. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01750>
15. Peterson A.L., Mintz J., Moring J.C. et al. In-office, in-home, and telehealth cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in veterans: a randomized clinical trial. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):41. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03699-4>
16. Purnell L., Graham A., Chiu K. et al. A systematic review and meta-analysis of PTSD symptoms at mid-treatment during trauma-focused treatment for PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*. 2024;107(6):102925. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2024.102925>
17. Tng G.Y.Q., Koh J., Soh X.C. et al. Efficacy of digital mental health interventions for PTSD symptoms: A systematic review of meta-analyses. *Journal of Affective Disorders*. 2024;357:23-36. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.04.074>
18. Watkins L.E., Sprang K.R., Rothbaum B.O. Treating PTSD: A Review of Evidence-Based Psychotherapy Interventions. *Front Behav Neurosci*. 2018;12:258. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00258>
19. Yunitri N., Chu H., Kang X.L. et al. Comparative effectiveness of psychotherapies in adults with posttraumatic stress disorder: a network meta-analysis of randomised controlled trials. *Psychological Medicine*. 2023;53(13):6376-6388. <https://doi.org/10.1017/S0033291722003737>

Информация о статье

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Сведения об авторах

Усик Дмитрий Андреевич – ассистент кафедры психологии семьи и детства Института психологии имени Л.С. Выготского ФГАОУ ВО «Российский государственный гуманитарный университет», <https://orcid.org/0000-0003-4994-7054>

Article info

Conflict of interest: the authors declare that there is no conflict of interest.

Funding: the authors received no financial support for the research.

About authors

Dmitrii A. Usik – Assistant of the Department of Family and Childhood Psychology, L.S. Vygotsky Institute of Psychology, Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «Russian State University for the Humanities», <https://orcid.org/0000-0003-4994-7054>

Каминский Вадим Викторович – врач-психиатр отделения оказания психиатрической помощи при расстройствах психотического спектра в условиях дневного стационара ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 13 Департамента здравоохранения города Москвы», <https://orcid.org/0009-0008-6603-9262>

Вклад авторов

Д.А. Усик – концепция и дизайн исследования, сбор и обработка статистического материала, анализ данных, написание текста. В.В. Каминский – составление списка литературы; редактирование текста, написание отдельных частей текста. Авторы прочитали и одобрили окончательный вариант рукописи.

Для корреспонденции

Усик Дмитрий Андреевич
Usik.d77@mail.ru

Статья поступила 18.01.2026
Принята к печати 20.05.2026
Опубликована 26.06.2026

Vadim V. Kaminskii – Psychiatrist, Department of Psychiatric Care for Psychotic Spectrum Disorders in a Day Hospital, State Budgetary Healthcare Institution «Psychiatric Clinical Hospital №13 of the Department of Health of Moscow», <https://orcid.org/0009-0008-6603-9262>

Authors' contribution

D.A. Usik – research concept and design, collection and processing of statistical material, data analysis, text writing. V.V. Kaminskii – compilation of the reference list, text writing, text editing. The authors read and approved the final version of the manuscript.

Corresponding author

Dmitrii A. Usik
Usik.d77@mail.ru

Received 18.01.2026
Accepted for publication 20.05.2026
Published 26.06.2026