

Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Национальный медицинский исследовательский центр  
психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО  
Ученым советом  
ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского»  
Минздрава России 31.05.2023 г.  
(протокол заседания Ученого совета № 5)



  
А.Б. Шмуклер  
зам. генерального директора  
по научной работе, д. м. н., профессор

**Деятельность медицинских психологов, участвующих в  
оказании психолого-психотерапевтической помощи  
лицам,  
пережившим тяжелый стресс, и членам их семей**

*Информационное письмо*



Москва-2023

УДК 159.99

ББК 88.7

Информационное письмо подготовлено в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации доктором психологических наук, профессором **В.Г. Булыгиной**, доктором психологических наук, профессором **Ф.С. Сафуановым**.

**Булыгина В.Г., Сафуанов Ф.С. Деятельность медицинских психологов, участвующих в оказании психолого-психотерапевтической помощи лицам, пережившим тяжелый стресс, и членам их семей: Информационное письмо.** – М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2023. – 10 с.

*В информационном письме приведены содержание и объем диагностической и консультативной деятельности медицинских психологов, работающих в региональных структурных подразделениях Государственного фонда поддержки участников специальной военной операции «Защитники Отечества» при оказании психолого-психотерапевтической помощи участникам специальной военной операции и членам их семей (старше 18 лет).*

*Для медицинских психологов, работающих в региональных структурных подразделениях Государственного фонда поддержки участников специальной военной операции «Защитники Отечества».*

© В.Г. Булыгина, Ф.С. Сафуанов, 2023.

© ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2023.

## ВВЕДЕНИЕ

Указом Президента РФ от 3 апреля 2023 г. № 232 «О создании Государственного фонда поддержки участников специальной военной операции «Защитники Отечества» Правительству Российской Федерации поручено утвердить устав Фонда, предусмотрев в нем, в частности, что одной из основных целей деятельности Фонда является оказание психолого-психотерапевтической помощи участникам специальной военной операции и членам их семей. При этом указано, что Правительству Российской Федерации совместно с высшими должностными лицами субъектов Российской Федерации необходимо обеспечить оказание психологической и психолого-психотерапевтической помощи с привлечением *медицинских психологов* и иных специалистов.

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» психолого-психотерапевтическая помощь лицам, пережившим тяжелый стресс, и членам их семей организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.

Психолого-психотерапевтическая помощь лицам, пережившим тяжелый стресс, и членам их семей должна осуществляться в комплексе со всеми видами медицинской помощи и реабилитации, оказываемыми данной категории граждан на всех этапах.

Последовательность этапов психолого-психотерапевтической помощи может быть различной в зависимости от тяжести соматического заболевания, выраженности психических расстройств, маршрутизации пациентов, но во всех случаях требуется соблюдение преемственности мероприятий, направленных на выявление психических расстройств, их диагностику и лечение, а также реадaptацию и реабилитацию пострадавших лиц.

## ОСНОВНЫЕ ФУНКЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА

**1. Скрининговое обследование участников специальной военной операции и членов их семей в целях раннего выявления у них психических расстройств, в том числе связанных со стрессом.**

Возможно применение скрининговых методик, которые могут содержать 5-10 вопросов (например: Опросник на скрининг ПТСР (Trauma Screening Questionnaire, TSQ), 10 вопросов; Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), 14 вопросов; Шкала серьезности суицидальных намерений (Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS), 6 вопросов).

При необходимости психодиагностическое исследование может включать опросники, направленные на выявление расстройств тревожного спектра и (или) посттравматических стрессовых расстройств: Шкала для клинической диагностики ПТСР (Clinically-administered PTSD Scale – CAPS); Миссисипская шкала посттравматического стрессового расстройства (Mississippi Scale) – «гражданский» и «военный» варианты; Родительская анкета для оценки травматических переживаний детей; Опросник травматического стресса для диагностики психологических последствий; Опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R<sup>1</sup>.

*При обнаружении медицинским психологом у обследуемого признаков суицидального риска необходимо незамедлительно направить его на консультацию к врачу-психиатру.*

**2. Проведение клинико-психологического исследования высших психических функций, эмоциональной, ценностно-мотивационной, волевой сфер; свойств личности; имеющихся психологических проблем.**

*Клинико-психологическое обследование включает: беседу (сбор анамнестических данных, жалоб), наблюдение и психодиагностическое исследование.*

При проведении психодиагностического исследования рекомендуется использование патопсихологических методики исследования познавательных процессов (восприятия, внимания и умственной работоспособности, памяти, мышления) с целью выявления наличия или отсутствия патопсихологических симптомокомплексов, наблюдающихся при психических расстройствах и расстройствах поведения.

Психодиагностическое исследование может проводиться с использованием цифровых платформ и аппаратно-программных комплексов или, при их отсутствии, с использованием бумажных носителей.

*Ключевым для психологической диагностики является верификация патопсихологического синдрома (патопсихологического симптомокомплекса).*

---

<sup>1</sup> Методики приведены в Клинических рекомендациях «Посттравматическое стрессовое расстройство» // [https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/753\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/753_1)

Для *психогенно-невротического симптомокомплекса*, свойственного лицам с аффективными и невротическими, и связанными со стрессом расстройствами (Расстройства настроения (аффективные расстройства) – F30-F39, Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства F40-F48), специфичными являются наличие психогенного фактора как причины расстройств, повышенный уровень тревожности, вегетосоматические проявления и когнитивная переработка возникших нарушений в соответствии с социальной значимостью психической травмы. Эмоциональная сфера может характеризоваться как повышенной эмоциональной реактивностью, так эмоциональным оскудением. Нередко возникают диссоциативные состояния. Могут отмечаться снижение концентрации и устойчивости внимания, нарушения механического запоминания. Умственная работоспособность в этот период может характеризоваться быстрой истощаемостью, трудностями переключения с одного вида деятельности на другой.

*Одним из вариантов психогенно-невротического симптомокомплекса может быть постстрессовый патопсихологический симптомокомплекс у лиц, переживших экстремальные события.*

Основными составляющими этого симптомокомплекса являются формирование и постепенное усиление черт подозрительности и отгороженности, ригидность поведенческих и эмоциональных реакций; сужение репертуара и ригидность копинг-стратегий. Ценностно-смысловая сфера отличается дезинтегрированностью, мотивационная – обеднением. Типично избегающее поведение, ограничение всех социальных контактов. Устойчивость внимания существенно снижена.

Важные клинические симптомы – «эмоциональное оскудение» и избегание стимулов, связанных с травмой. Повышенная возбудимость и раздражительность нередко сопровождаются гневом и тягой к насилию.

Для *диссоциативного патопсихологического симптомокомплекса*, свойственного больным с расстройствами шизофренического спектра (Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства – F20-F29 по МКБ-10), наиболее патогномичным является следующий набор показателей: неадекватность ассоциаций их формальностью или выхолащенностью, бессодержательностью; использование при обобщении несущественных, маловероятных (латентных) признаков объектов или субъективных критериев; некритичность мышления; резонерство; явления разноплановости; соскальзывания на случайные ассоциации в суждениях; использование вычурных или усложненных речевых высказываний; искаженное толкование условного смысла; колебания внимания и снижение его активности. Характерно, что выявленный комплекс нарушений познавательных процессов не зависит от уровня интеллекта – в данный симптомокомплекс с равной частотностью входят и категориальный, и функциональный, и конкретный уровни обобщения.

При *экзогенно-органическом патопсихологическом симптомокомплексе*, типичном при расстройствах личности и поведения, обусловленных болезнью и повреждением или дисфункцией головного мозга (F00-F09: Органические, включая симптоматиче-

ские, психические расстройства), отмечаются следующие патопсихологические симптомы/синдромы.

Характерные нарушения динамического компонента умственной деятельности: повышенная истощаемость, замедленный и неравномерный темп деятельности, колебания внимания и снижение его активности. В структуре познавательной деятельности преобладают нарушения, связанные со снижением интеллекта: низкий (конкретный и конкретно-ситуационный) уровень обобщения; конкретный уровень ассоциаций; непонимание условного смысла; трудности установления логических (вербальных и наглядно-образных) связей и отношений. Мышление инертное, суждения обстоятельны.

Основу *патопсихологического симптомокомплекса, присущего расстройству личности* (Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте – F60-F69) составляют эмоциональная насыщенность ассоциаций (при их адекватности), аффективно обусловленное рассуждательство, претенциозность суждений, преобладание оценочных комментариев, использование при обобщении субъективных эмоциональных критериев. При проведении психодиагностического исследования отмечаются актуализация несущественных признаков при обобщении и парциальная некритичность. Как и у больных шизофренией, эти качественные нарушения и особенности не зависят от уровня интеллекта.

*Патопсихологический синдром психотической дезорганизации* выявляется практически при всех психотических расстройствах, независимо от их нозологической принадлежности. Обязательные условия для его квалификации – наличие одного или нескольких патологических факторов психотического характера, выраженное дезорганизующее влияние на когнитивную деятельность в целом. Основу патопсихологического синдрома психотической дезорганизации составляет нецеленаправленность регуляции поведения и неадекватность регуляции внешним опосредующим факторам. Мыслительная деятельность носит нецеленаправленный характер и в целом является непродуктивной. Обнаруживается низкий темп и подвижность ассоциативного процесса либо он фиксируется как чрезмерный. Нарушения восприятия выражаются в низкой переключаемости (ригидности, торпидности) или высокой непродуктивной переключаемостью (лабильности). Эмоциональная сфера характеризуется неадекватностью качества (модальностью) эмоциональных реакций, отсутствием их обусловленности внешними стимулами, снижением аффективного контроля, склонностью к импульсивным реакциям.

**3. Направление лиц с признаками психических расстройств и расстройств поведения в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь при психических расстройствах. Мотивирование пациентов к обращению к врачу-психиатру или к врачу-психотерапевту.**

*В случае обнаружения патопсихологического синдрома психотической дезорганизации необходимо вызвать бригаду неотложной психиатрической помощи.*

В случае выявления при скрининговом обследовании признаков психического расстройства, в том числе связанного со стрессом, пациент направляется на консультацию к специалистам: к врачу-психиатру/врачу-психотерапевту.

Ключевой аспект мотивирования к обращению к врачу-психиатру или к врачу-психотерапевту – это информирование лица о характере его расстройства и возможностях медицинской и психотерапевтической помощи.

В мотивационном интервью *не допускаются*: оценочные суждения консультанта; обвинительная позиция; любые проявления конфронтации; директивность.

#### **4. Клинико-психологическое консультирование участника СВО, членов его семьи или законных представителей по вопросам, связанным со стрессовой ситуацией.**

При отсутствии патопсихологических признаков психических расстройств медицинский психолог осуществляет индивидуальное консультирование обследуемого лица.

Психологическое консультирование подразумевает совместное обсуждение возникших у человека проблем, возможных вариантов их преодоления, предоставление информации консультируемому о его психологических качествах, свойственных ему типах реагирования, о возможных способах самоконтроля и регуляции поведения.

*Основные направления психологического консультирования:*

- проблемно-ориентированное консультирование, направленное на анализ сущности и внешних причин проблемы, на поиск путей их разрешения;
- личностно-ориентированное консультирование, направленное на анализ индивидуальных причин существующих проблем, причин деструктивных и дезадаптивных стереотипов личностного реагирования;
- решение-ориентированное консультирование, фокусирующееся на выявлении имеющихся личностных и ситуативных ресурсов для решения проблемы.

*Целями психологического консультирования являются:* эмоциональная поддержка; повышение психологической компетентности; изменение отношения к проблеме; повышение ответственности и формирование мотивации к решению поставленных задач; повышение стрессовой и кризисной устойчивости; развитие реалистичности и плюралистичности жизненных целей и задач; помощь в выборе и реализации личных планов; обеспечение эффективного принятия важных решений; помощь в обучении новому поведению.

*Этапы психологического консультирования включают:* установление психологического контакта; предоставление возможности выговориться; предоставление эмоциональной поддержки и информации о позитивных аспектах его проблемной ситуации; совместное переформулирование проблемы; обсуждение организационных аспектов; выявление и коррекцию нереальных ожиданий; формирование альтернатив решения

проблемы; выбор оптимального с точки зрения пациента решения; закрепление мотивации и планирование реализации выбранного решения;

***Особенности психообразовательной и консультативной работы с родственниками.***

Консультативная модель психологической помощи предполагает работу с семьями и членами семей, которые не только объективно, но и субъективно испытывают трудности в семейном общении и семейном воспитании.

***Психологические методы воздействия эффективны только для семей, добровольно обратившихся к психологу, мотивированных на принятие психологической помощи.***

Семейное консультирование *целесообразно проводить*, когда:

- заявлена проблема взаимоотношений между супругами, между детьми, существует конфликт между поколениями;
- проблемным является поведение одного из членов семьи, и на остальных родственников это оказывает сильное воздействие (например: агрессивное поведение; алкоголизм, наркомания, девиантное поведение подростка и многое другое);
- индивидуальное консультирование с одним из членов семьи было недостаточно эффективным.

Нецелесообразно проводить семейное консультирование когда:

- члены семьи хотят и пытаются решить свои проблемы самостоятельно без вмешательств кого-либо;
- причиной семейного неблагополучия являются в первую очередь конфликтные отношения с обществом, а не дисфункциональные отношения или психологические особенности членов семьи. В этом случае семейное консультирование как моноинтервенция малоэффективно;
- семья характеризуется асоциальным поведением. В случае злоупотребления алкоголем, жестокого обращения с детьми и др. необходимо привлечение всех специалистов, при необходимости – представителей других ведомств;
- семейная система неустойчива и психологическое вмешательство может быть слишком интенсивным и не безопасным.

Задачами семейного консультирования является устранение или превенция индивидуальных или социально-психологических факторов, которые могут привести:

- к семейной дисфункции;
- распаду семьи;
- снижению качества родительских практик;
- нарушениям в поведении и развитии детей;
- появлению девиантных форм поведения (зависимости от алкоголя, психоактивных веществ, гетеро- и аутоагрессивному поведению).



В большинстве случаев консультант оценивает функционирование семейной системы на основании *клинико-психологического интервью*.

Иногда в семейном консультировании применяются специфические методы диагностики. *Структурированное семейное интервью* проводят для оценки взаимоотношений в семье, в диадах, триадах и т.д. Наблюдение осуществляется с целью определения семейных коммуникаций, способа решения проблем, стратегий поведения в конфликтных ситуациях и пр.

В рамках консультирования семьи возможно использовать: методы как активного, так и пассивного слушания; семейного диалога; организованного конструктивного спора, направленного на обучение навыкам научение правильно формулировать свои мысли и выражать чувства; моделирования ожидаемого будущего.

### ***Консультирование при утрате***

Этапы психологической помощи лицам, переживающим потерю близких, соответствуют трем этапам кризисного консультирования: принятие реакции на кризисную ситуацию, переживание чувств, обретение смысла.

В работе с лицами, потерявшими близких, консультантом последовательно решаются следующие задачи: описание ситуации утраты; принятие противоречивой реакции на потерю; вербализация эмоционального состояния человека; понимание значимости потери; ожидание и поддержка активности.

Последовательность этих задач связана с естественной логикой переживания потери.

Помощь в понимании значимости потери проходит через три этапа: описание человека, его характера, внешности, привычек; значение этого человека в прошлом, настоящем и будущем клиента; подведение итогов – осознание значимости потери.

Эта цель достигается с помощью вопросов, направленных на описание человека и его значение, а также с помощью обратной связи (вербализации консультантом своего понимания значимости потери).

Важным является понимание и признание двух ключевых моментов при «работе с горем»:

- большая часть этой работы совершается в естественных взаимоотношениях с окружающими;
- обязательным является эффективное завершения отношений поддержки.

Инструменты для скрининга психических расстройств  
и расстройств поведения у лиц, переживших тяжелый стресс

Самоопросник	Объем	Описание
Опросник на скрининг ПТСР (Trauma Screening Questionnaire, TSQ)	10 вопро- сов	Скрининг ПТСР, определение тя- жести клинических проявлений ти- пичных для ПТСР симптомов
Госпитальная шкала тревоги и де- прессии (Hospital Anxiety and De- pression Scale, HADS)	14 вопро- сов	Скрининг и оценка тяжести симп- томов депрессии и тревоги в усло- виях общей медицинской практики
Шкала серьезности суицидальных намерений (Columbia Suicide Se- verity Rating Scale, C-SSRS)	6 вопросов	Скрининговая диагностика суици- дального риска

Инструменты для диагностики  
психических расстройств и расстройств поведения

Опросник	Объем	Описание
Миссисипская шкала посттравматического стрессового расстройства (Mississippi Scale)	35 вопросов в «военном» варианте, 39 – в «гражданском»	Выявление симптомов ПТСР
Шкала для клинической диагностики ПТСР (Clinical-administered PTSD Scale - CAPS)	17 пунктов	Диагностика тяжести ПТСР
Опросник травматического стресса для диагностики психологических последствий	110 вопросов	Диагностика постстрессовых расстройств, характерных для представителей "опасных профессий"
Опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R	90 вопросов	Оценка выраженности психопатологической симптоматики

**Деятельность медицинских психологов, участвующих в оказании психолого-психотерапевтической помощи лицам, пережившим тяжелый стресс, и членам их семей**

*Информационное письмо*

<i>Заведующая редакцией</i>	<i>Н.Б. Гончарова</i>
<i>Редактор</i>	<i>М.М. Абрамова</i>
<i>Компьютерная верстка</i>	<i>М.М. Абрамова</i>

Формат 60x84/16. Гарнитура Century Schoolbook.  
Федеральное государственное бюджетное учреждение  
“Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии  
и наркологии имени В.П. Сербского” Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
119034 ГСП-1, Москва, Кропоткинский пер., 23.