



Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова



РОССИЙСКОЕ
ОБЩЕСТВО
ПСИХИАТРОВ

Психические расстройства, непосредственно связанные со стрессом

Иван Андреевич Мартынихин

Врач-психиатр, к.м.н.

Доцент кафедры психиатрии и наркологии 1 СПбГМУ им. И.П. Павлова

Член Исполкома, редактор веб-сайта Российского общества психиатров

16.10.2018

План

1. Переживание «стресса». Общие вопросы

- a) МКБ-11: Расстройства, непосредственно связанные со стрессом
- b) Понятие «стресса»
- c) Био-психо-социальная уязвимость
- d) Причины и факторы риска, критерии Ясперса
- e) Стадии переживания горя
- f) Концепция «Recovery»

2. Психические расстройства, непосредственно связанные со стрессом

- a) Острая реакция на стресс
- b) [Диссоциативные р-ва — «истерические психозы»]
- c) Расстройство адаптации
- d) Пролонгированная реакция горя
- e) Посттравматическое стрессовое расстройство
- f) Комплексное ПТСР / развитие личности


3. Лечение расстройств, связанных со стрессом

- a) Психофармакотерапия
- b) Психотерапия
- c) Социальная помощь

1. Переживание «стресса»: общие вопросы

ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (2018)

Search

 [Advanced Search]

▼ 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders

- ▶ Neurodevelopmental disorders
- ▶ Schizophrenia or other primary psychotic disorders
- ▶ Catatonia
- ▶ Mood disorders
- ▶ Anxiety or fear-related disorders
- ▶ Obsessive-compulsive or related disorders

▼ Disorders specifically associated with stress

- 6B40 Post traumatic stress disorder
- 6B41 Complex post traumatic stress disorder
- 6B42 Prolonged grief disorder
- 6B43 Adjustment disorder
- 6B44 Reactive attachment disorder
- 6B45 Disinhibited social engagement disorder
- 6B4Y Other specified disorders specifically associated with stress
- 6B4Z Disorders specifically associated with stress, unspecified

Новый раздел
в МКБ-11 (2018):

**«Расстройство,
непосредственно
связанные со стрессом»**

В МКБ-10 (1990) рубрика

*F43. «Реакция на тяжелый стресс и нарушения
адаптации» в разделе Невротических...р-т в*

Что такое «Стресс»?

«Стресс есть неспецифический ответ организма на любое предъявление ему требования [...] Другими словами, кроме специфического эффекта, все воздействующие на нас агенты вызывают также и неспецифическую потребность осуществить приспособительные функции и тем самым восстановить нормальное состояние. [...] С точки зрения стрессовой реакции не имеет значения, приятна или неприятна ситуация, с которой мы столкнулись. Имеет значение лишь интенсивность потребности в перестройке или в адаптации.»

— Ганс Селье, «Стресс жизни»

- ⇒ *Корректнее было бы обозначать «Расстройства, непосредственно связанные с психической травмой» / «Реакция на психотравму»*
- ⇒ *В DSM-5 «Расстройства, связанные с травмой и стрессорами»*


«Стресс»

— физические и психологический ответ организма на события (стрессоры), которые нарушают нормальное функционирование организма (гомеостаз).

Все люди подвержены стрессу, это часть нашей жизни

- **Психологические стрессоры:**

- Повседневные трудности
 - Пробки, очереди, неприятности на работе, конфликты с близкими и пр.
- Изменения жизни
 - Смерть близких, развод, потеря работы и пр.
- Катастрофические события
 - Природные катастрофы, землетрясения, война, насилие, аварии, угроза жизни и пр.



«Травматические события»

Holmes and Rahe Stress Scale (1967)

Чем больше баллов (единиц жизненных изменений)
за последний год, тем выше шанс заболеть любой болезнью

Смерть супруга (ребенка)	100	Сын или дочь покидают дом	29
Развод	73	Проблемы с родственниками мужа (жены)	29
Разъезд супругов (без оформления развода)	65	Выдающееся личное достижение	28
Тюремное заключение	63	Супруг бросает работу (или приступает к работе)	26
Смерть близкого члена семьи	63	Начало или окончание обучения в учебном заведении	26
Травма или болезнь	53	Изменение условий жизни	25
Женитьба, свадьба	50	Отказ от каких-то индивидуальных привычек	24
Увольнение с работы	47	Проблемы с начальством	23
Примирение супругов	45	Изменение условий или часов работы	20
Уход на пенсию	45	Перемена места жительства	20
Серьезное изменение здоровья члена семьи	44	Смена места обучения	20
Беременность (партнерши)	40	Изменение привычек, связанных с досугом или отпуском	19
Сексуальные проблемы	39	Изменение привычек, связанных с вероисповеданием	19
Появление нового члена семьи, рождение ребенка	39	Изменение социальной активности	18
Реорганизация на работе	39	Ссуда или заем для покупки крупных вещей (машины)	17
Серьезное изменение финансового положения	38	Нарушение сна и связанных с ним привычек	16
Смерть близкого друга	37	Изменение числа живущих вместе членов семьи	15
Серьезные изменения на работе	36	Изменение привычек, связанных с питанием (диета и т.п.)	15
Усиление конфликтности отношений с супругом	35	Отпуск	13
Ссуда или заем на крупную покупку (например, дома)	31	Рождество, встреча Нового года, день рождения	12
Окончание срока выплаты ссуды или займа	30	Незначительное нарушение правопорядка	11
Изменение должности, карьерный рост	29		

«Психогенные» факторы в развитии психических расстройств

Уязвимость:

Биологическая
Психологическая
Социальная

больше ->

Стрессогенные
(психо-
травмирующие)
события

<- больше



Психическое расстройство

Субъективное
значение
стрессогенных
факторов

Но чем более
значимо
стрессогенное
событие,
тем меньше вклад
уязвимости

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ДЕПРЕССИЙ

Вопрос: Наиболее частой причиной депрессии являются ...

1. Эндогенные факторы (наследственность)
2. Экзогенные (внешние по отношению к мозгу) факторы (напр., интоксикации, сосудистые заболевания головного мозга, гормональные нарушения и пр.)
3. Психогенные факторы (неприятные жизненные события)

Современные представления об этиологии депрессии

- Концепция уязвимости («стресс-диатеза»)
- Уязвимость:
 - Биологическая (наследственность, нейробиология)
 - Психологическая (особенности личности, психологической защиты, стратегий совладания)
 - Социальная (наличие поддержки)
- «Стрессоры»: неблагоприятные жизненные события

Соотношение вклада уязвимости и неблагоприятных жизненных событий в каждом конкретном случае может быть различным

Стрессогенные факторы м.б.:

Факторами риска или
провоцирующими факторами
в генезе большинства
психических расстройств (в т.ч.
депрессии, тревожных р-тов,
шизофрении и пр.)

Обязательным диагностическим
критерием (причиной)
для расстройств,
непосредственно связанных
со стрессом

«Для каждого из расстройств этой группы идентифицируемый **стресс является необходимым**, хотя и недостаточным, причинным фактором. Не у всех людей, подвергшихся воздействию определенного стрессора, возникнет расстройство, **однако расстройства этой группы не возникли бы без стресса**. Стрессовые события для некоторых расстройств этой группы находятся в пределах нормального жизненного опыта (например, развод, социально-экономические проблемы, утрата). Другие расстройства требуют наличие стресса чрезвычайно угрожающего или ужасающего характера.» **МКБ-11**

Причины и факторы риска

Причина болезни:

- *«Достаточная» или «полная»* (причина, которой достаточно для развития болезни) [Н., трисомия по 21 хромосоме при болезни Дауна]
- *«Обязательная» или «необходимая»* (причина, которая обязательно присутствует в каждом случае болезни) [Н., вирус гриппа: обязателен для развития гриппа, но не всегда контакт с ним приводит к болезни]

Фактор риска — *«какое-либо свойство или особенность человека или какое-либо воздействие на него, повышающие вероятность развития болезни или травмы»* (ВОЗ). Признак, статистически связанный с возникновением болезни. Он может вносить свой вклад в патогенез или лишь косвенно отражать значение других факторов (напр., корреляция низкого уровня образования матери и риска низкой массы тела ребенка при рождении, скорее обусловлена нездоровым образом жизни, чем влиянием учебы на вес будущего ребенка)

Критерии психогенного расстройства («критерии К. Ясперса»)

1. Начало расстройства совпадает по времени с действием психотравмы
2. В переживаниях отражается содержание психотравмирующего события
3. Редукция симптоматики после окончания действия психотравмы

Переживание психотравмирующих событий

5 стадий переживания горя Элизабет Кюблер-Росс (1967):



СТАДИИ ГОРЯ



«Механизмы психологической защиты» (психоанализ)

Неосознаваемые психические процессы, направленные на минимизацию отрицательных переживаний.

Примеры:

- Диссоциация — отделение себя от своих неприятных переживаний
- Отрицание — полный отказ от осознания неприятной информации
- Расщепление Эго — представление о ком-либо как о только хорошем или только плохом, с восприятием присущих ему качеств, не вписывающихся в такую оценку, как чего-то совершенно отдельного
- Соматизация или конверсия — тенденция переживать соматический дистресс в ответ на психологический стресс и искать в связи с такими соматическими проблемами медицинской помощи
- Вытеснение, Подавление — активное, мотивированное устранение чего-либо из сознания
- Вымещение, Замещение — бессознательная переориентация импульса или чувства с первоначального объекта на другой
- Игнорирование или Избегание — контроль и ограничение информации об источнике пугающего психологического воздействия либо искажённое восприятие подобного воздействия, его наличия или характера
- Морализация — поиск способа убедить себя в моральной необходимости происходящего
- Отыгрывание — снятие эмоционального напряжения за счет проигрывания ситуаций, приведших к негативному эмоциональному переживанию
- Поворот против себя или Аутоагрессия — перенаправление негативного аффекта по отношению к внешнему объекту на самого себя
- И т.д.

Как сообщить пациенту истинный прогноз его заболевания?



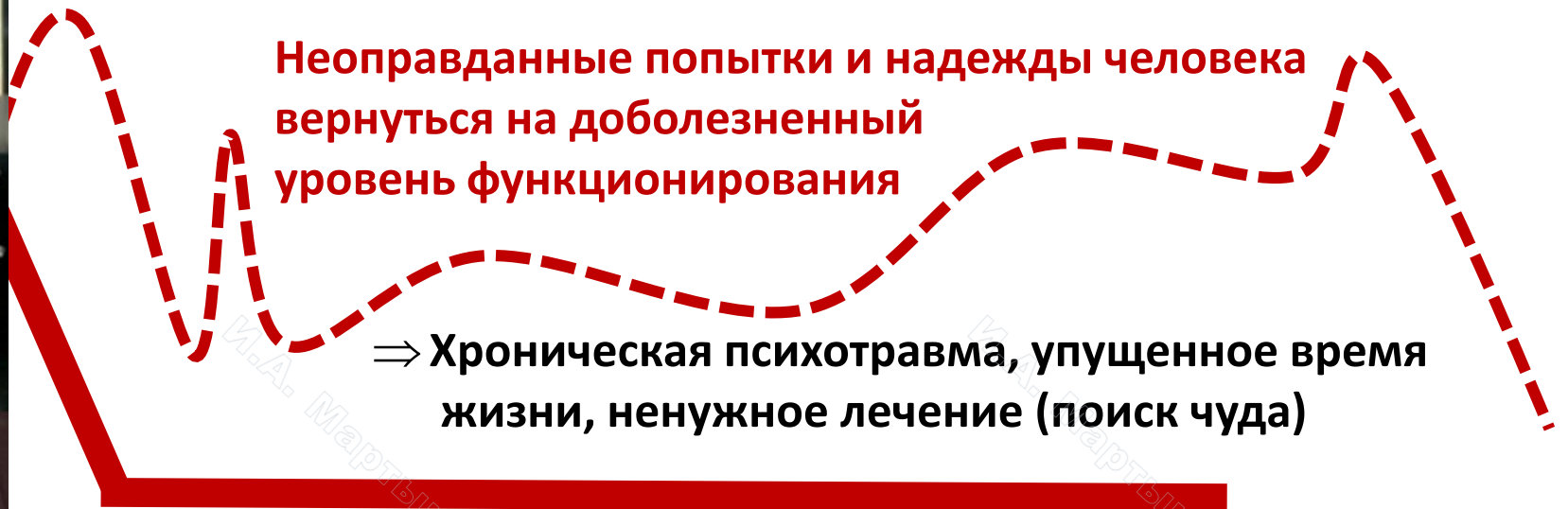
Как сообщить пациенту истинный прогноз его заболевания?



ЕВГЕНИЯ ВОСКОБОЙНИКОВА
АНАСТАСИЯ ЧУКОВСКАЯ

**/// НА МОЕМ
МЕСТЕ**
ИСТОРИЯ
ОДНОГО ПЕРЕЛОМА

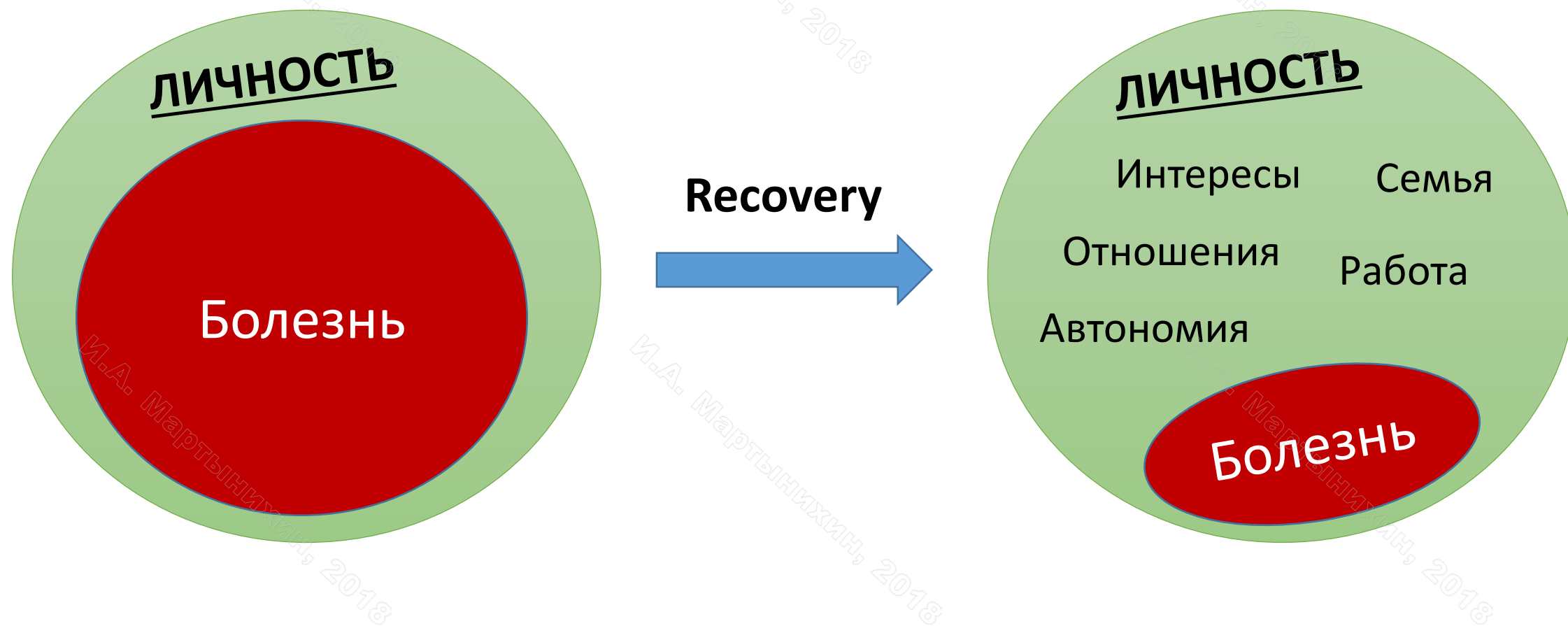
Уровень жизненных притязаний до болезни



Реальный уровень возможностей, ограниченный болезнью

Recovery

(личностно-социальное
восстановление)



Распределение жизненных усилий для гармоничного развития и устойчивости к стрессорам



Позитивная психотерапия
Н. Пезешкиан

2. Расстройства, непосредственно связанные со стрессом

Частные разделы

Расстройства, непосредственно связанные со стрессом:

1. Острая реакция на стресс [Аффекты, аффективно-шоковые р-ции]
2. [Диссоциативные р-ва — «истерические психозы»]
3. Расстройство адаптации
4. Пролонгированная реакция горя
5. Посттравматическое стрессовое расстройство
6. Комплексное ПТСР / развитие личности



1. Острая реакция на стресс (F43.0 МКБ-10) (аффективно-шоковые реакции)

- Транзиторное **расстройство** значительной тяжести, которое развивается ... в ответ на исключительный физический и психологический стресс и которое обычно проходит в течение часов или дней.
- Стрессом может быть сильное травматическое переживание, включая угрозу безопасности или физической целостности индивидуума или его близкого, природная катастрофа, несчастный случай, война, изнасилование) или необычно резкое и угрожающее изменение в социальном положении и/или окружении больного, например, потеря многих близких или пожар
- Симптомы обнаруживают типичную смешанную и меняющуюся картину и включают начальное состояние "оглушенности" с некоторым сужением поля сознания и снижением внимания, неспособность адекватно реагировать на внешние стимулы и дезориентировку.
- Это состояние может сопровождаться или дальнейшим уходом от окружающей ситуации (ступор), или ажитацией и гиперактивностью (реакция бегства или фуга).
- Может присутствовать частичная или полная амнезия эпизода
- Обычно симптомы развиваются в течение минут после воздействия стрессового раздражителя или события и исчезают в течение двух-трех дней (часто часов)



Уолтер Кеннон

- Реакция «бей или беги» (1915)
- В дальнейшем: «бей, беги или замри»

Эрнст Кречмер

- «Об истерии» (1923)
- Истерические реакции:
 - «Двигательная буря» («перепроизводство бессмысленных движений»)
 - «Рефлекс мнимой смерти»



Системы принятия решений



Д. Канеман

Нобелевская премия по экономике 2002 года

	Восприятие	«Интуиция»	Рассуждения
ПРОЦЕСС	Быстрый Параллельный Автоматический, без усилий Ассоциативный Медленно обучается		Медленный Последовательный Контролируемый сознанием Требующий усилий Подчиняющийся цели Гибкий
СОДЕРЖАНИЕ	Объект восприятия Текущий стимул Порог чувствительности	Концептуальные репрезентации Прошое, Настоящее и Будущее Могут быть вызваны речью	

Аффекты в общей психопатологии

— предельно выраженные эмоциональные реакции, возникающие при столкновении с экстремальными ситуациями, способны тормозить другие психические процессы (н., рациональное мышление), навязывая закрепленный эволюцией способ «аварийного» преодоления ситуации:

- **«Бей»** — агрессивное поведение, направленное на устранение угрозы. Следует различать **физиологический аффект** («состояние сильного душевного волнения», по сути — аффективно-суженное состояние сознания) и **патологический аффект** (сумеречное помрачение сознания)
- **«Беги»** — психомоторное возбуждение, «двигательная буря»; нецеленаправленные, плохо осмысляемые действия, которые потенциально могли бы помочь «вырваться» из ситуации, но зачастую, напротив, несут дополнительную опасность
- **«Замри»** — двигательный ступор (обездвиженность), «мнимая смерть»; эмоции «парализуют» деятельность, необходимую чтобы избежать грозящую опасность

Что «лучше» при обучении врачей Механическое или Логическое запоминание???

- **Логическое** — позволяет запомнить большое количество материала и использовать его в сложных, нестандартных ситуациях
- **Механическое** — позволяет прочно (при должном навыке и усилиях) усвоить материал, который легко воспроизвести в ситуациях, требующих быстрого решения *(особенно в стрессовых, когда способность к логическому мышлению «сужается» из-за эмоций)*
- Механическое запоминание базовых понятий должно быть базой для логического запоминания
- Для неотложных ситуаций: + четкие и наглядные инструкции, расположение на видном месте, чек-листы, **регулярные тренировки**

2. Диссоциативные расстройства (F44 в МКБ-10)

- Прежнее название — **истерия (истерический невроз / истерические психозы)**
- «Частичная или полная потеря нормальной интеграции между памятью на прошлое, осознанием идентичности и непосредственных ощущений, с одной стороны, и контроля движений тела, с другой
 - а) наличие клинических признаков, изложенных для отдельных расстройств в F44.-;
 - б) отсутствие какого-либо физического или неврологического нарушения, с которым могли бы быть связаны выявленные симптомы;
 - в) наличие **психогенной обусловленности в форме четкой связи по времени со стрессовыми событиями** или проблемами, или нарушенными взаимоотношениями (даже если она отрицается больным)»

Диссоциативные расстройства

- Амнезия (автобиографическая амнезия)
- Фуга
- Ступор
- Транс и одержимость
- Расстройства движений (паралич, афония, астазия-абазия и пр.)
- Судороги
- Другие:
 - с-м Ганзера
 - с-м множественной личности

3. Расстройство адаптации

- Из публикации рабочей группы по пересмотру МКБ-10:

«Расстройство адаптации [F43.2 в МКБ-10] была плохо описанной рубрикой, в которой клиническими проявлениями могут быть разнообразные симптомы при относительном отсутствии разграничительных признаков.

Данный диагноз **в основном используется в качестве остаточной категории** для пациентов, которые не отвечают диагностическим критериям депрессивных или тревожных расстройств, или в качестве временного диагноза, когда не ясно, возникнет или нет у пациента посттравматическое расстройство или расстройство настроения» [Maercker A., 2013]

Расстройство адаптации в МКБ-11

- Реакция недостаточной адаптации на стрессовое событие, на продолжающиеся психосоциальные трудности или на комбинацию стрессовых жизненных ситуаций, которая, как правило, **возникает в течение месяца после воздействия стрессора и имеет тенденцию к разрешению в течение 6 месяцев**, если стрессовый фактор не сохраняется на более длительный срок.
- Реакция на стрессор характеризуется симптомами озабоченности проблемой, такими как **чрезмерное беспокойство, рецидивирующие и мучительные мысли о стрессоре или постоянное размышление о его последствиях**
- **Присутствует неспособность адаптироваться, т.е. симптомы мешают повседневному функционированию**, возникают трудности с концентрацией внимания или нарушения сна, приводящие к нарушению работоспособности
- Симптомы также могут быть связаны с потерей интереса к работе, общественной жизни, заботе о других, проведению досуга, приводящему к нарушению в социальном или профессиональном функционировании (ограничение круга общения, конфликты в семье, прогулы на работе и т.д.).
- Если критерии диагностики подходят для другого расстройства, то это расстройство следует диагностировать вместо расстройства адаптации.

4. Пролонгированная реакция горя

- *Новая категория в МКБ-11*
- Расстройство, при котором после смерти близкого человека сохраняются **стойкая и всеохватывающая грусть и тоска по умершему или постоянная погруженность в мысли о покойном**
- Данные переживания:
 - продолжаются аномально длительный период по сравнению с ожидаемой социальной и культурной нормой (например, по крайней мере 6 месяцев или больше в зависимости от культурных и контекстуальных факторов)
 - достаточно сильно выражены, чтобы вызвать значительное ухудшение в функционировании человека
 - *Переживания могут включать:* трудности принятия смерти, ощущение потери части самого себя, злобу в отношении потери, чувство вины или трудности с вовлечением в социальные и другие виды деятельности

Почему в DSM-5 и МКБ-11 ввели новую рубрику «Пролонгированная реакция горя»?

- Рабочая группа по пересмотру данного раздела МКБ-11 отмечает [Maercker A., 2013]:
 - Наличие в популяции лиц, удовлетворяющим критериям данного расстройства было подтверждено в широком диапазоне культур, в том числе незападных, а также у людей различных возрастов
 - Факторный анализ неоднократно демонстрировал, что центральный компонент пролонгированной реакции горя (тоска по умершему) независим от неспецифических симптомов тревоги и депрессии
 - Лица с данным расстройством имеют серьезные психосоциальные проблемы и проблемы со здоровьем, включая другие проблемы психического здоровья, такие как суицидальное поведение, злоупотребление психоактивными веществами, саморазрушающее поведение или соматические расстройства, такие как высокое артериальное давление и повышенная частота сердечно-сосудистых заболеваний
 - Существуют особые мозговые дисфункции и когнитивные паттерны, связанные с пролонгированной реакцией горя
 - Пролонгированная реакция горя плохо отвечает на терапию антидепрессантами, лучше на психотерапию. Депрессивные синдромы, связанные с утратой, — отвечают на терапию антидепрессантами хорошо

5. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) в МКБ-11:

Расстройство, которое развивается **после воздействия экстремального угрожающего или ужасающего события или серии событий**, и характеризуется:

- 1) повторным переживанием** травматического события(ий) в настоящем времени в виде ярких навязчивых воспоминаний, сопровождающихся страхом или ужасом, флешбэками или ночными кошмарами;
- 2) избеганием мыслей и воспоминаний о событии(ях)**, или избеганием деятельности или ситуаций, напоминающих событие(я);
- 3) состоянием субъективного ощущения сохраняющейся угрозы** в виде гипернастороженности или усиленных реакций испуга

Симптомы должны длиться не менее нескольких недель и вызвать значительное ухудшение функционирования

- Флешбэки — яркие непроизвольные воспоминания, в которых повторное переживание травмировавшего события в настоящем может варьировать от мимолетного ощущения до полного разъединения с текущим окружением
- Дерезализация
- Деперсонализация
- Диссоциативные симптомы

Критерии ПТСР в DSM-5:

А. Столкновение со смертью или угрожающей жизни ситуацией, подверженность серьезной травме или сексуальному насилию в одном (или нескольких) вариантах:

1. Непосредственное переживание травматического события
2. Непосредственное (зрительное) свидетельство травмы, которую переживают другие
3. Получение информации о том, что травматическое событие произошло с близким родственником или близким другом. В случае фактической или угрожающей смерти члена семьи или друга, события должны были быть насильственными или случайными.
4. Переживание повторного или экстремального воздействия аверсивных (отталкивающих) деталей травматического события(ий) (например, участие в спасательной операции, собирающей человеческие останки, работа в полиции с повторным столкновением с подробностями жестокого обращения с детьми и пр.).

Примечание. Критерий А4 не распространяется на экспозицию через электронные носители, телевидение, фильмы или изображения, если это воздействие не связано с работой

Критерии ПТСР в DSM-5:

В. Наличие одного (или более) следующих симптомов повторного переживания (intrusion), связанных с травматическим событием(ями):

1. Периодические, **непроизвольные и навязчивые тревожные воспоминания** о травматическом событии (событиях).
Примечание. У детей старше 6 лет может возникать повторяющаяся игра с темой или аспектами выраженного травматического события.
2. Повторяющиеся **страшные сны**, в которых содержание и / или влияние сна связаны с травматическим событием (событиями).
Примечание. У детей могут быть пугающие сны без узнаваемого контента.
3. Диссоциативные реакции (например, **флешбеки**), в которых индивид чувствует или действует так, как будто травматическое событие повторяется. (Такие реакции могут представлять собой спектр, причем самым крайним выражением является полная потеря осознания реальности).
Примечание. У детей в игре может произойти повторное воспроизведение, связанное с травмой.
4. Интенсивный или продолжительный **психологический дистресс** при столкновении с внутренними или внешними сигналами, которые символизируют или напоминают травматическое событие

Критерии ПТСР в DSM-5:

С. Постоянное избегание стимулов, ассоциированных с травматическим событием (событиями), начинающееся с произошедшего травматического события, о чем свидетельствует одно из следующего:

1. Избегание или попытки избежать тревожных воспоминаний, мыслей или чувств, тесно связанных с травматическим событием (событиями)
2. Избегание или попытки избежать внешних напоминаний (людей, мест, разговоров, деятельность, объекты, ситуации), которые вызывают тревожные воспоминания, мысли или чувства о травматическом событии

Критерии ПТСР в DSM-5:

D. Негативные изменения когний и настроения, связанные с травматическим событием (событиями) начавшиеся или ухудшившиеся после травматического события, о чем свидетельствуют два (или более) признака:

1. Неспособность припомнить важные аспекты травматического события (как правило, из-за диссоциативной амнезии, а не других факторов, таких как травма головы, алкоголь или наркотики).
2. Стойкие и преувеличенные негативные убеждения в отношении себя, других или мира (например, «Я плохой», «Никому нельзя доверять», «Жизнь очень опасна», «Вся моя нервная система постоянно разрушена»).
3. Стойкие искаженные суждения о причине или последствиях травматического события, которые заставляют человека обвинять себя или других.
4. Постоянное негативное эмоциональное состояние (например, страх, ужас, гнев, чувство вины или стыд).
5. Значительное уменьшение интереса к участию в общественных мероприятиях.
6. Чувства отстранения или отчуждения от других.
7. Стойкая неспособность испытать положительные эмоции (например, неспособность испытать счастье, удовлетворение или любящие чувства).

Критерии ПТСР в DSM-5:

Е. Отмеченные изменения в состоянии активации нервной системы и реактивности, связанные с травматическим событием (событиями), начинаются или ухудшаются после того, как произошло травматическое событие (события), о чем свидетельствуют два (или более) признака:

1. Раздражительность и вспышки гнева (с незначительной провокацией или без неё) обычно выражаются как словесная или физическая агрессия по отношению к людям или объектам
2. Безрассудное или аутоагрессивное поведение
3. Сверхнастороженность
4. Чрезмерные реакции испуга
5. Проблемы с концентрацией внимания
6. Нарушение сна (например, затруднение засыпания или беспокойный сон)

Критерии ПТСР в DSM-5:

- F. Указанные нарушения (B, C, D, E) наблюдаются более 1 месяца**
- G. Нарушения приводят к значимому дистрессу и нарушению социального и профессионального функционирования**
- H. Нарушения нельзя объяснить эффектами приема ПАВ или другими заболеваниями**

ПТСР

Перекрытие клинической картины

- Депрессия
- Тревожные расстройства
- Обсессивно-компульсивное расстройство
- Зависимости от ПАВ
- ЧМТ
- Соматоформные расстройства

Последствия ПТСР:

- Другие психические расстройства (депрессия, тревожные р-ва и пр.)
- Зависимость от ПАВ (!)
- Безработица, бедность
- Насилие
- Трудности близких взаимоотношений
- Проблемы с соматическим здоровьем
- Хуже качество жизни
- Самоубийства
- ***Редко обращаются за помощью!***

VETS MAKE UP

7 PERCENT

OF THE AMERICAN POPULATION.



BUT THEY ACCOUNT FOR

20 PERCENT

OF ITS SUICIDES.



SOURCES: DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS,
CENTER FOR NEW AMERICAN SECURITY

Mother Jones

Распространенность ПТСР

- Годичная заболеваемость в США — 3,5%
- Риск в течение жизни в США — 8,7%
- В других странах регистрируется реже (*диагностика? количество стрессоров? чувствительность к стрессорам?*)
- У детей и стариков реже, чем у взрослых

(DSM-5, 2013)

- Мужчины чаще сталкиваются с тяжелыми стрессорами, но женщины чаще страдают ПТСР (*чувствительность?*), соотношение 2 : 1
- Для мужчин более характерна экстернализация переживаний (злоба, импульсивность, употребление ПАВ), для женщин — интернализация (повторные переживания, негативные мысли о себе и мире, гипернастороженность)
- ПТСР у женщин более тяжелое и хроническое

(Tolin D., 2008)

- После травматического события ПТСР развивается у 20% женщин и 8% мужчин

(Kessler et al., 1995)

Риск развития ПТСР

- Фактор стрессора (травмы): войны, ЧС, катастрофы, аварии, нападения, изнасилования и пр.
 - Степень угрозы жизни
 - Ощущение беспомощности
 - Непредсказуемость, неконтролируемость
- Фактор предрасположенности:
 - Женский пол
 - Недостаток социальной поддержки
 - Бедность
 - Низкое образование
 - Неблагополучное детство (в т.ч. злоупотребление и насилие)
 - Предшествующие психические расстройства

Течение ПТСР

- Обычно развивается в течение 3 месяцев после травмы, но м.б. отсроченная манифестация
- У половины в течение 3-х месяцев симптоматика разрешается, но часть лиц с ПТСР продолжает испытывать симптомы годами или десятилетиями
- Ухудшение симптоматики в ответ на новые жизненные стрессоры (в т.ч. повседневные), как напоминающие причину ПТСР, так и нет. У пожилых ухудшение м.б. вследствие когнитивного снижения, социальной изоляции

(DSM-5, 2013)

6. Комплексное ПТСР

Новая категория в МКБ-11

Описывает профиль симптомов, который может возникнуть после воздействия единственного травматического стрессора, но чаще возникает вслед за **тяжелым пролонгированным стрессом или множественными или повторяющимися нежелательными событиями, избежать воздействия которых не представляется возможным** (например, воздействие геноцида, сексуальное насилие над детьми, нахождение детей на войне, жестокое бытовое насилие, пытки или рабство).

Диагноз включает:

- три стержневых признака ПТСР (повторные переживания, избегание, гипернастороженность)
- в дополнение к ним: **нарушения в аффективной сфере, сфере представлений о самом себе и в межличностных взаимоотношениях**
Эти дополнительные домены отражают наличие индуцированных стрессом нарушений, которые по своей природе являются стойкими, длительными и сквозными, и которые при своем появлении не обязательно напрямую соотносятся со связанными с травмой стимулами.

Данный диагноз заменяет перекрывающуюся с ней категорию МКБ-10 «Стойкое изменение личности после переживания катастрофы» [сродни «Патологическое развитие личности»]

Дополнительные нарушения при комплексном ПТСР

- **Аффективная сфера:** трудности с регуляцией эмоций, повышенная эмоциональная реактивность или эмоциональная опустошенность, диссоциативные состояния
- **Поведенческие нарушения:** вспышки ярости, безрассудное или саморазрушающее поведение
- **Представления о самом себе:** стойкие негативные представления о себе, как об униженном, побежденном и ничего не стоящем человеке. Могут сопровождаться глубокими и всеохватывающими чувствами стыда, вины или несостоятельности, связанными, например, с невозможностью преодолеть негативные обстоятельства или невозможностью предотвратить страдания других
- **Социальное функционирование:** трудности в чувстве близости с другими, последовательное избегание, насмешки или малая заинтересованность в личных взаимоотношениях и социальной вовлеченности в целом. В других случаях, человек время от времени может иметь близкие или насыщенные взаимоотношения, но испытывает трудности в их поддержании

3.Терапия расстройств, непосредственно связанных со стрессом

Лечение расстройств, непосредственно связанных со стрессом:

- Био-психо-социальный подход:
 - **Био-:** антидепрессанты, анксиолитики и др.
 - **Психо-:** психотерапия, психологическая помощь
 - **Социо-:** социальная помощь, поддержка

Дилеммы медикаментозной терапии тревоги

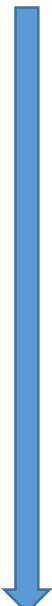
- Купирование симптомов «здесь и сейчас» (пока препарат в крови) или лечение расстройства (становление ремиссии)
- Эффективность или безопасность?

Медикаментозное лечение р-тв, связанных со стрессом — различается в зависимости от причин и клиники!

	Слабая	Выраженная
Кратковременна и связана с ситуацией	Нормальная ситуативная реакция	Патологическая ситуативная реакция (острая реакция на стресс)
Длительна (или рецидивирует)	Тревожность — как особенность характера	ПТСР , тревожные р-ва, депрессия

Медикаментозное лечение тревоги (1)

А. Для купирования тревоги «здесь и сейчас» (эффект есть, пока препарат в крови)

- 
- Увеличение силы эффекта
- **Препараты с неясным механизмом действия** (плацебо?) — тенотен, афобазол и пр.
 - **Ноотропы** с успокаивающим действием — фенибут, глицин
 - **Растительные препараты** (валериана, пустырник, зверобой и пр.) и препараты на их основе
 - **«Дневные» транквилизаторы** — гидроксизин, тофизопам
 - **Транквилизаторы** (классические бензодиазепины) — диазепам (сп. 3), алпразолам (сп. 3), феназепам и пр.
 - **Седативные антидепрессанты** — амитриптилин, тразодон и пр.
 - **Антипсихотики** (нейролептики) — для лечения тревоги, т.н. «малые» антипсихотики — тиоридазин, тиаприд, алимемазин; или «атипичные» антипсихотики — кветиапин и др.

Бензодиазепины

- «Поведенческая токсичность» — сонливость, нарушение внимания, памяти, повышенная утомляемость, слабость
- Миорелаксирующее действие => риск падений и травм (особенно у пожилых!!!), усиления дыхательной недостаточности, обструктивное сонное апноэ
- Риск формирования привыкания и зависимости (рекомендации ВОЗ: прием не более 2 недель)
 - Привыкание:
 - Рост необходимой дозы (толерантности)
 - Синдром отмены (обусловлен механизмом действия)
 - Зависимость:
 - Смена мотива потребления: не для лечения симптомов расстройства, а для удовольствия, стимулирующего действия и пр.
 - Некоторые лекарства имеют свойства психоактивных веществ (ПАВ), т.е. способны вызывать зависимость (в т.ч. бензодиазепины, барбитураты и др.)
 - Группариска: лица со сформированной зависимостью от других ПАВ

Медикаментозное лечение тревоги (2)

В. Для лечения тревожных и стрессовых расстройств — *длительный прием направлен на становление ремиссии*

- Антидепрессанты
 - СИОЗС: сертралин, эсциталопрам + *наилучшая переносимость*
 - СИОЗСН: венлафаксин, дулоксетин + *воздействие на нейропатическую боль*
- Антиконвульсанты:
 - Прегабалин (ПКУ!) + *лечит нейропатическую боль*

Транквилизаторы vs. Антидепрессанты



Позитивная и негативная аффективность

- **Позитивный аффект** — состояние приятной вовлеченности, высокой энергичности и полной концентрации (в противовес унынию и вялости). Система **поведенческого вовлечения** — приятные эмоции мотивируют целенаправленное поведение (в т.ч. социальное). **Дофамин и норадреналин**
Уменьшение позитивной аффективности — **утрата энергии и удовольствия**
- **Негативный аффект** — состояние субъективно переживаемого страдания, различное по характеру (**гнев, отвращение, презрение, вина, страх, раздражительность**) в противовес спокойствию и безмятежности
Система **поведенческой ингибиции** — торможение поведения, способного привести к нежелательным последствиям для субъекта. **Серотонин и норадреналин**

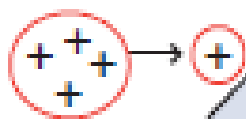
И.А. Мартынихин, 2018

И.А. Мартынихин, 2018

И.А. Мартынихин, 2018

Нормальное
настроение

Редукция
позитивного
аффекта



Усиление
негативного
аффекта



Депрессивное настроение
Утрата удовольствия и интереса
Утрата энергии и энтузиазма
Снижение внимания
Снижение уверенности в себе

Депрессивное настроение
Страх/тревога
Вина/отвращение
Враждебность/Раздражительность
Одиночество

+ Обсессии
Компульсии
Импульсивность
Аппетит
Сексуальность

Рекомендации WFSBP (Bandelow B. et al., 2012)

	Препарат	Паническое расстройство*	Генерализованное тревожное р-во*	Обсессивно-компульсивное р-во*	ПТСР*
СИОЗС (Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина)	сертралин	1 (50-150)	1 (50-150)	1 (50-200)	1 (50-100)
	циталопрам	1 (20-60)			
	эсциталопрам	1 (10-20)	1 (10-20)	1 (10-20)	
	флуоксетин	1 (20-40)		1 (20-60)	1 (20-40)
	флувоксамин	1 (100-300)		1 (100-300)	
	пароксетин	1 (20-60)	1 (20-60)	1 (20-60)	1 (20-40)
СИОЗСН	венлафаксин	1 (75-225)	1 (75-225)		1 (75-225)
ТЦА (Трициклические антидепрессанты)	амитриптилин				3 (75-200)
	кломипрамин	2 (75-250)		2 (75-300)	
	имипрамин	2 (75-250)			3 (75-200)
Бензодиазепиновые транквилизаторы	алпразолам **	2 (1,5-8)			
	клоназепам **	2 (1-4)			
	диазепам **	2 (5-20)	2 (5-20)		
<i>Другие группы</i>	прегабалин ***		1 (150-600)		
	рисперидон				3 (0,5-6)
	кветиапин		1 (50-300)		
	гидроксизин		2 (37,5-75)		

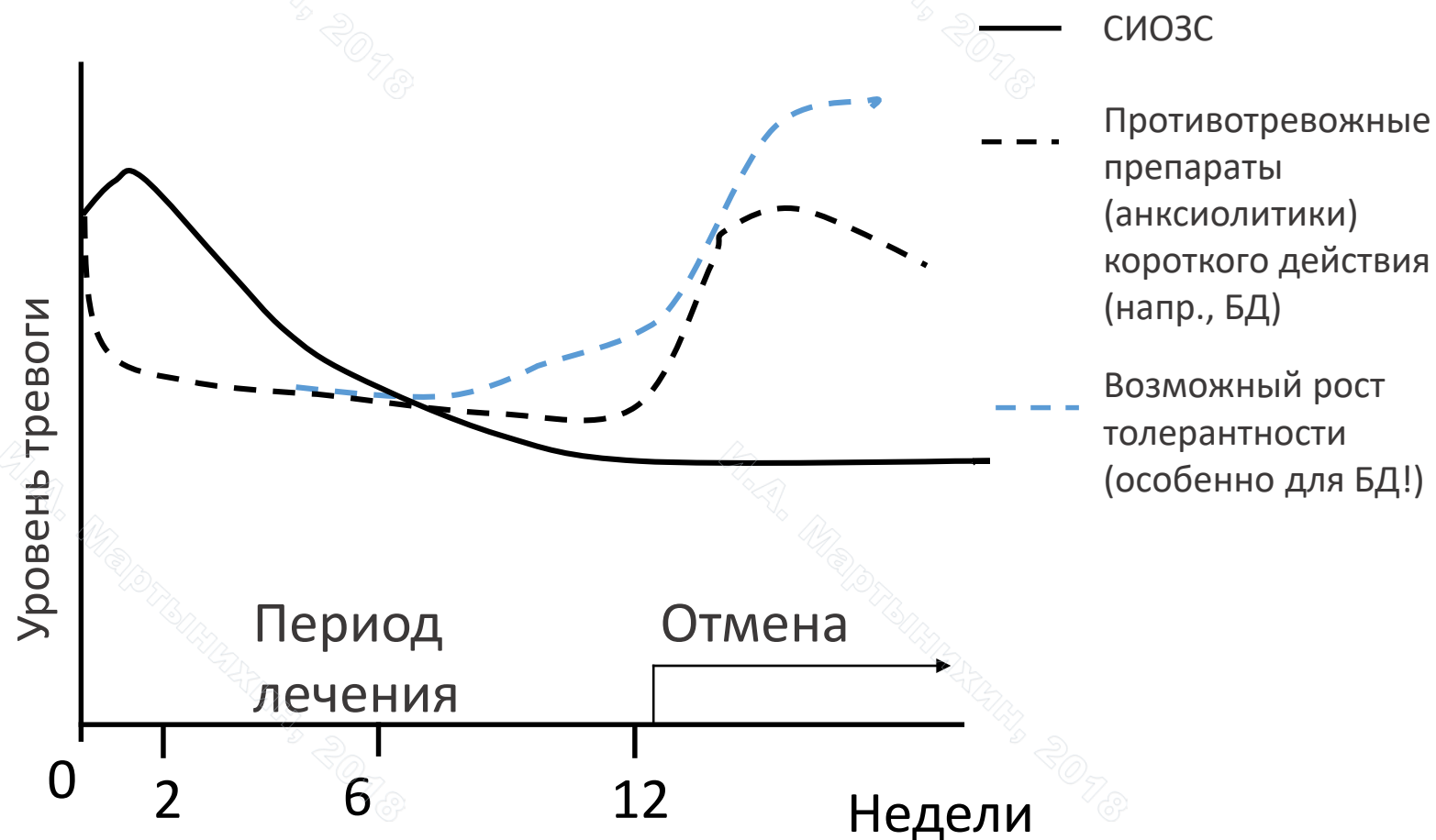
* Степень рекомендации (дозы):

1. Категория А доказательства и хорошее соотношение риска-пользы
2. Категория А доказательства и умеренное соотношение риска-пользы

** Список III
(бланк рецепта ф 148)

*** Список IV
(бланк рецепта ф 148)

Действие СИОЗС и анксиолитиков при тревожных и стрессовых расстройствах



Психотерапия

- Психотерапия — «лечение словом»
- Элементы психотерапевтических методик может использовать врач любой специальности («неспецифическая психотерапия»)
- Психотерапевт: врач, психолог (?)

Психотерапия

- **Рациональная психотерапия**

- тревога из-за недостатка или неправильной информации о будущем (напр., своей болезни), нужна рационализация опасений (в т.ч. школы пациентов и пр.)

- **Суггестивная терапия**

- гипноз, аутогенная тренировка (самовнушение), плацебо-терапия

- **Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ)** — наиболее эффективный метод психотерапии для лечения тревожных расстройств

- Работа с автоматическими мыслями, когнитивными искажениями
- Экспозиционная терапия

Лица со стрессовыми расстройствами могут отказываться от психологической помощи, т.к.:

- Ожидают, что смогут (должны!) справиться с переживанием сами
- Могут обвинять себя или стыдиться
- Травматический опыт может быть слишком болезненным, чтобы его обсуждать
- ПТСР может заставлять чувствовать себя изолированными («тот, кто не пережил, не в состоянии понять...»)
- Люди не всегда осознают связь между травматическим событием и симптомами (тревогой, гневом, физическими симптомами)
- Стрессовые расстройства могут быть коморбидны личностным расстройствам, зависимостям, другим тревожным и прочим психическим расстройствам

Психологический дебрифинг

- Обычно одноразовая слабоструктурированная психологическая беседа с человеком (или группой людей), пережившим экстремальную ситуацию или психологическую травму
- В большинстве случаев целью дебрифинга является уменьшение нанесенного жертве психологического ущерба и снижение риска развития ПТСР с помощью интервью, которое предназначены для того, чтобы позволить людям напрямую высказать свои переживания, касающиеся события, делиться своими чувствами с консультантом и помогать структурировать свои воспоминания о событии
- Например, дебрифинг может состоять из нескольких этапов: (1) введение; (2) факты: устанавливаем, что произошло; (3) когниции: обсуждаем мысли о том, что произошло; (4) реакция: эмоции, связанные с тем, что произошло; (5) симптомы: признаки и проявления дистресса; (6) обучение: узнать о ПТСР и стратегиях преодоления; и (7) обсуждение любых других вопросов (Carlier et al., 1998)
- Отношение специалистов к эффективности и безопасности двойственное

Ступенчатая модель терапии ПТСР

1. Безопасность

- Снижение вреда рискованного поведения, суицида
- Обсуждение избегания и позитивных стратегий совладания
- Обсуждение симптомов ПТСР и регуляции эмоций, гнева

2. Фокус на травме

- Повторное переживание травмы в какой-либо форме
- Переработка травмы

3. Восстановление связей (реконнекция)

- Фокус на отношениях
- Восстановление связей с друзьями, семьей, знакомства с новыми людьми

Десенсибилизация и переработка движением глаз (EMDR)

- Форма психотерапии, когда клиенту предлагается представить тревожные образы одновременно с билатеральной стимуляцией, например, движением глаз из стороны в сторону
- Принцип действия не полностью ясен
- Однако исследования свидетельствуют об эффективности при СДВГ





Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова

s-psy.ru



РОССИЙСКОЕ
ОБЩЕСТВО
ПСИХИАТРОВ

psychiatr.ru

Спасибо за внимание!

Иван Андреевич Мартынихин

Врач-психиатр, к.м.н.,

Доцент кафедры психиатрии и наркологии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова,

Член Исполкома, редактор веб-сайта Российского общества психиатров

iam@s-psy.ru