

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Посттравматическое стрессовое расстройство.

Зав. кафедрой: Березовская Марина Альбертовна

Выполнила: Гутман Вера Яковлевна

Красноярск

2022

План

1. Введение.....	стр 3
2. Определение.....	стр 4
3. Причины	стр 4
4. Классификация травм по длительности.....	стр 5
5. Посттравматический период.....	стр 6
6. Клинические проявления.....	стр 8
7. Диагностика заболевания.....	стр 9
8. Лечение.....	стр 11
9. Профилактика.....	стр 12
10. Заключение.....	стр 13
11. Список литературы.....	стр 14

Введение.

Резко возросшее количество жертв чрезвычайных ситуаций (стихийные бедствия, крупномасштабные аварии и катастрофы, локальные войны и связанные с ними события: пленение, взятие в заложники, депортация, вынужденное переселение и др.), противоправных действий (террор, грабежи, разбои, изнасилования), серьёзных конфликтов в обществе и микросоциуме привело к увеличению распространённости посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) среди населения и повысило интерес исследователей к этой проблеме.

В работах отечественных учёных первые упоминания о ПТСР со ссылкой на зарубежные исследования появились в начале 90-х годов прошлого столетия. До этого чаще пользовались понятием «последствия боевой психической травмы, стихийных бедствий и катастроф». Интенсивное изучение различных аспектов проблемы посттравматических стрессовых расстройств отечественными исследователями началось после выхода в свет русского перевода «Классификации психических и поведенческих расстройств» МКБ-10 (Россия, СПб, 1994). Информация, содержащаяся в литературных источниках, посвященных клинике ПТСР, отличается противоречивостью, что связано с неоднородностью объектов исследования, использованием различных методических подходов.

В свете проведённых в последние годы исследований, посвящённых посттравматическим стрессовым расстройствам, представляется совершенно очевидным, что многие аспекты этой важной проблемы клинической и социальной психиатрии далеки от своего разрешения. Речь, прежде всего, идёт о факторах, предрасполагающих к развитию и хроническому течению ПТСР, клинико-динамических и прогностических особенностях посттравматических стрессовых расстройств, сочетающихся с коморбидными состояниями, комплексных программах медицинской реабилитации больных, страдающих этим заболеванием.

2. Определение.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – нарушение нормальной работы психики в результате единичной или повторяющейся психотравмирующей ситуации. В числе обстоятельств, провоцирующих развитие ПТСР – участие в военных действиях, сексуальное насилие, тяжелые физические травмы, пребывание в опасных для жизни ситуациях, обусловленных природными или техногенными катастрофами и т. п.

Для посттравматического синдрома характерно состояние повышенной тревожности, на фоне которого время от времени возникают приступы необычайно ярких воспоминаний травмирующего события. Такие приступы чаще всего развиваются при встрече с триггерами (ключами), которые представляют собой раздражители, являющиеся фрагментом воспоминания о травмирующем событии (плач ребенка, скрип тормозов, запах бензина, гул летящего самолета и т.п.). С другой стороны, для посттравматического расстройства характерна частичная амнезия, так что пациент не может вспомнить всех деталей травмирующей ситуации. В силу постоянного нервного перенапряжения и характерных нарушений сна (ночные кошмары, бессонница) со временем у пациентов с посттравматическим синдромом развивается так называемый церебростенический синдром (комплекс симптомов, свидетельствующих об истощении центральной нервной системы), а также нарушения со стороны сердечно-сосудистой, эндокринной, пищеварительной и других ведущих систем организма. Характерно, что клиническая симптоматика ПТСР, как правило, проявляется спустя определенный латентный период после травмирующего события (от 3 до 18 недель) и сохраняется достаточно длительное время (месяцы, годы, а нередко и десятилетия).

3. Причины.

Причиной развития ПТСР обычно становятся массовые бедствия, представляющие непосредственную угрозу для жизни людей: военные действия, техногенные и природные катастрофы (землетрясения, ураганы, наводнения, взрывы, обрушения зданий, завалы в шахтах и пещерах), террористические акты (пребывание в заложниках, угрозы, пытки, присутствие при пытках и убийствах других заложников). ПТСР также может развиваться после трагических событий индивидуального масштаба: тяжелых травм, длительных болезней (своих или родственников), смерти близких, попытки убийства, грабежа, избиения или изнасилования. В ряде случаев симптомы ПТСР появляются после психотравмирующих событий, имеющих высокую индивидуальную значимость для пациента. Травматические события, предшествующие ПТСР, могут быть одиночными (стихийное бедствие) или повторяющимися (участие в боях), кратковременными (криминальный инцидент) или длительными (долгая

болезнь, продолжительное пребывание в заложниках). Большое значение имеет тяжесть переживаний во время психотравмирующей ситуации. ПТСР является следствием крайнего ужаса и острого ощущения беспомощности перед лицом обстоятельств.

Интенсивность переживаний зависит от индивидуальных особенностей больного ПТСР, его впечатлительности и эмоциональной восприимчивости, уровня психологической подготовки к ситуации, возраста, пола, физического и психологического состояния и других факторов. Определенное значение имеет повторяемость психотравмирующих обстоятельств – регулярное травматичное воздействие на психику влечет за собой истощение внутренних резервов. ПТСР нередко выявляется у женщин и детей, подвергавшихся домашнему насилию, а также у проституток, полицейских и других категорий граждан, часто становящихся жертвами или свидетелями насильственных действий.

В числе факторов риска развития ПТСР специалисты указывают так называемый «невротизм» - склонность к невротическим реакциям и избегающему поведению в стрессовых ситуациях, тенденцию к «застреванию», навязчивой потребности мысленно воспроизводить травмирующие обстоятельства, акцентируясь на возможных угрозах, предполагаемых негативных последствиях и других отрицательных аспектах события. Кроме того, психиатры отмечают, что лица с нарциссическими, зависимыми и избегающими чертами личности страдают ПТСР чаще людей с асоциальным поведением. Риск возникновения посттравматического расстройства также повышается при наличии в анамнезе депрессии, алкоголизма, наркомании или лекарственной зависимости.

4. Классификация травм по длительности.

Существуют 2 типа травматических ситуаций, которые приводят к ПТСР с несхожей клинической картиной.

Простая травма.

Краткосрочное, как правило, неожиданное событие (например, сексуальное насилие, природная катастрофа), которое обычно несёт угрозу для индивида и превосходит его возможности в отношении самозащиты. Такое событие оставляет очень яркий, конкретный и неизгладимый след в памяти. Индивид может в дальнейшем видеть сны, в которых присутствуют те или иные аспекты события. При травмах этого типа для ПТСР в основном характерна классическая для данного расстройства клиническая картина. Чаще, чем при травме второго типа, возникают такие симптомы, как высокая физиологическая реактивность, повторное переживание травмы, навязчивые

мысли, связанные с событием, и избегание того, что напоминает травмирующую ситуацию.

Пролонгированная травма.

Повторяющиеся травматические ситуации («серийная травматизация» или «пролонгированное травматическое расстройство»): например, повторяющееся физическое или сексуальное насилие, травля, боевые действия. В этом случае более вероятно, что нанесение вреда носит умышленный характер. В первый раз такое событие воспринимается индивидом как травма первого типа. В дальнейшем события становятся все более предсказуемыми, и жертва переживает страх повторения травмы, при этом ощущая чувство беспомощности в отношении возможности предотвращения травмы. Как правило, в этом случае развивается состояние, называемое «комплексное посттравматическое расстройство (англ.)русск.». Из-за воздействия защитных механизмов психики воспоминания о травмах этого типа характеризуются неясностью, размытостью. С течением времени индивид может развить симптомы посттравматической диссоциации для того, чтобы уменьшить воздействие травматической ситуации на его психику. Травмы этого типа могут привести к возникновению чувства вины и стыда, к снижению самооценки и даже к изменению представлений индивида о собственной личности. Чаще, чем в предыдущем случае, возникают нарушения в отношениях с окружающими, отстранённость.

5. Посттравматический период.

Период, который следует за травмирующим событием, часто имеет большое значение для дальнейшего развития ПТСР. В этот момент непосредственная опасность исчезает. Страх и симптомы диссоциации становятся менее интенсивными, и индивид осознаёт случившееся. Это может оказаться дополнительным психотравмирующим фактором, особенно если нет уверенности, что опасная ситуация не повторится. В частности, тяжесть ПТСР может зависеть от следующих обстоятельств:

1. от того, насколько последствия события способствуют социальной изоляции индивида;
2. осознание ущерба сообществу, к которому принадлежит жертва, или её системе поддержки;
3. массовый характер бедствия;
4. неэффективность спасательных работ;
5. невозможность получить необходимую информацию;
6. наличие вторичных психотравмирующих факторов;
7. необратимость изменений и потеря надежды на восстановление утраченного;
8. трудность морального выбора при необходимости принимать важные решения;

9. то, как человек ретроспективно оценивает своё поведение во время события;
10. потеря своей социальной роли и статуса;
11. стигматизация, которая может возникнуть у жертвы насилия;
12. разрушение привычной социальной обстановки, которое вынуждает жертву адаптироваться к новой ситуации;
13. разрушение структур, предназначенных для защиты и спасения людей;
14. нарушение процесса услуг, обычно оказывавшихся сообществом (например, обеспечение электроэнергией, водоснабжение, транспорт, средства коммуникации, захоронение умерших).

В процессе осознания происшедшего более травматичными событиями для индивида являются те, которые:

- * произошли по сознательному умыслу (например, военное нападение, насилие) — они вызывают чувство гнева и потерю доверия к людям;
- * произошли по чьей-либо ошибке (например, техногенные катастрофы, медицинские ошибки) — такое событие вызывает сильное чувство горечи при мысли, что его можно было бы избежать. Исчезает доверие к компетенции других людей, в том числе руководящих лиц и профессионалов, что становится одним из факторов, усиливающих в дальнейшем посттравматическую тревожность;
- * имеют физические последствия — это не только является дополнительным стрессогенным фактором, но и постоянно напоминает человеку о пережитом травмирующем событии;
- * подразумевают отсутствие поддержки со стороны других людей или негативные реакции окружающих, медицинского персонала и работников социальной сферы на проблемы человека, перенёвшего травму (например, отрицание самого факта травмы, отрицание связи между травмой и страданиями, обвинение жертвы, отказ оказать помощь);
- * в то же время вторичная травматизация может быть связана с гиперопекой пострадавшего, которая отгораживает его от внешнего мира и обыденной жизни;
- * предполагают необходимость давать показания и выступать в суде — это вынуждает человека вспоминать во всех подробностях травматический эпизод. К тому же основной принцип уголовного судопроизводства заключается в том, что лицо считается невиновным, пока его вина в совершённом преступлении не будет доказана. Для жертвы это является дополнительным травмирующим фактором, усиливая чувство несправедливости случившегося с ней;
- * пробуждают чувство вины — анализируя случившееся, человек всегда находит нечто, что он мог бы сделать иначе. Существует также так называемая «вина выжившего», когда человек ощущает себя виноватым в том, что он остался жив, а другие погибли; выживший ощущает бремя невыносимой ответственности.

6. Клинические проявления.

Главными признаками ПТСР являются постоянное мысленное воспроизведение и повторное переживание травмирующего события; отстраненность, эмоциональное оцепенение, склонность к избеганию событий, людей и тем разговоров, способных напомнить о травмирующем событии; повышенная возбудимость, тревожность, раздражительность и физический дискомфорт.

Обычно ПТСР развивается не сразу, а спустя некоторое время (от нескольких недель до полугода) после психотравмирующей ситуации. Симптомы могут сохраняться в течение нескольких месяцев или лет. С учетом времени появления первых проявлений и продолжительности ПТСР различают три типа расстройства: острое, хроническое и отсроченное. Острое посттравматическое стрессовое расстройство длится не более 3 месяцев, при сохранении симптомов в течение более длительного времени говорят о хроническом ПТСР. При отсроченном типе расстройства симптомы появляются спустя 6 и более месяцев после психотравмирующего события. Для ПТСР характерно постоянное чувство отчужденности от окружающих, отсутствие реакции или слабо выраженная реакция на актуальные события. Несмотря на то, что травмирующая ситуация осталась в прошлом, пациенты с ПТСР продолжают страдать от переживаний, связанных с этой ситуацией, и у психики не остается ресурсов для нормального восприятия и переработки новой информации. Больные ПТСР теряют способность получать удовольствие и радоваться жизни, становятся менее общительными, отдаляются от других людей. Эмоции притупляются, эмоциональный репертуар становится более скудным.

При ПТСР наблюдаются два вида навязчивостей: навязчивости прошлого и навязчивости будущего. Навязчивости прошлого при ПТСР проявляются в форме повторяющихся травмирующих переживаний, которые днем возникают в виде воспоминаний, а ночью в виде кошмаров. Навязчивости будущего при ПТСР характеризуются не полностью осознаваемыми, но частыми безосновательными предвидениями повторения травмирующей ситуации. При появлении таких навязчивостей возможны внешне немотивированная агрессия, тревога и страх. ПТСР может осложняться депрессией, паническим расстройством, генерализованным тревожным расстройством, алкоголизмом и наркоманией.

С учетом преобладающих психологических реакций различают четыре типа ПТСР: тревожный, астенический, дисфорический и соматоформный. При астеническом типе расстройства преобладают апатия, слабость и вялость. Больные ПТСР проявляют безразличие, как к окружающим, так и к самим себе. Ощущение собственной несостоятельности и невозможности

вернуться к нормальной жизни оказывает гнетущее действие на психику и эмоциональное состояние пациентов. Снижается физическая активность, больные ПТСР иногда с трудом поднимаются с постели. В дневное время возможна тяжелая дремота. Пациенты легко соглашаются на терапию, охотно принимают помощь близких.

Тревожный тип ПТСР характеризуется приступами беспричинной тревоги, сопровождающимися ощутимыми соматическими реакциями. Наблюдаются эмоциональная неустойчивость, бессонница и ночные кошмары.

Возможны панические атаки. Тревога снижается во время общения, поэтому больные охотно контактируют с окружающими. Дисфорический тип ПТСР проявляется агрессивностью, мстительностью, обидчивостью, раздражительностью и недоверчивостью по отношению к окружающим. Пациенты часто инициируют конфликты, крайне неохотно принимают поддержку близких и обычно категорически отказываются от обращения к специалисту.

Для соматоформного типа ПТСР характерно преобладание неприятных соматических ощущений. Возможны головные боли, боли в животе и в области сердца. У многих больных появляются ипохондрические переживания. Как правило, такая симптоматика возникает при отсроченном ПТСР, что затрудняет диагностику. Пациенты, не потерявшие веру в медицину, обычно обращаются к врачам общего профиля. При сочетании соматических и психических нарушений поведение может варьироваться.

При повышенной тревожности больные ПТСР проходят многочисленные исследования, многократно обращаются к различным специалистам в поисках «своего врача». При наличии дисфорического компонента пациенты с ПТСР могут предпринимать попытки самолечения, начать употреблять алкоголь, наркотики или обезболивающие препараты.

7. Диагностика.

Диагноз «посттравматическое стрессовое расстройство» выставляют на основании жалоб больного, наличия тяжелой психологической травмы в недавнем прошлом и результатов специальных опросников. Диагностическими критериями ПТСР согласно МКБ-10 являются угрожающая ситуация, способная вызывать ужас и отчаяние у большинства людей; стойкие и яркие флеш-беки, которые возникают как в состоянии бодрствования, так и во сне, и усиливаются, если больной сознательно или невольно ассоциирует теперешние события с обстоятельствами психологической травмы; попытки избежать ситуаций, напоминающих о травматическом событии; повышенная возбудимость и частичная утрата

воспоминаний о психотравмирующей ситуации.

8. Дифференциальная диагностика.

При дифференциальной диагностике ПТСР принимают во внимание критерии, отличающие ПТСР от расстройств, имеющих сходные симптомы. Для ПТСР характерны такие типичные симптомы, как флешбэки и кошмары. Причиной ПТСР является событие, которое представляло угрозу для жизни или безопасности самого индивида или другого человека. Депрессивное, тревожное и паническое расстройство обычно вызваны стрессорами значительно меньшей интенсивности (такими, как, например, проблемы в профессиональной и семейной сфере). Психотическое расстройство не имеет своей причиной травматическое событие. При ПТСР могут наблюдаться депрессивные симптомы (эмоциональное оскудение, потеря интереса к жизни, желание плакать, потеря веса, суицидальные мысли), но они обычно менее интенсивны, чем при большом депрессивном расстройстве.

При паническом расстройстве индивид избегает ситуаций, в которых могут проявиться панические симптомы. При ПТСР чаще избегаются ситуации, в которых может произойти событие, напоминающее травму. Например, при паническом расстройстве индивид может бояться ездить в метро, потому что в случае панической атаки он не сможет быстро выйти из вагона. При ПТСР индивид может бояться, например, встретить агрессора в вагоне метро. При тревожном расстройстве страхи касаются возможных житейских проблем в будущем (таких как, например, потеря работы, болезнь и т. д.). При ПТСР преобладает страх снова попасть в опасную ситуацию.

При фобиях избегание ограничивается объектом фобии. При ПТСР избегание касается большего количества разнообразных ситуаций. При этом, в отличие от фобии, имеет место гиперактивация симпатической нервной системы.

При социальной фобии индивид избегает общения с людьми из опасения стать объектом осуждения или насмешек. При ПТСР избегание общения связано со страхом вновь стать жертвой агрессии.

В отличие от ПТСР, при обсессивно-компульсивном расстройстве в навязчивых мыслях нет связи с пережитым травматизмом, они обычно касаются воображаемых катастроф, которые могут случиться в будущем. Кроме того, они воспринимаются индивидом как иррациональные, не имеющие смысла и чуждые личности; иногда они имеют аморальное или непристойное содержание. Все это не характерно для ПТСР.

Тяжёлые формы ПТСР (особенно возникшие у жертв насилия в детском возрасте) могут напоминать шизофрению, однако при ПТСР мысли и особенности поведения пациентов в большей степени, чем при шизофрении, касаются тем насилия и секса. Для установления правильного диагноза необходимо подробно расспросить пациента об событиях его жизни.

9. Лечение.

Когнитивно-поведенческая терапия

Этот вид терапии направлен на изменение моделей мышления и поведения, ответственных за негативные эмоции. Было доказано, что КПТ является эффективным средством лечения ПТСР. С помощью этого вида терапии люди учатся идентифицировать мысли, которые вызывают у них страх или расстройство, и заменять их менее тревожными мыслями. Цель состоит в том, чтобы понять, как определенные мысли о событиях вызывают стресс, связанный с ПТСР.

Медикаментозное лечение

Хотя многие лекарства не имеют достаточных доказательств в поддержку их использования, было показано, что три (флуоксетин, пароксетин и венлафаксин) имеют небольшое преимущество перед плацебо. Со многими лекарствами остаточные симптомы ПТСР после лечения являются правилом, а не исключением.

Антидепрессанты

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) и ингибиторы обратного захвата серотонина-норэпинефрина (SNRI) могут иметь некоторую пользу при симптомах ПТСР. Трициклические антидепрессанты одинаково эффективны. Данные свидетельствуют о небольшом или умеренном улучшении с помощью сертралина, флуоксетина, пароксетина и венлафаксина. Таким образом, эти четыре препарата считаются препаратами первой линии для ПТСР.

Бензодиазепины

Бензодиазепины не рекомендуются для лечения ПТСР из-за отсутствия доказательств пользы и риска ухудшения симптомов ПТСР. Некоторые авторы считают, что использование бензодиазепинов противопоказано для острого стресса, так как эта группа препаратов способствует диссоциации. Тем не менее, некоторые используют бензодиазепины с осторожностью при краткосрочном беспокойстве и бессоннице. Хотя бензодиазепины могут

облегчить острое беспокойство, нет убедительных доказательств того, что они могут остановить развитие ПТСР и могут фактически увеличить риск развития ПТСР в 2-5 раз. Недостатки включают риск развития зависимости от бензодиазепинов и синдром отмены. Кроме того, люди с ПТСР (даже те, у кого нет в анамнезе злоупотребления алкоголем или наркотиками) подвергаются повышенному риску злоупотребления бензодиазепинами. Бензодиазепины следует считать относительно противопоказанными до тех пор, пока не будут исчерпаны все другие варианты лечения.

Глюкокортикоиды

Глюкокортикоиды могут быть полезны в краткосрочной терапии для защиты от нейродегенерации, вызванной расширенной стресс-реакцией, которая характеризует ПТСР, но долгосрочное использование может усугубить нейродегенерацию.

Физическая активность

Физическая активность может влиять на психологическое состояние и физическое здоровье. Многие исследователи рекомендуют умеренные упражнения как способ отвлечься от тревожных эмоций, повысить самооценку и обрести чувство контроля над собой.

Игровая терапия для детей

Считается, что игра помогает детям связывать свои внутренние мысли с внешним миром, связывая реальные переживания с абстрактным мышлением. Повторяющаяся игра также может быть одним из способов, когда ребенок переживает травматические события, и это может быть симптомом травмы у ребенка или молодого человека.

10. Профилактика.

Профилактика особенно эффективна при ранних симптомах. Получение своевременной помощи и поддержки может помешать нормальным стрессовым реакциям ухудшаться и развиваться в ПТСР. В качестве мер профилактики можно назвать поддержку близких и обращение к квалифицированным специалистам для краткого курса психотерапии. Некоторым людям также может быть полезно обратиться к их религиозному сообществу.

Заключение.

Посттравматическое стрессовое расстройство – это тревожное расстройство, вызванное воздействием травматического события. Травматическим событиям подвержена значительная часть населения нашей планеты, многие из них могут быть опасными для жизни. Травматические события включают террористические акты, транспортные аварии, акты насилия, сексуальные нападения, болезнь близкого человека и многое другое. Переживание такой ситуации или наблюдение за ней со стороны вызывает во многих из нас чувства страха, беспомощности, а иногда и гнева на весь мир за то, что он так опасен и непредсказуем.

ПТСР – это крайне тяжёлое и угнетающее состояние как для человека, который его испытывает, так и для окружающих его людей. Знание различных симптомов посттравматического стресса может помочь понять, страдаете ли вы или ваши близкие этим недугом. Эти события выходят за рамки обычного человеческого опыта. Иногда стандартного резерва психики недостаточно для того, чтобы справиться с пережитым стрессом. Через одну или несколько недель после экстремальной ситуации может развиваться ПТСР или, как его иначе называют, посттравматический стрессовый синдром.

Иногда люди с симптомами ПТСР избегают обращения к психотерапевту, т.к. боятся непонимания. Важно убедить в таких случаях, что врач-психотерапевт сможет понять пациента и оказать ему помощь.

Литература:

1. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г., Кинулькина М.А. «Психиатрия и медицинская психология»: Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2020г.
2. Жмуров В.А. «Психиатрия»: Издательство «Умный доктор», 2018г.
3. Александровский Ю.А. «Лечение и реабилитация»: Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2019г.
4. Незнанов Н.Г., Абриталин Е.Ю., Александровский Ю.А. «Психиатрия. Национальное руководство»: Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2020г.
5. Фoa Эдна Б., Кин Теренс М., Фридман Мэтью Дж. «Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства»: Издательство «Когито-Центр», 2018г.
6. <http://www.psychiatry.ru/lib/54/book/34/chapter/15>, 2022г.