

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

Тема: «Посттравматическое стрессовое расстройство»

Выполнила:

Ординатор специальности психиатрия

Первалова П. В

Проверила:

Зав. Кафедрой: Березовская М. А

Оглавление

Актуальность	3
История изучения ПТСР	4
Этиология и патогенез	6
Критерии диагностики ПТСР в DSM-V и МКБ 10	7
Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство	9
Клиническая картина ПТСР	10
Современные методы лечения	12
Выводы	16
Литература	17

Актуальность

Проблема посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) на современном этапе медицинской науки все больше привлекает внимание как зарубежных, так и отечественных специалистов. Современный мир и нестабильная международная обстановка выдвигают перед учеными и исследователями всего мира крупные задачи, которые нельзя оставлять без внимания.

Согласно многочисленным исследованиям, современный социум таков, что человек практически постоянно находится в стрессогенных ситуациях, которые могут приводить к психическим травмам. Непрерывающиеся локальные войны по всему миру, внутренняя социальная и экономическая нестабильность внутри стран – это все, в совокупности с психологически стрессовой жизнью в больших мегаполисах, является почвой для развития посттравматического стрессового расстройства.

Посттравматическое стрессовое расстройство значительно влияет на качество жизни пациентов, а также отличается высокой коморбидностью с другими психическими заболеваниями, такими как депрессия, тревожные расстройства, алкогольная и другие виды зависимости. Опыт других стран показывает, что нередко обществу приходится сталкиваться с дезадаптивным поведением участников боевых действий, вернувшихся в мирную жизнь. Среди данного контингента людей выявляется большое количество суицидов, акты насилия и неблагополучие в семейной и социальной жизни.

Все эти факторы делают посттравматическое стрессовое расстройство актуальным, и отнюдь не редким заболеванием. Таким образом, каждый психиатр должен обладать достаточными знаниями, чтобы уметь вовремя диагностировать ПТСР, и назначить современное и эффективное лечение.

История изучения ПТСР

Первое систематизированное описание симптомов, появляющихся вследствие тяжелых психических травм и похожих на современные посттравматические состояния, было предложено J. Etichsen в 1867 году в работе «Железнодорожная и другие травмы нервной системы». К таким симптомам он отнес расстройства внимания и памяти, тяжелые сны с переживаниями травмирующей ситуации, душевный дискомфорт.

В 1889 г. вводится понятие «травматический невроз». Здесь Н.Орпенheim особое внимание уделяет психологическому и эмоциональному компоненту психической боевой травмы. Также, важные исследования стали появляться с началом Первой Мировой войны. Большое количество военнослужащих, у которых появились проблемы со сном, беспричинный тремор, судороги, амнезия, звон в ушах во время и после войны стало проблемой для командования. В 1916 году военные медики стали искать методы лечения подобных солдат, которые не имели видимых травм или ранений, но, тем не менее, не могли более продолжать воевать и нормально жить в тылу. Впервые попробовал обобщить данные симптомы в 1915 году британский психолог Ч.Майерс в своей статье для журнала "Lancet", где ввел термин "shell shock" ("военный невроз", "снарядный шок"). Полагалось, что нарушения у военных были вызваны действием высокого давления во время долгих артиллерийских стрельб.

Большим развитием в изучении травматического невроза стал период Второй Мировой войны. А. Кардинер в 1941 году, исследуя данную проблему, назвал изменения, вызванные стрессом во время вооруженного конфликта, хроническим военным неврозом. Он включал в себя, по его мнению, как психические, так и вегетативные симптомы. То есть, представления о механизмах и характере воздействия боевых действий на их участников значительно расширились. Кардинер предложил первое комплексное описание симптоматики данного нарушения: возбудимость и раздражительность; фиксированность на травмирующих обстоятельствах прошлых событий; предрасположенность к агрессии и неспособность управлять ею; уход от реальности; острое реагирование на внезапные раздражители.

Одним из первых исследование обобщающего характера сделал P.Boigne. Им был выделен один из частых симптомов - "повторяющиеся навязчивые воспоминания", которые в основном приобретали форму ярких эмоционально-чувственных представлений ("flashbacks"). Обычно они сопровождались страхом, угнетенным состоянием, сомато-вегетативными расстройствами, страшными сновидениями боевого характера, чувством вины, а также, безразличием и отчуждением к прошлым интересам.

Так как, данное и подобные расстройства с одинаковыми симптомами не соответствовали ни одной нозологической единице, M. Horowitz было предложено выделить их в один синдром под названием "посттравматическое стрессовое расстройство". Результатом широких исследований стало первое появление в DSM-III термина ПТСР. Данная категория была выделена отдельно среди тревожных расстройств, как отличная от невроза нозология, чему способствовало детальное изучение состояний комбатантов. До этого использовались термины и определения, выделение которых не было связано с эмпирическими исследованиями: «временное ситуационное расстройство» и «реакция на тяжелый стресс». Появилось относительно единое понимание клинической картины, а также природы посттравматических нарушений, с признанием значимой роли других чрезвычайных ситуаций в качестве этиологических факторов, что явилось стимулом к проведению масштабных исследований, разработке лечебных подходов и методов терапии.

В связи с эпидемией COVID-19, исследование ПТСР получило новый пик актуальности. Разразившаяся в начале 2020 г. пандемия COVID-19 объединила в себе все признаки чрезвычайной ситуации: высокую скорость и масштабность распространения заболевания, наличие опасности для населения из-за высокой смертности и значительного ущерба здоровью, а также серьезные материальные потери и нарушения условий привычной жизнедеятельности людей. Все больше исследователей и практикующих врачей стало говорить и писать о том, что у пациентов, тяжело переболевших COVID-19, может развиться посттравматическое стрессовое расстройство, аналогичное фиксируемому после участия в боевых действиях.

ПТСР развивается вследствие неспособности индивида справиться с экзогенным психотравмирующим воздействием чрезвычайного характера. В настоящее время активно исследуется вклад генетических факторов, в том числе с целью поиска возможных новых препаратов для лечения ПТСР, на сегодняшний день имеется большая база генетических исследований, которые указывают на полигенный характер фенотипа ПТСР, при этом вопрос о соотношении собственно генетических и средовых факторов остается открытым. Хорошо известно, что предшествующая травматизация повышает риск развития ПТСР, но пока нет однозначного описания патогенетических механизмов подобной сенситизации.

Острые стрессовые реакции являются нормальным ответом на чрезвычайное воздействия у ряда людей. Из-за дефицита ресурсов адаптационности естественный ответ на стресс принимает патологический характер, в частности нарушается функционирование гипоталамогипофизарно-надпочечниковой оси и симпатoadреналовой системы, что приводит к манифестации симптомов ПТСР, повышенной готовности к тревожным реакциям, физиологическому возбуждению и гипервигилитету.

В когнитивных моделях ПТСР, которые в настоящее время нашли свое подтверждение в исследованиях с использованием современных возможностей нейровизуализации, патогенез ПТСР тесно связан с нарушением процессов переработки информации и интеграции травматического опыта в общую биографическую память пациента. Было выявлено, что травматические воспоминания ассоциированы со сниженной активностью левой нижней фронтальной коры, что дает возможность предположить, что в этих воспоминаниях преобладают эмоциональные и сенсорные элементы без соответствующих лингвистических ассоциаций.

Информация о травме существует в активной рабочей памяти до тех пор, пока не произойдет ее осмысление. Таким образом формируется цикл оживления травматических воспоминаний под воздействием триггеров, связанных с травмой и стремлением избежать неприятный опыт с попытками контролировать ход мыслей и избегать столкновения со всем, что может напоминать о травме, что в свою очередь ухудшает переработку травматического опыта. В норме эпизоды навязчивых наплывов травматических переживаний чередуются с периодами избегания, со временем по мере завершения процесса эти состояния становятся реже и менее интенсивными. В ряде случаев может возникать конфликт между потребностью в осмыслении и существующей системой отношений, в этом случае возникает конфликт с последующим развитием избегающего поведения, эмоционального онемения, как проявления психологической защиты, что формирует почву для последующей манифестации коморбидных депрессивных расстройств. В этих случаях аффект утрачивает свою сигнальную функцию, поскольку любая сильная эмоция воспринимается как опасность возвращения травматического опыта.

Критерии диагностики ПТСР в DSM-V и МКБ 10

В 5-ом издании Диагностического и статистического руководства психических расстройств имеются определенные изменения как места ПТСР в классификации, так и ряда критериев по сравнению с DSM-IV. Так, сам диагноз ПТСР из раздела «Тревожные расстройства» перешел в новый раздел «Расстройства, связанные с травмой и стрессором» («trauma and stressor-related disorders»).

В DSM-V были внесены следующие изменения в диагностические критерии ПТСР: Три кластера (B, C и D) симптомов ПТСР в DSM-IV теперь разделены на четыре кластера (B, C, D и E):

B - навязчивое воспроизведение травматического события («intrusion»);

C - избегание травматического события («avoidance»);

D - негативные последствия для когнитивной сферы и настроения;

E - повышенное возбуждение и реактивность.

В DSM-V дополнительно к ПТСР был включен диагноз острого стрессового расстройства, включающий развивающиеся в течение первого месяца после травматического воздействия стрессовые расстройства. Его появление в предыдущей классификации было обусловлено необходимостью выделения специфической нозологической единицы для лиц, находящихся в состоянии выраженного дистресса, но не отвечающих специфическим симптоматическим критериям ПТСР.

Согласно критериям DSM, диагноз посттравматического стрессового расстройства ставится, если, во-первых, человек был очевидцем или участником ситуации, в которой есть смерть, угроза жизни, смертельно опасное ранение или угроза физической целостности, либо он как-то иначе столкнулся с такой ситуацией. Во-вторых, индивид в ответ на это событие должен испытывать выраженную беспомощность, страх или ужас. Следовательно, событие считается психотравмирующим, если имеет место смерть, серьезное повреждение или угроза смерти либо повреждения, а также при наличии в спектре переживаний индивида в ответ на событие выраженного негативного аффекта. Под действием психотравмы у индивида утрачивается способность думать, прорабатывать, сглаживать негативный опыт, искать возможность выхода из сложившейся ситуации из-за интенсивности психотравмирующего воздействия, подрывается чувство базовой безопасности и представления о предсказуемости происходящего. Травматичность стрессового события определяется его внезапностью, угрозой для идентичности и глобальным характером воздействия.

В МКБ-10 выделены следующие критерии ПТСР:

A. Больной должен быть подвержен воздействию стрессорного события или ситуации (как коротко, так и длительно длящихся) исключительно угрожающего или катастрофического характера, что способно вызвать общий дистресс почти у любого индивидуума.

B. Стойкие навязчивые воспоминания или «оживление стрессора в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах, либо повторные переживания горя при воздействии обстоятельств, напоминающих или ассоциирующихся со стрессором.

B. Больной должен обнаруживать физическое избегание или стремление избежать обстоятельства, напоминающие, либо ассоциирующиеся со стрессором (что не наблюдалось до воздействия стрессора).

Г. Любое из двух: 1. психогенная амнезия (F40.0), либо частичная, либо полная в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора.

2. Стойкие симптомы повышения психологической чувствительности или возбудимости (не наблюдавшиеся до действия стрессора), представленными любыми двумя:

а) затруднение засыпания или сохранения сна;

б) раздражительность или вспышки гнева;

в) затруднения концентрации внимания;

г) повышение уровня бодрствования;

д) усиленный рефлекс четверохолмия.

Д. Критерии Б, В и Г возникают в течение шести месяцев после стрессогенной ситуации или в конце периода стресса (для некоторых целей начало расстройства, отставленное более чем на шесть месяцев, может быть включено, но эти случаи должны быть точно определены отдельно).

Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство

Группа МКБ-11 по расстройствам, связанным со стрессом, предложила для внесения в новую версию МКБ диагноз, родственный ПТСР, под названием «Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство».

Комплексное ПТСР (6В41) – расстройство, которое возникает после воздействия чрезвычайного или длительного по своей природе стрессора, от воздействия которого избавиться трудно или невозможно (например, воздействие геноцида, сексуальное насилие над детьми, нахождение детей на войне, жестокое бытовое насилие, пытки или рабство). Расстройство характеризуется основными симптомами ПТСР, а также развитием персистирующих и сквозных нарушений в аффективной сфере, отношении к самому себе и социальном функционировании, включая трудности в регуляции эмоций, ощущение себя как униженного, побежденного и ничего не стоящего человека, трудности в поддержании взаимоотношений. Диагноз включает дополнения к трем типичным кластерам симптомов ПТСР:

стойкие длительные нарушения в аффективной сфере (повышенная эмоциональная реактивность, отсутствие эмоций, развитие диссоциативных состояний);

поведенческие нарушения (вспышки ярости, безрассудное или саморазрушающее поведение);

изменения в сфере представлений о самом себе (стойкие негативные представления о себе как об униженном, побежденном и ничего не стоящем человеке, которые могут сопровождаться глубокими и всеохватывающими чувствами стыда, вины или несостоятельности);

нарушения в социальном функционировании (последовательное избегание или незаинтересованность в личных взаимоотношениях и социальной вовлеченности в целом; трудности в поддержании близких отношений). Данная модель заменяет категорию МКБ-10 «Хроническое изменение личности после переживания катастрофы» (F62.0).

Возникает как отсроченный или затянувшийся ответ на стрессовое событие (краткое или продолжительное) исключительно угрожающего или катастрофического характера, которое может вызвать глубокий стресс почти у каждого.

Предрасполагающие факторы, такие как личностные особенности (компульсивность, астеничность) или нервное заболевание в анамнезе, могут снизить порог для развития синдрома или усугубить его течение, но они никогда не являются необходимыми или достаточными для объяснения его возникновения. Типичные признаки включают эпизоды повторяющихся переживаний травмирующего события в навязчивых воспоминаниях («кадрах»), мыслях или кошмарах, появляющихся на устойчивом фоне чувства оцепенения, эмоциональной заторможенности, отчуждения от других людей, безответности на окружающее и избегания действий и ситуаций, напоминающих о травме. Обычно имеют место перевозбуждение и выраженная сверхнастороженность, повышенная реакция на испуг и бессонница. С упомянутыми симптомами часто связаны тревожность и депрессия, не редкостью являются идеи самоубийства. Появлению симптомов расстройства предшествует латентный период после травмы, колеблющийся от нескольких недель до нескольких месяцев. Течение расстройства различно, но в большинстве случаев можно ожидать выздоровления. В некоторых случаях состояние может принять хроническое течение на многие годы с возможным переходом в устойчивое изменение личности.

Клиническая картина ПТСР

Клиническая манифестация ПТСР возникает вследствие мощного психотравмирующего воздействия угрожающего или катастрофического характера, сопровождающегося экстремальным стрессом. В качестве пусковых факторов выступают события, которые способны вызвать дистресс практически у любого человека, природные и техногенные катастрофы, угроза жизни, нападение, пытки, сексуальное насилие, военные действия, террористические акты, пребывание в плену или концентрационном лагере, свидетельство гибели другого человека, жизнеугрожающее заболевание, инвалидизирующее заболевание, в т.ч. травма, потеря конечности, получение известия о неожиданной или насильственной смерти близкого человека и др..

В клинической картине ПТСР выделяют следующую специфическую (основную) симптоматику:

1. Повторяющиеся переживания травмирующего события (флэшбеки, представленные в навязчивых реминисценциях, ярких навязчивых воспоминаниях или повторяющихся снах). В большинстве случаев они неприятны и аффективно насыщены.
2. Избегание действий и ситуаций, напоминающих о травме (фактическое избегание, чувство «онемения» и эмоционального притупления, отрешенности, невосприимчивости к окружающему, эмоциональная отстраненность, ангедония, ограничительное поведение).
3. Чрезмерное физиологическое возбуждение (бессонница, связанная с наплывом неприятных воспоминаний о травматическом событии, гипервигилантность – сверхнастороженность, повышенная реакция испуга).

Согласно МКБ-10, симптомы должны возникать в течение 6 месяцев после травматического события. Между действием стрессора и возникновением клинических проявлений может наблюдаться латентный период. Также у пациентов с ПТСР могут отмечаться следующие нарушения:

Психогенная амнезия, либо частичная, либо полная, в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора.

Формирование депрессивных переживаний, эпизодическая или генерализованная тревожность.

Постоянное внутреннее напряжение, в котором находится пострадавший (в связи с обострением инстинкта самосохранения), затрудняет модуляцию аффекта: иногда пострадавшие не могут сдерживать вспышки гнева даже по незначительному поводу. Могут отмечаться острые вспышки страха, паники или агрессии, вызванные воспоминаниями о травме.

Нарушения сна – бессонница (затруднение засыпания), ночные кошмары. Другими явлениями, присущими ПТСР и связанными со сном, являются: сомнамбулизм, сноговорение, гипнагогические и гипнопомпические галлюцинации. Также при ПТСР нередко обнаруживаются расстройства дыхания во сне.

Субъективно воспринимаемые нарушения памяти: затруднения запоминания; снижение ретенции в памяти той или иной информации; трудности воспроизведения. Ввиду фиксации пациента с ПТСР на травматические переживания, расстройства памяти не связаны с истинными нарушениями различных функций памяти, а обусловлены, в первую очередь, затруднением концентрации внимания на фактах, не имеющих прямого отношения к травматическому событию и угрозе повторного его возникновения.

Повышенный рефлекс четверохолмия на внезапные раздражители внешней среды (световые, зрительные, слуховые, тактильные) может легко возникнуть вздрагивание, вскакивание, вскрикивание или наоборот, «застывание». Иногда сопровождается вегетативными проявлениями (повышением артериального давления, появлением тахикардии и пр.).

В целом ПТСР вызывает клинически значимое тяжелое эмоциональное состояние или нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности. В динамике развития расстройств на первом этапе ПТСР пациент погружен в мир переживаний, связанных с травмой, отмечаются наиболее выраженные в этот период флэшбеки. На этом этапе нередко отмечается обострение (или диагностируются впервые) хронических соматических заболеваний, особенно тех, в основе которых участвуют психосоматические механизмы формирования (язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка, холецистит, холангит, колит, запоры, бронхиальная астма и др.). Отмечаются также сексологические нарушения: снижение либидо и эрекции.

В дальнейшем, воспоминания о стрессовой ситуации становятся менее актуальными. Пациент старается активно избегать даже разговоров о пережитом, чтобы не «будить тяжёлых воспоминаний». В этих случаях иногда на первый план выступают раздражительность, конфликтность и даже агрессивность. На клиническую динамику и отдаленные прогнозы ПТСР могут также оказывать экзогенно-органические изменения головного мозга, преимущественно травматического генеза, что является наиболее актуальным у комбатантов, как группы риска формирования ПТСР.

Наиболее часто встречается коморбидность ПТСР со следующими психическими расстройствами: депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство; паническое расстройство; генерализованное тревожное расстройство; наркотическая зависимость, зависимость от психоактивных веществ (ПАВ); социальная фобия; специфическая фобия; диссоциативные расстройства; биполярное аффективное расстройство; резидуально-органические заболевания головного мозга; экзогенно-органические заболевания головного мозга.

В качестве основной терапевтической стратегии пациентам с ПТСР рекомендована комбинация психофармакотерапии и психотерапии. Данные современных научных исследований подтверждают эффективность как психофармакотерапии, так и психотерапии (когнитивно-поведенческой, нарративной экспозиционной и др.) в лечении ПТСР.

При ведении пациентов с ПТСР приоритет остается за комбинированной терапией, однако в зависимости от условий могут отдельно использоваться психофармакотерапия и психотерапия. Психотропные препараты широко используются в лечении ПТСР, поскольку психотерапия, сфокусированная на травме, может быть недоступной (особенно в начале заболевания) или плохо переноситься. Выбор стратегии терапии и соотношение психофармакотерапии и психотерапии зависят от ориентации пациента на тот или иной метод лечения, проявлений клинической симптоматики, этапа лечения, особенностей личности, актуальных ресурсов и организационных возможностей и должен гибко оцениваться с учетом персонализированного подхода в каждом конкретном случае. Имеются показания и противопоказания как для психофармакологического, так и для психотерапевтического лечения. Они преимущественно связаны с состоянием пациента, побочными эффектами и организационными условиями.

Психофармакотерапия

Терапия первой линии.

Пациентам с ПТСР в качестве препаратов первой линии преимущественно рекомендуется начинать терапию с назначения препаратов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) (пароксетин 20-60 мг/сут, сертралин 50-200 мг/сут, флуоксетин 20-40 мг/сут) или венлафаксина 75-225 мг/сут. Длительность терапии составляет 6-12 месяцев, чаще около года после стабилизации состояния. Если на 4-6 неделе эффективность оценивается как достаточная, продолжают прием препарата в течение полного курса (6-12 месяцев после стабилизации состояния).

Пациентам с выраженной тревогой, раздражительностью и вегетативными нарушениями на первом этапе терапии рекомендуется краткосрочное применение препаратов из группы производных бензодиазепаина (диазепам 5-20 мг/сут, лоразепам 2-8 мг/сут, клоназепам 1-4 мг/сут, алпразолам 1,5-8 мг/сут, бромдигидрохлорфенилбензодиазепин 0,5-2 мг/сут)

Также при наличии расстройств, сопровождающихся тревогой, эмоциональным напряжением, вегетативными расстройствами, соматоформными нарушениями, невыраженным психомоторным возбуждением, беспокойством, нарушениями сна рекомендовано применение алимемазина (15-80 мг/сут).

Рекомендуется также применение небензодиазепиновых анксиолитиков – гидроксизина (25-100 мг/сут), буспирона (20-30 мг/сут) при наличии коморбидных тревожных расстройств для снижения уровня тревоги.

Терапия второй линии.

При недостаточной эффективности препаратов первой линии переходят на вторую линию терапии. В качестве препаратов второй линии рекомендовано применение неселективных ингибиторов обратного захвата моноаминов – амитриптилин 75-150 мг/сут и имипрамин 75-250 мг/сут и мirtазапина (30-60 мг/сут) с целью купирования симптоматики.

Терапия третьей линии.

Пациентам с ПТСР при неэффективности терапии антидепрессантами или их сочетания с бензодиазепинами рекомендуется назначение препаратов третьей линии для купирования симптоматики. В качестве альтернативы, при отсутствии ответа на предыдущие курсы терапии, может быть назначен антиконвульсант ламотриджин в дозировке 25-500 мг/сут. Титровать дозу ламотриджина следует еженедельно, особенно если в клинической картине ПТСР имеются выраженные колебания настроения, трудности аффективной регуляции или имеется коморбидное расстройство зрелой личности.

Назначение антипсихотиков в низких дозировках может быть использовано в качестве дополнительной терапии к стандартной схеме лечения. Они являются препаратами выбора при наличии психотической симптоматики, слуховых, зрительных и тактильных галлюцинаций, бредовых расстройств, агрессивных идей, чувств и поведения.

При наличии показаний для назначения антипсихотических препаратов рекомендовано назначать рисперидон (0,5- 8 мг/сут) или кветиапин (50-300 мг/сут) с целью коррекции симптоматики. Они могут также назначаться в качестве дополнительной терапии к стандартной схеме лечения.

Пациентам с резистентным к терапии рекомендовано назначение оланзапина в дозировке 5-20 мг/сут вместе с антидепрессантами СИОЗС или в качестве монотерапии с целью преодоления резистентности.

Отсутствуют доказательные исследования в отношении перициазина, тиаприда, алимемазина и хлорпротиксена. Однако в российской медицинской практике эти препараты традиционно применяются для лечения эксплозивности и поведенческих расстройств.

Психотерапия

В качестве методов с наибольшей доказательной базой оценки эффективности при ПТСР признается когнитивно-поведенческая психотерапия, сфокусированная на травме (ТФ-КПТ), в. т.ч. ее отдельные варианты, такие как когнитивная психотерапия, когнитивно-процессуальная психотерапия, когнитивная психотерапия, КПТ с пролонгированной экспозицией.

Когнитивная терапия основана на теории, в соответствии с которой поведение человека определяется его мыслями о самом себе и его роли в обществе. Деадаптивное поведение обусловлено укоренившимися стереотипными мыслями, которые могут привести к когнитивным искажениям или ошибками в мышлении. Эта теория ориентирована на коррекцию подобных когнитивных искажений и являющихся их следствием поведенческих установок, направленных на самозащиту. Когнитивная терапия представляет собой краткосрочный метод лечения, как правило, рассчитанный на 15-20 сеансов, проводящихся около 12 недель. В этот период пациенты должны осознать свои собственные искажённые представления и установки.

Основная задача терапии – модификация пессимистических и катастрофических оценок и воспоминаний, связанных с психотравмой, с целью преодоления поведенческих и когнитивных паттернов, поддерживающих избегание и препятствующих нормальному повседневному функционированию. Пациент под руководством психотерапевта обучается идентификации внутренних и внешних стимулов, а также специфических триггеров, поддерживающих симптомы заболевания. С целью уменьшения выраженности интрузий

проводится тщательная оценка воспоминаний и интегрирование травматического опыта. Для работы с дисфункциональными мыслями, связанными с оценкой травмы и глубинными убеждениями, поддерживающими ощущения постоянной угрозы, рекомендован сократовский диалог. Дополнительной мишенью являются дисфункциональные когнитивные и поведенческие паттерны, которые блокируют адаптивные копинг-стратегии и восстановление последовательных воспоминаний о травматическом событии, к примеру, руминации, поиск безопасности, подавление мыслей.

«Десенсибилизация и переработки движениями глаз» (ДПДГ) – метод конфронтации с травматическим опытом, с применением направленной билатеральной стимуляции (посредством ритмичных движений глазами) с одновременным образным представлением травматического события. Движения глаз и другие формы стимуляции двойного фокуса внимания, помимо глазных движений возможно использование звуковой стимуляции или постукивание по различным частям тела, обеспечивает одновременную десенсибилизацию и когнитивное переструктурирование, а также интеграцию травматических воспоминаний и уменьшение выраженности симптомов ПТСР.

Это метод индивидуальной психотерапии длительностью 6-12 сессий, которые могут проводиться последовательно каждый день. Ф. Шапиро – автор метода основывается на том, что эмоциональная травма может нарушить работу системы переработки информации, поэтому она будет сохраняться в форме, обусловленной травматическим переживанием, и способствует формированию интрузионных симптомов посттравматического синдрома. Движения глаз (могут быть и другие альтернативные раздражители), используемые при ДПДГ, активируют информационно-перерабатывающую систему и восстанавливают ее равновесие. Психотерапия состоит из 8 последовательных фаз: сбор анамнеза; подготовка; оценка; десенсибилизация; инсталляция; сканирование тела; завершение; повторная оценка.

Развитие высокотехнологичной помощи позволяет использовать компьютерные технологии для моделирования ситуаций, воспроизведение которых в реальной мирной жизни маловозможно. **Виртуальная реальность (VR)** позволяет в трехмерном измерении воспроизводить широкий спектр необходимых для экспозиции ситуаций, наиболее разработанными на сегодняшний день являются программы, созданные для имитаций условий боевого стресса, которые используются как для лечения ПТСР у комбатантов, так и для его профилактики перед отправкой новобранцев в зону активных боевых действий.

Основным компонентом ПТСР является неспособность подавить дезадаптивную реакцию страха, обусловленную патологически повышенной активностью в миндалине и дорсальной передней поясной коре наряду со снижением активности в вентромедиальной префронтальной коре. Повышение эндогенной активности последней, например, при помощи виртуальной реальности, во время обработки вызывающих страх стимулов, может быть перспективным методом для ингибирования страха и повышения эффективности лечения.

Согласно Z. Liu с соавт., экспозиционная терапия VR (virtual reality exposure therapy, или VRET) широко применяется для коррекции ПТСР, фобических и тревожных расстройств, заболеваний нервной системы, а также для управления болью. Эффективность VRET основана на моделях формирования реакций страха, в основе которых лежит образование условных связей, закрепляющих соответствующие патологические энграммы; прерывание этих связей приводит к уменьшению или подавлению страха. Повторная активация памяти о травме с помощью VRET позволяет включить в когнитивные схемы пациентов новую

информацию, связанную с безопасностью в терапевтических условиях, тем самым уменьшая страх и тревогу, обусловленные индивидуальным опытом. Это переобучение лежит в основе терапии и является активным процессом, включающим синаптическую модификацию миндалины.

Транскраниальная магнитная стимуляция

Актуальные клинические руководства рекомендуют для лечения посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) когнитивно-поведенческую терапию и терапию длительной экспозицией (ТДЭ) – методы, действенность которых доказана многочисленными качественными исследованиями и в настоящее время не вызывает сомнений. Однако недавний обзор рандомизированных клинических исследований боевого посттравматического стрессового расстройства, показал, что, хотя КПТ и ТДЭ действительно приводят к значительному улучшению состояния пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством, примерно две трети пациентов, прошедших лечение этими методами, продолжают соответствовать всем критериям посттравматического стрессового расстройства. Таким образом, для улучшения результатов лечения критически необходимы новые подходы к лечению. ТМС, как безопасный и неинвазивный метод, представляет в свете этого интерес.

Метод заключается в локальном воздействии электрическими импульсами на определенные зоны коры головного мозга с опосредованным влиянием на патологически измененную нейрональную активность. Различные методики ТМС могут оказывать стимулирующий либо тормозящий эффект на синаптическую трансмиссию. Эта особенность определяет выбор методики для конкретного пациента. Длительность курса ТМС в среднем составляет 15-25 сеансов по 30-45 минут. Сеансы проводятся ежедневно.

Выводы

Таким образом, можно сделать вывод, что посттравматическое стрессовое расстройство является серьезной проблемой. ПТСР часто сочетается с другими психическими заболеваниями, такими как депрессия, тревожные расстройства и зависимости, а также может приводить к дезадаптивному поведению участников боевых действий, суицидам, насилию и проблемам в семье и обществе.

Впервые о данной проблеме начали говорить в период первой мировой войны, когда большое количество военнослужащих, у которых появились проблемы со сном, беспричинный тремор, судороги, амнезия, звон в ушах, стало проблемой для командования. В последующем, данное и подобные расстройства М. Ногоwitz было предложено выделить в один синдром под названием "посттравматическое стрессовое расстройство".

ПТСР развивается вследствие неспособности индивида справиться с экзогенным психотравмирующим воздействием чрезвычайного характера. В когнитивных моделях ПТСР, которые в настоящее время нашли свое подтверждение в исследованиях с использованием современных возможностей нейровизуализации, патогенез ПТСР тесно связан с нарушением процессов переработки информации и интеграции травматического опыта в общую биографическую память пациента.

В клинической картине ПТСР выделяют следующую специфическую симптоматику:

Повторяющиеся переживания травмирующего события (флэшбеки); Избегание действий и ситуаций, напоминающих о травме; Чрезмерное физиологическое возбуждение (бессонница, гипервигилитет – сверхнастороженность, повышенная реакция испуга).

Согласно МКБ-10, симптомы должны возникать в течение 6 месяцев после травматического события.

В качестве основной терапевтической стратегии пациентам с ПТСР рекомендована комбинация психофармакотерапии (СИОЗС, антипсихотики, бензодиазепины) и психотерапии (когнитивно-поведенческая терапия, ДПДГ).

Литература

- 1) Психотерапия: учебник / под ред. А. В. Васильевой, Т. А. Караваевой, Н. Г. Незнанова. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. — 864 с.
- 2) Каплан ГИ, Сэдок БДж. Руководство по медикаментозному лечению в психиатрии : Пер. с англ. //Москва: МЕДпресс-информ; 2021. 480 с.
- 3) Клинические рекомендации "Посттравматическое стрессовое расстройство" – российское общество психиатров; 2023.
- 4) Психиатрия : национальное руководство : краткое издание / гл. ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 768 с.
- 5) Васильева А.В. Психические нарушения, связанные с пандемией COVID-19 (международный опыт и подходы к терапии). Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020;
- 6) Васильева А.В. Посттравматическое стрессовое расстройство - от травматического невроза к мкб-11: особенности диагностики и подбора терапии // МС. 2023. №3.
- 7) Воловик М.Г., Белова А.Н., Кузнецов А.Н., Полевая А.В., Воробьева О.В., Халак М.Е. Технологии виртуальной реальности в реабилитации участников боевых действий с посттравматическим стрессовым расстройством (обзор) // Современ. технол. мед.. 2023. №1.
- 8) Тимербулатов Ильгиз Фаритович, Гулиев Максим Абрекович, Транскраниальная магнитная стимуляция (тмс) в лечении тревожных расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 2021. №1.
- 9) Кадыров Руслан Васитович, Венгер Вероника Владимировна комплексное посттравматическое стрессовое расстройство: современные подходы к определению понятия, этиологии, диагностика и психотерапия // Психолог. 2021. №4.
- 10) Верещагина Дарья Анатольевна, Гапеенко Д. В. Модифицированный метод десенсибилизации и переработки движениями глаз в психотерапии пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях // НМП. 2012. №4.
- 11) Тимошенко Павел Сергеевич Посттравматическое стрессовое расстройство: новые вызовы современности // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. 2015. №12
- 12) Сукиасян Самвел Грантович О некоторых аспектах динамики посттравматических стрессовых расстройств у участников боевых действий // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. №1.

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

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра Психиатрии и наркологии с курсом ПД
(наименование кафедры)

Рецензия зав. кафедрой, для Березовской М.А.
(ФИО, учёная степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 2 года обучения по специальности Психиатрии
(ФИО ординатора)

Тема реферата "Психиатрическое успешное расстройство"

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	12/9
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	Отлично

Дата: «03» апреля 2023 год

Подпись рецензента


(подпись)

Березовская М.А.
(ФИО рецензента)

Подпись ординатора


(подпись)

Деревяшкин Т.В.
(ФИО ординатора)