

МКБ-10:

- **ПТСР** возникает как отставленная и/или затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию (кратковременную или продолжительную) исключительно угрожающего или катастрофического характера, которые в принципе могут вызвать общий дистресс почти у любого человека (например, природные или искусственные катастрофы, сражения, серьезные несчастные случаи, наблюдение за насильственной смертью других, роль жертвы пыток, терроризма, изнасилования или другого преступления).

ПТСР (история вопроса)

- «солдатское сердце» (Da Costa, 1871), «военный невроз» (Oppenheim, 1889), «травматический невроз» (Bleuler, 1920; Vimke, 1928), «невроз испуга» (Kraepelin, 1923), «нажитая психопатия» (Ганнушкин, 1933), «посттравматическое реактивное состояние» (М.О. Гуревич, 1949), «постреактивное развитие личности» (Гиляровский, 1943; 1946; Кербиков, 1955), «неврастенический психоз» (Сухарева, 1945);
- ПТСР впервые выделен в отдельную рубрику в DSM-III (1980); В МКБ появляется в 10-м пересмотре.

Эпидемиология ПТСР

- ПТСР развивается у 50-80% перенесших тяжелый стресс (Попов, Вид, 2002); в США - у 10-50% (Davidson et al., 1991; Kessler et al., 1995).
- ПТСР встречается у 30% ветеранов Вьетнама (Kaplan, Sadock, 1996) и 7,5% жертв террористических атак на небоскребы World Trade Centre (Galea et al., 2002).
- В мирное время: 0,5% мужчин и 1,2% женщин (Попов, Вид, 2002);
- В популяции: 7,8%, мужчины – 5%, женщины – 10,4% (Цит. по Волошин, 2005); 3-5% (Александровский, 2005); 1-3% (Kaplan, Sadock, 1996); в США – 10% (Yehuda, 1999).
- Больше войны – больше ПТСР: Алжир - 37%; Камбоджа - 28%; Эфиопия - 16%; сектор Газа - 18% (de Jong et al., 2001), Чечня – 31,2% (Идрисов, Краснов, 2005).

Психотравмирующие ситуации

- Участие в войне;
- Попадание в заложники;
- Попадание в плен;
- Бандитское нападение;
- Изнасилование;
- Нападение террористов;
- Киднэппинг;
- Природные или связанные с деятельностью человека катаклизмы.

Гендерный аспект психотравмы, вызывающей ПТСР (Kessler, 1995)

Мужчины:

- Присутствие при истязаниях и пытках (36%);
- Угрожающие жизни несчастные случаи (25%);
- Угроза с применением оружия (19%);
- Пожар и другие природные катаклизмы (11%);
- Физическое нападение (11%)

Женщины:

- Пожар и другие природные катаклизмы (15%);
- Присутствие при истязаниях и пытках (15%);
- Угрожающие жизни несчастные случаи (14%);
- Сексуальные домогательства, извращения (12%)
- Сексуальное насилие (9%)

Типы травматических ситуаций (Н.В. Тарабрина, 2001)

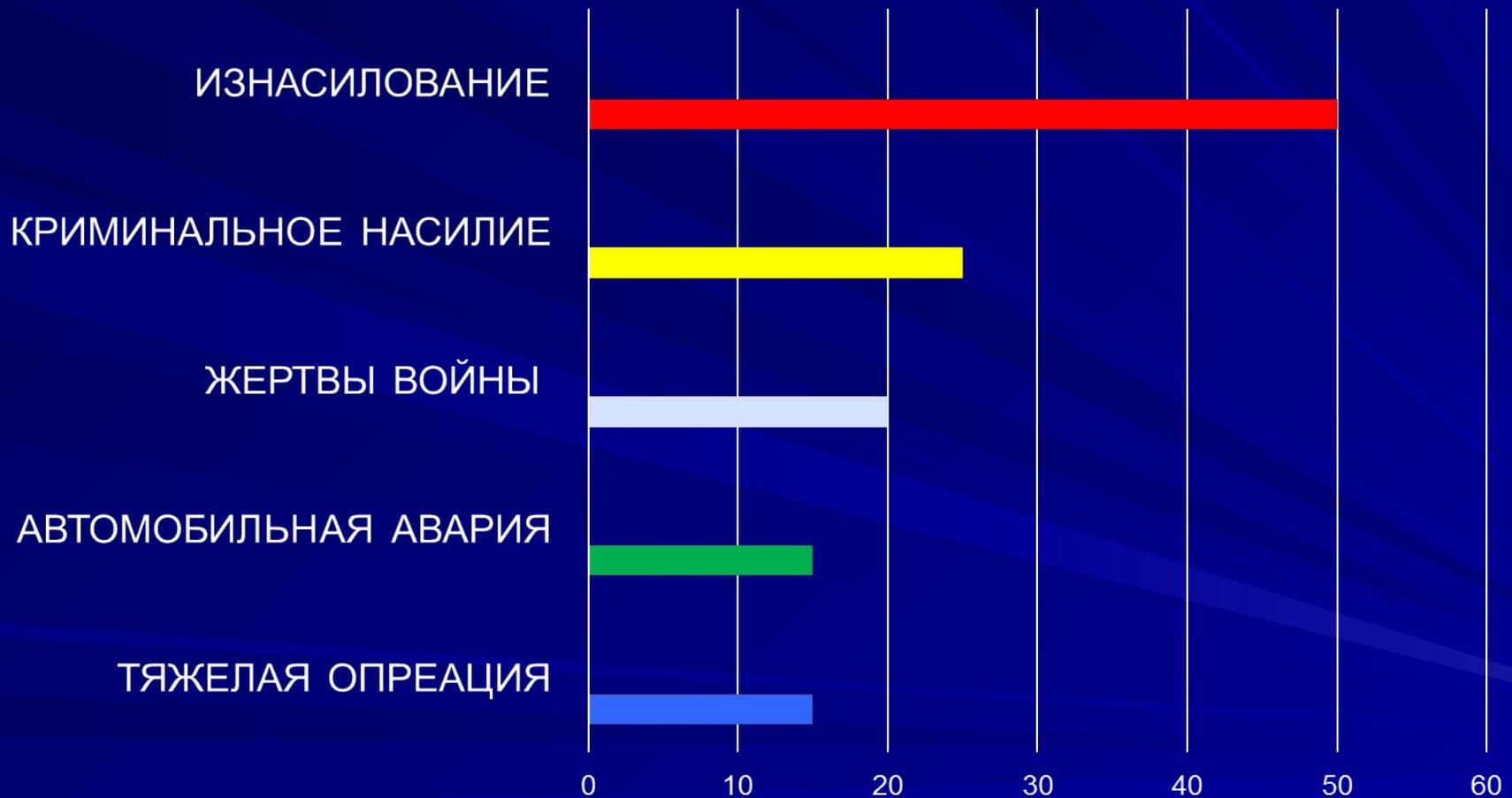
Тип 1. Краткосрочное, неожиданное травматическое событие (сексуальное насилие, естественные катастрофы, ДТП, снайперская стрельба) :

1. Единичное воздействие, несущее угрозу и требующее превосходящих возможности индивида механизмов совладания.
2. Изолированное, довольно редкое травматическое переживание.
3. Неожиданное, внезапное событие.
4. Событие оставляет неизгладимый след в психике индивида (индивид часто видит сны, в которых присутствуют те или иные аспекты события), следы в памяти носят более яркий и конкретный характер, чем воспоминания о событиях, относящихся к типу 2.
5. С большой степенью вероятности приводят к возникновению типичных симптомов ПТСР: навязчивой мыслительной деятельности, связанной с этим событием, симптомам избегания и высокой физиологической реактивности.
6. С большой степенью вероятности проявляется классическое повторное переживание травматического опыта.
7. Быстрое восстановление нормального функционирования редко и маловероятно.

Тип 2. Постоянное и повторяющееся воздействие травматического стрессора (повторяющееся физическое или сексуальное насилие, боевые действия):

1. Вариативность, множественность, пролонгированность, повторяемость травматического события или ситуации, предсказуемость.
2. Наиболее вероятно, ситуация создается по умыслу.
3. Сначала переживается как травма типа 1, но по мере того как травматическое событие повторяется, жертва переживает страх повторения травмы.
4. Чувство беспомощности в предотвращении травмы.
5. Для воспоминаний о такого рода событиях характерна их неясность и неоднородность в силу диссоциативного процесса; со временем диссоциация может стать одним из основных способов совладания с травматической ситуацией.
6. Результатом воздействия травмы типа 2 может стать изменение “Я”-концепции и образа мира индивида, что может сопровождаться чувствами вины, стыда и снижением самооценки.
7. Высокая вероятность возникновения долгосрочных проблем личностного и интерперсонального характера, что проявляется в отстраненности от других, в сужении и нарушении лабильности и модуляции аффекта.
8. Диссоциация, отрицание, намбинг, отстраненность, злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами может иметь место в качестве попытки защиты от непереносимых переживаний.
9. Приводит к тому, что иногда обозначают как комплексный ПТСР, или расстройство, обусловленное воздействием экстремального стрессора.

Вероятность развития ПТСР в зависимости от стрессовой ситуации



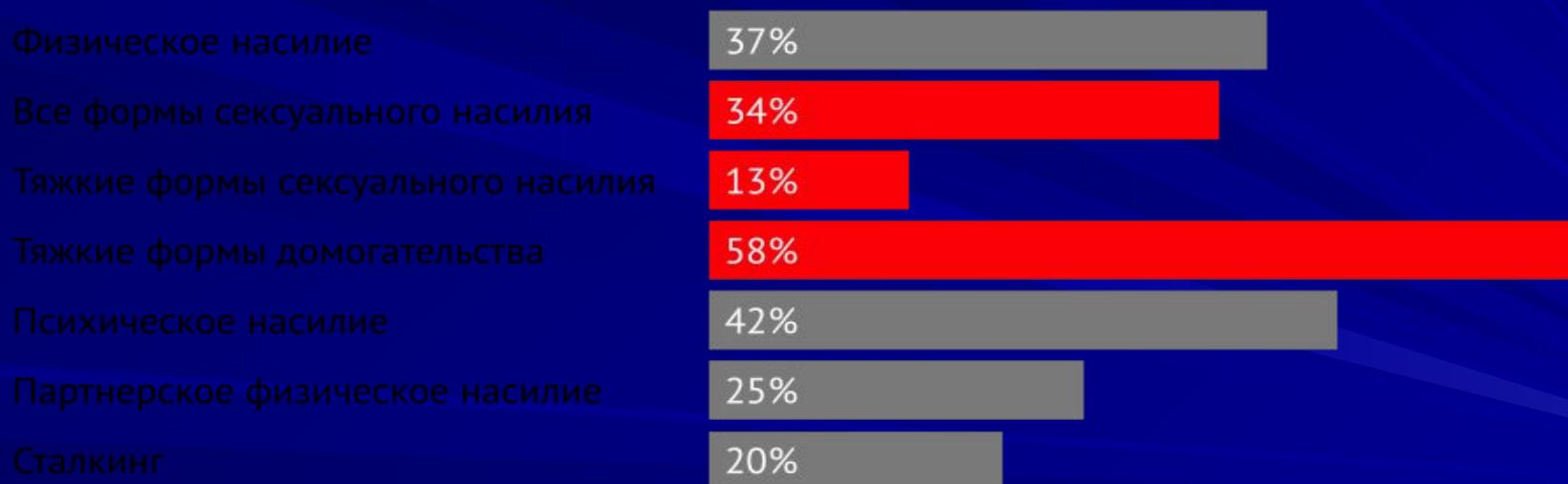
Распространенность сексуального насилия

- Доклад ВОЗ о предотвращении насилия, 2014:
 - 20% девочек и 5–10% мальчиков по всему миру.
- Национальное исследование во Франции, 2014:
 - дети – самые частые жертвы сексуального насилия
 - 81% случаев сексуального насилия происходит до достижения возраста 18 лет
 - 70% будут снова жертвами сексуального насилия во взрослом возрасте
 - 96% виновников – мужчины
 - 94% преступников находились в близком окружении
 - 50% преступников – близкие члены семьи
 - 25% преступников – несовершеннолетние

Распространенность насилия против женщин

Исследование о насилии в отношении женщин в Германии в 2002–2010

по указу правительства Германии. 10264 опрошенных женщин в возрасте от 16 до 25



Проституция: пережившие насилие в детстве, в %

Farley, 2003

Физическое насилие

49%

Сексуальное насилие

63%

BMFSFJ, 2004

Физическое насилие

73%

Сексуальное насилие

43%

Zumbeck, 2001

Физическое насилие

65%

Сексуальное насилие

50%

Круг основных этиологических и патогенетических звеньев, определяющих включение симптоматики невротического уровня

Экзогенные факторы

Травма головы

Интоксикация

Психогения

Эндогенные факторы

Функциональное состояние организма

Генетические особенности

Личностные особенности



Невротические расстройства

Факторы, способствующие развитию ПТСР

- Характерологические особенности личности; химическая аддикция; психотравмы в анамнезе (насилие в детстве, несчастные случаи); психические заболевания у членов семьи (Мак Глинн, Меткалф, 1989);
- Молодой возраст, одиночество, развод, вдовство, бедность и социальная изоляция (Каплан, Садок, 1994);
- Предиспонирующие факторы, такие как личностные черты (например, компульсивные, астенические) или предшествующее невротическое заболевание (МКБ-10).
- Длительность и выраженность психической травмы (Погосов, 2006).

Особенности личности и ПТСР

- Выраженная преморбидная акцентуация у большинства больных: у 67% (Бурмашева, 1999); более 90% (Волошин, 2004).
- Преобладают: ананкастные, психастенические, истерические и возбудимые акцентуированные черты (Волошин, 2004).

Критерии ПТСР F43.1 (МКБ-10)

1. Кратковременное или длительное пребывание в чрезвычайно угрожающей или катастрофической ситуации, вызывающий дистресс почти у любого человека;
2. Вспышки пережитого (flash backs), находящие свое отражение и во снах, усиливающиеся при попадании в ситуации, напоминающие стрессовую или связанные с ней;
3. Избегание ситуаций, напоминающие стрессовую или связанные с ней, при отсутствии такого поведения до стресса;
4. Один из следующих двух признаков:
 - А. частичная или полная амнезия важных аспектов перенесенного стресса;
 - Б. наличие не менее двух признаков повышенной психической чувствительности и возбудимости, отсутствовавших до экспозиции к стрессу: *нарушение засыпания, поверхностный сон; раздражительность или вспышки гневливости; снижение концентрации; повышенный уровень бодрствования; повышенная боязливость;*
5. За редкими исключениями, соответствие критериям 2-4 наступает в пределах 6 месяцев после экспозиции к стрессу или окончания его действия.

Критерии посттравматического стрессового расстройства по *DSM-IV*:

А. Индивид находился под воздействием травмирующего события, причем должны выполняться оба приведенных ниже пункта:

- Индивид был участником, свидетелем либо столкнулся с событием (событиями), которые включают смерть или угрозу смерти, или угрозу серьезных повреждений, или угрозу физической целостности других людей (либо собственной).
- Реакция индивида включает интенсивный страх, беспомощность или ужас.

Примечание: у детей реакция может замещаться ажитирующим или дезорганизованным поведением.

Критерии посттравматического стрессового расстройства по *DSM-IV*:

- В. Травматическое событие настойчиво повторяется в переживании одним (или более) из следующих способов.
1. Повторяющееся и навязчивое воспроизведение события, соответствующих образов, мыслей и восприятий, вызывающее тяжелые эмоциональные переживания.
Примечание: у маленьких детей может появиться постоянно повторяющаяся игра, в которой проявляются темы или аспекты травмы.
 2. Повторяющиеся тяжелые сны о событии.
Примечание: у детей могут возникать ночные кошмары, содержание которых не сохраняется.
 3. Такие действия или ощущения, как если бы травматическое событие происходило вновь (включает ощущения “оживания” опыта, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные эпизоды — “флэшбэк”-эффекты, включая те, которые появляются в состоянии интоксикации или в просоночном состоянии).
Примечание: у детей может появляться специфичное для травмы повторяющееся поведение.
 4. Интенсивные тяжелые переживания, которые были вызваны внешней или внутренней ситуацией, напоминающей о травматических событиях или символизирующей их.
 5. Физиологическая реактивность в ситуациях, которые внешне или внутренне символизируют аспекты травматического события.

Критерии посттравматического стрессового расстройства по *DSM-IV*:

- С. Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, и *numbing* — блокировка эмоциональных реакций, оцепенение (не наблюдалось до травмы). Определяется по наличию трех (или более) из перечисленных ниже особенностей.
1. Усилия по избеганию мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой.
 2. Усилия по избеганию действий, мест или людей, которые пробуждают воспоминания о травме.
 3. Неспособность вспомнить о важных аспектах травмы (психогенная амнезия).
 4. Заметно сниженный интерес или участие в ранее значимых видах деятельности.
 5. Чувство отстраненности или отдаленности от остальных людей.
 6. Сниженная выраженность аффекта (неспособность, например, к чувству любви).
 7. Чувство отсутствия перспективы в будущем (например, отсутствие ожиданий по поводу карьеры, женитьбы, детей или пожелания долгой жизни).

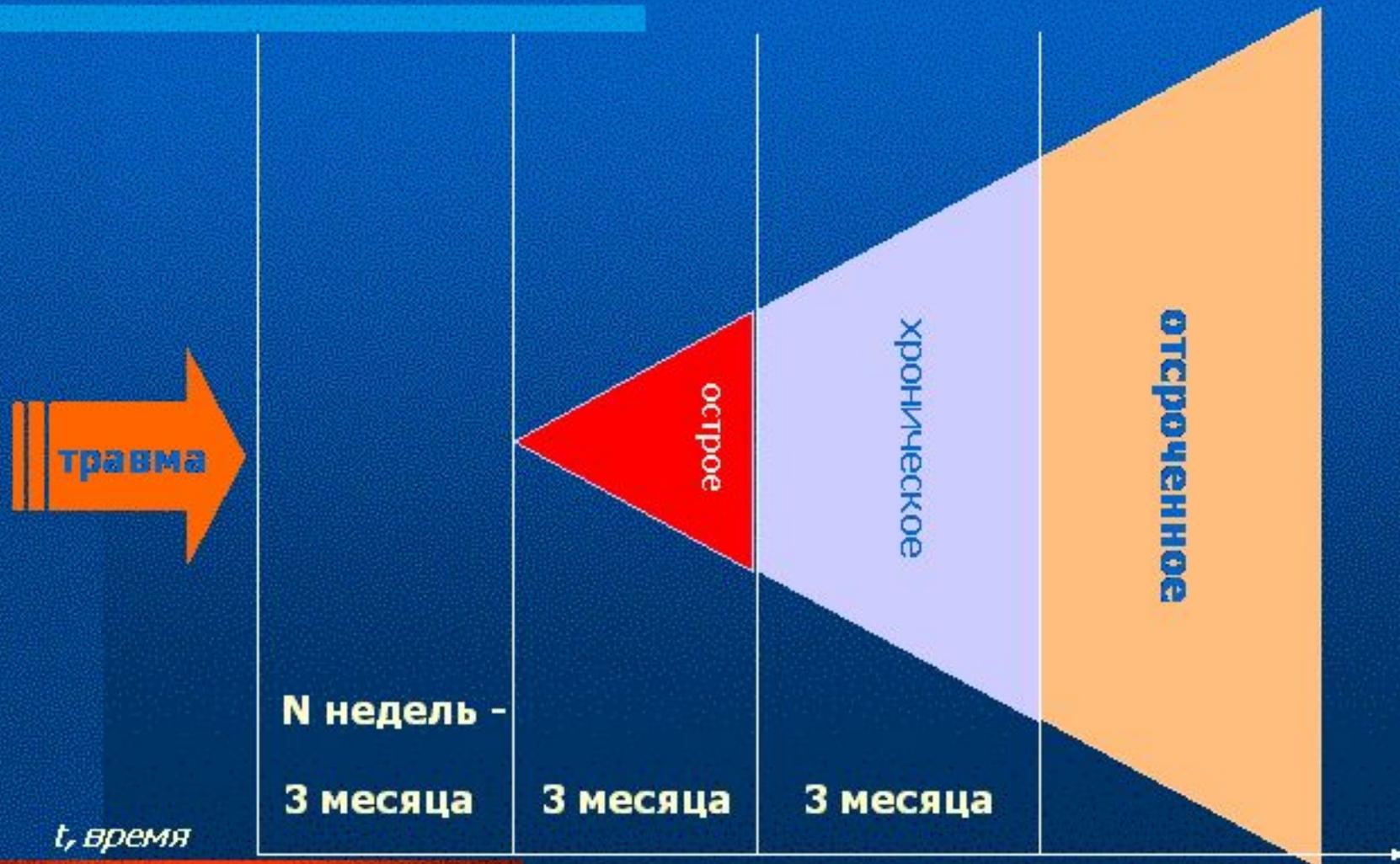
Критерии посттравматического стрессового расстройства по *DSM-IV*:

- D. Постоянные симптомы возрастающего возбуждения (которые не наблюдались до травмы). Определяются по наличию по крайней мере двух из нижеперечисленных симптомов.
1. Трудности с засыпанием или плохой сон (ранние пробуждения).
 2. Раздражительность или вспышки гнева.
 3. Затруднения с сосредоточением внимания.
 4. Повышенный уровень настороженности, гипербдительность, состояние постоянного ожидания угрозы.
 5. Гипертрофированная реакция испуга.
- E. Длительность протекания расстройства (симптомы в критериях B, C и D) более чем 1 месяц.
- F. Расстройство вызывает клинически значимое тяжелое эмоциональное состояние или нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности.

ПТСР в *DSM-5*

- 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, а также E - повышенное возбуждение и реактивность. Таким образом, критерий C в DSM-IV (избегание и блокировка эмоций) был разделен на два критерия: C (избегание) и D (негативные последствия для когнитивной сферы и настроения).
- Три новых симптома были добавлены: в критерий D – стойкое и неадекватное обвинение себя и других, а также пониженное настроение. В критерий E - неосторожное или разрушительное поведение
- Другие симптомы были пересмотрены для уточнения степени их выраженности. Симптомы из пункта 2 критерия A (включающий страх, беспомощность или ужас, возникающий сразу после травмы) удалены из DSM-V, поскольку исследования показали, что критерий они не повышают точность диагностики (Friedman et al., 2011).
- Посвились новые подтипы ПТСР со своими критериями: *ПТСР у детей 6-ти лет и моложе (предшкольный подтип ПТСР)* и *диссоциативный подтип ПТСР*. Диагноз диссоциативного подтипа применим к лицам, которые отвечают критериям ПТСР наряду с проявлениями деперсонализации и дереализации (Lanius et al., 2012).

ПТСР: типология расстройства



Теоретические модели ПТСР

- Психодинамические концепции;
- Когнитивные концепции;
- Психосоциальные концепции;
- Двухфакторная теория;
- Теория патологических ассоциативных эмоциональных цепей;
- Мультифакторная концепция.

Психодинамические концепции

- П. Жане (1889): *диссоциация* возникает как следствие перегрузки сознания при переработке травматических ситуаций. Воспоминание отделяется от сознания (диссоциируется), чтобы потом ожить как эмоциональное состояние, либо как телесное, либо в виде представлений и образов, либо как инсценирование определенного поведения.
- З. Фрейд: психотравма возникает в том случае, когда чрезмерный стимул пробивает «стимульный барьер» («щит»). В одном из вариантов травма детерминирует возникновение и содержание симптомов.
- М. Хан: «кумулятивная травма» возникает из незначительных повреждений в результате промахов матери при осуществлении функции «щита».

Понятие травмы и современный психоанализ (J. Sandler et al., 1991)

1. Наличие события, субъективно воспринимаемое индивидом как травматическое;
2. Психопатологические последствия травматического события, возникающие либо немедленно, либо отсрочено;
3. Усиление подверженности будущей травматизации вследствие пережитого травматического события;
4. Причина любой психопатологии и, следовательно, фокус психотерапевтического воздействия.

КОГНИТИВНЫЕ КОНЦЕПЦИИ

- Восходят к теории стресса. Главное – когнитивная оценка ситуации: первичная (оценка стрессовой ситуации) и вторичная (оценка собственных ресурсов в совладании с данной ситуацией). В зависимости от этого формируются копинг-стратегии – действенная, направленная на преодоление стрессовой ситуации и эмоционально-сфокусированной, направленной на улучшение эмоционального состояния (R. Lazarus, 1966; 1984).
- Когнитивная модель реакции страха: включает оценку степени опасности и оценку степени ресурсов совладания ситуацией, что в результате приводит к моторным реакциям (A. Beck, G. Emery, 1985).
- Психическая травма представляет собой изменение базисных убеждений личности в доброжелательности-враждебности окружающего мира. Процесс совладания с травмой состоит в восстановлении базисных убеждений (R. Janoff-Bulman, 1998).

Психосоциальные концепции

(Н.В. Тарабрина и др., 2007)

- Выделение социальных факторов, влияющих на успешность адаптации жертв психотравмы:
 1. Отсутствие физических последствий;
 2. Прочное финансовое положение;
 3. Сохранность прежнего социального статуса;
 4. Наличие социальной поддержки со стороны общества и особенно близких людей.
- Компульсивное повторное переживание травматических ситуаций: индивид неосознанно стремится к участию в ситуациях, сходных с начальным травматическим событием в целом или с каким-то его аспектом (насилие, проституция, аутодеструкция и т.д.).

Двухфакторная теория

- **Первый фактор:** принцип условно-рефлекторной обусловленности ПТСР. Стресс – это безусловный стимул, вызывающий реакцию. Другие события, напоминающие этот стимул, могут вызвать сходную реакцию.
- **Второй фактор:** теория поведенческой, оперантной обусловленности развития синдрома. При воздействии событий, имеющих сходство с первичным стимулом, возникает стремление к избеганию такого воздействия, что и лежит в основе психодинамических моделей.

(Модель не объясняет постоянного возвращения к переживаниям травмы, флешбэки и т.д.)

Теория патологических ассоциативных эмоциональных цепей (Р. Питмен)

- Специфическая информационная структура в памяти, обеспечивающая развитие эмоциональных состояний («сеть») включает информацию о:
 1. внешних событиях, а также условиях их появления;
 2. реакции на эти события, включая речевые компоненты, двигательные акты, висцеральные и соматические реакции;
 3. смысловой оценке стимулов и актов реагирования.
- При определенных условиях эта цепь начинает работать как единое целое. В основе ПТСР лежит формирование аналогично построенных патологических ассоциативных структур.

(Объяснив флэшбеки, теория с трудом объясняет навязчивые воспоминания и ночные кошмары)

Мультифакторная концепция (А. Мэркер)

- Описание трех групп факторов, сочетание которых приводит к возникновению ПТСР:
 1. Факторы, связанные с травматическим событием: тяжесть травмы, ее неконтролируемость, неожиданность;
 2. Защитные факторы: способность к осмыслению происшедшего, наличие социальной поддержки, механизмы совладания;
 3. Факторы риска: возраст к моменту травматизации, отрицательный прошлый опыт, психические расстройства в анамнезе, низкий социально-экономический уровень.

Типология ПТСР

- Тревожный тип (36%);
- Дисфорический тип (26%);
- Апатический тип (20%);
- Соматоформный тип (18%).

В.М. Волошин, 2004; 2005

Тревожный тип ПТСР

- Наиболее полно отвечает критериям диагностики по МКБ-10 и DSM-IV;
- Наиболее выражены симптомы избегающего поведения и характерна тревожно-тоскливая структура депрессии;
- В преморбиде преобладают ананкастные и истерические черты личности.

Дисфорический тип ПТСР

- Отличается раздражительностью, агрессивностью, гневливостью, непроизвольными фантазиями сценоподобного характера, с переживанием внутреннего недовольства вплоть до вспышек злобы и ярости на фоне мрачно-угнетенного настроения;
- Типичны выраженные симптомы избегающего поведения и депрессия тоскливой структуры с тревожными и апатическими включениями;
- В преморбиде доминируют ананкастные и эмоционально-неустойчивые личностные черты.

Апатический тип ПТСР

- Отличается преобладанием вялости со снижением интереса к происходящему, безразличием и равнодушием к значимым жизненным событиям, пассивным поведением, переживанием утраты чувства удовольствия от жизни и доминированием идей малоценности.
- Расстройства сна характеризуются гиперсомнией, мучительной дремой.
- Избегающее поведение малохарактерно;
- Доминирует депрессия апатической структуры с тоскливо-тревожными включениями;
- В преморбиде преобладают ананкастные и истерические личностные черты.

Соматоформный тип ПТСР

- Отличается болезненными и неприятными ощущениями с преимущественной локализацией в кардиологической, гастроэнтерологической и церебральной анатомических областях, сочетающихся с психовегетативными пароксизмами;
- Указанные расстройства возникают спустя 6 и более месяцев после стресса (отставленный вариант ПТСР);
- Нехарактерно избегающее поведение;
- Депрессия представлена недифференцированной гипотимией с отчетливыми тревожно-фобическими включениями. Типична фиксация на телесных ощущениях и пароксизмальных приступов с тревогой ожидания и слабовыраженное переживание психотравмирующей ситуации;
- Преобладают личности с алекситимическими и ананкастными чертами.

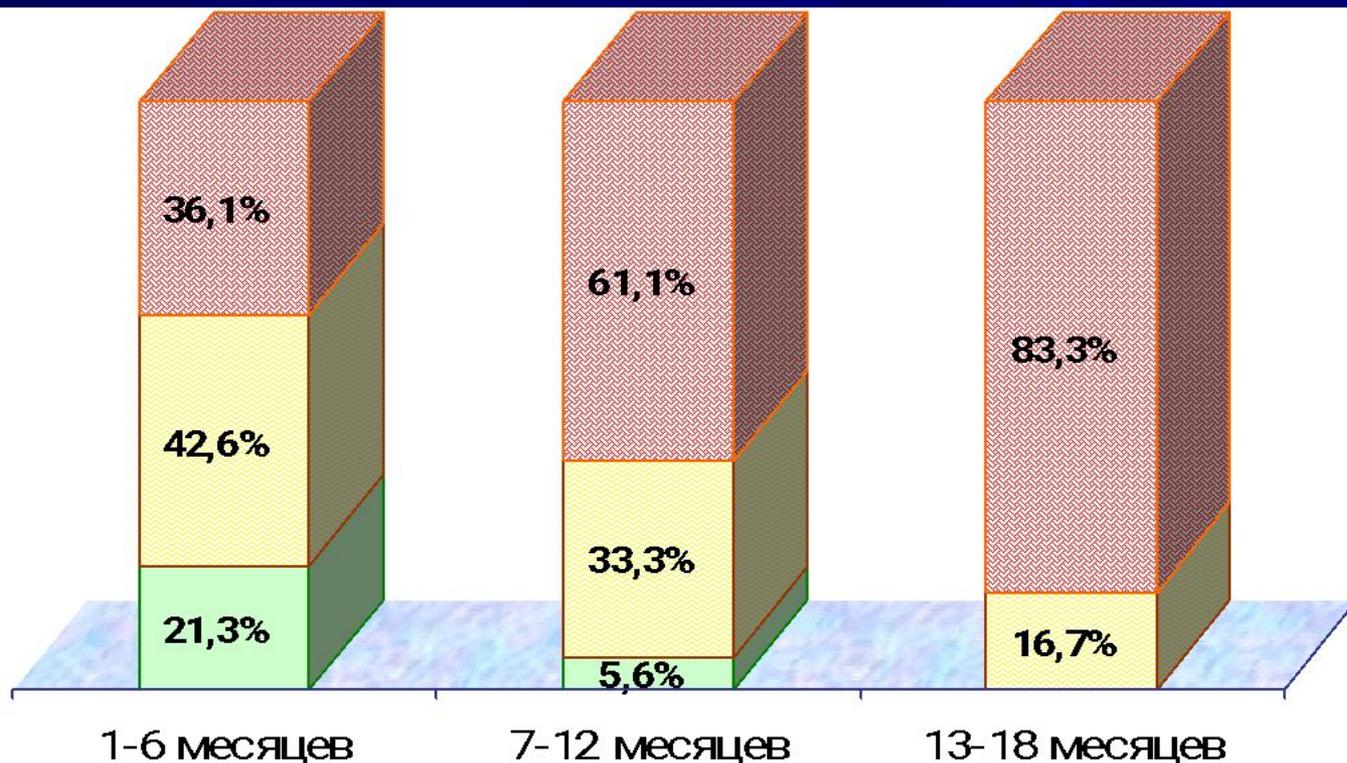
Особенности ПТСР при боевом стрессе (В.М. Волошин, 2005)

- На начальном этапе доминируют тревожный (80%) и соматоформный (20%) типы, которые в процессе динамики болезни видоизменяются и трансформируются;
- В 55% изначально тревожный тип ПТСР трансформируется в дисфорический и апатический типы, а в 45% не меняет структуры.

Течение ПТСР при боевом стрессе (В.М. Волошин, 2005)

- Регрессиентный вариант (37%) характеризуется спонтанным снижением интенсивности и частоты симптомов (*чаще апатический тип*);
- Прогрессиентный вариант (28%) определяется нарастанием частоты и интенсивности симптомов (*чаще тревожный тип*);
- Стационарный вариант (20%) характеризуется неизменной по частоте и степени выраженности симптоматикой (*чаще соматоформный тип*);
- Смешанный вариант (15%) характеризуется разнонаправленными тенденциями по частоте симптомов и степени их выраженности – часть симптомов с момента появления спонтанно нивелируется, а другая часть усугубляется (*чаще дисфорический тип*).

Катамнез реактивных состояний в зависимости от продолжительности службы в Афганистане



- стойкая социально-психологическая дизадаптация
- отсутствие долгосрочных психологических последствий
- повышение адаптивности личности

Особенности ПТСР при небоевом стрессе (В.М. Волошин, 2005)

- На начальном этапе преобладает тревожный тип, соматоформный нехарактерен;
- Динамика характеризуется полиморфным (80%) течением, но с доминированием регрессиентного (80%) варианта динамики симптомов. Прогрессиентная динамика встречается реже (20%).

Стадийность течения ПТСР (Погосов, 2006)

1. Непосредственная реакция на стресс (острая реакция на стресс - F43.0) – наблюдается ~ у $\frac{1}{4}$ больных;
2. Формирование стержневых синдромов ПТСР;
3. Присоединение коморбидных состояний.

Коморбидные расстройства при ПТСР

- Химические (алкоголизм, наркомания) и нехимические зависимости;
- Аффективные и тревожные расстройства;
- Конверсионные расстройства;
- Патохарактерологическое развитие личности (эмоционально-неустойчивое, тревожное, ананкастное).

Сходство ПТСР и других психопатологических расстройств

- Депрессия: снижение интересов, психическая анестезия, нарушения сна и концентрации внимания;
- Генерализованное тревожное расстройство: раздражительность, настороженность, пугливость и боязливость;
- Социальная фобия и паническое расстройство: соматовегетативные нарушения, в ответ на события, напоминающие психотравму.

Особенности коморбидных психических заболеваний при ПТСР

1. Полиморфизм клинической картины;
2. Наложение внешне сходных свойств;
3. Чередование доминирования одного заболевания в разные временные периоды;
4. Длительное превалирование признаков одного заболевания;
5. Взаимовлияние сосуществующих заболеваний.

Модели аддикции при ПТСР

Аддикция → ПТСР

ПТСР → Аддикция

- Некоторые потребители психоактивных веществ, чтобы поддерживать свою привычку, многократно попадают в опасные ситуации и, как следствие, часто переносят физические и психологические травмы [Cottler L.V., et al., 1992].
- Хроническое употребление психоактивных веществ может вызывать более высокий уровень возбуждения и тревоги, а также сенсбилизацию нейробиологических систем стресса злоупотребление ими может повышать степень восприимчивости к развитию посттравматического стрессового расстройства после пережитой травмы [Leslie K. et al., 2001].
- Зависимость рассматривается как патология сопутствующая ПТСР. При такой модели употребление этих веществ является формой самолечения [Каплан Г.И., Сэдок Б.Д., 1994].
- Прекращение употребления ПАВ, особенно депрессантов центральной нервной системы, может инициировать цикл, включающий стойкий и непрерывный рецидив их употребления [van der Kolk B., et al., 1985].
- Алкоголь редуцирует объективно измеряемый рефлекс испуга [Hutchison K.E., et al., 1997].

Эпидемиология

- 40-50 % ветеранов Вьетнама с ПТСР злоупотребляли алкоголем [Nase M., 1988].
- Почти у 75% ветеранов боевых действий с ПТСР на протяжении жизни отмечаются симптомы, позволяющие диагностировать злоупотребление алкоголем или алкогольную зависимость [Kulka R.A., et al., 1990].
- В популяциях гражданских лиц показатели (на протяжении жизни) распространенности расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, колеблются от 21,6 до 43,0% у лиц с посттравматическим стрессовым расстройством по сравнению с 8,1–24,7% у лиц без этого расстройства [Kessler R.C., et al., 1995; Breslau N., et al., 1991].
- По данным С.В. Литвинцева [1994], в структуре санитарных потерь психиатрического профиля в Афганистане аддиктивные расстройства заняли 2-е место после реактивных состояний и составили среди рядовых 31,1% (гашишная, опийная и полисубстантная формы аддикции), среди офицеров и прапорщиков — 35,2% (алкоголизм, алкогольные психозы и привычное пьянство). Уровень их в ходе войны ежегодно возрастал.
- Среди лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, показатель распространенности посттравматического стрессового расстройства в общей популяции составляет 8,3% [Cottler L.V., et al., 1992]. Показатели распространенности этого расстройства выше среди стационарных пациентов наркологического профиля – до 42,5% [Dansky B.S., et al. 1995].
- Среди взрослых лиц (средний возраст 37,5 лет) со злоупотреблением или зависимостью от алкоголя от 30% до 59% отвечают современным критериям ПТСР, причем у женщин этот показатель может достигать 28%, а среди мужчин – 52% . [См. Ralevski E. et al., 2014].



Причины ПАВ злоупотребления при ПТСР

- Костэн и Кристал [Kosten & Krystal, 1988] утверждали, что алкоголь и героин, возможно, были способами активного совладания (или адаптации) с беспомощным состоянием, вызванным чрезвычайным стрессом войны. Кроме того, алкоголь мог временно противодействовать состояниям ангедонии и оцепенения, связанным с ПТСР.
- Пенк и коллеги [Penk et al., 1988] сделали вывод, что злоупотребление ПАВ у Вьетнамских ветеранов, участвовавших в боях, имело "травмогенную" основу. Они обнаружили, что способы преодоления путем избегания характерны для ПТСР и потребления ПАВ.
- Прогрессиентность стресс-провоцированных аддиктивных расстройств определяется не столько наркогенностью употребляемого вещества, сколько степенью преморбидной сохранности индивида [Снедков Е.В., 1994].

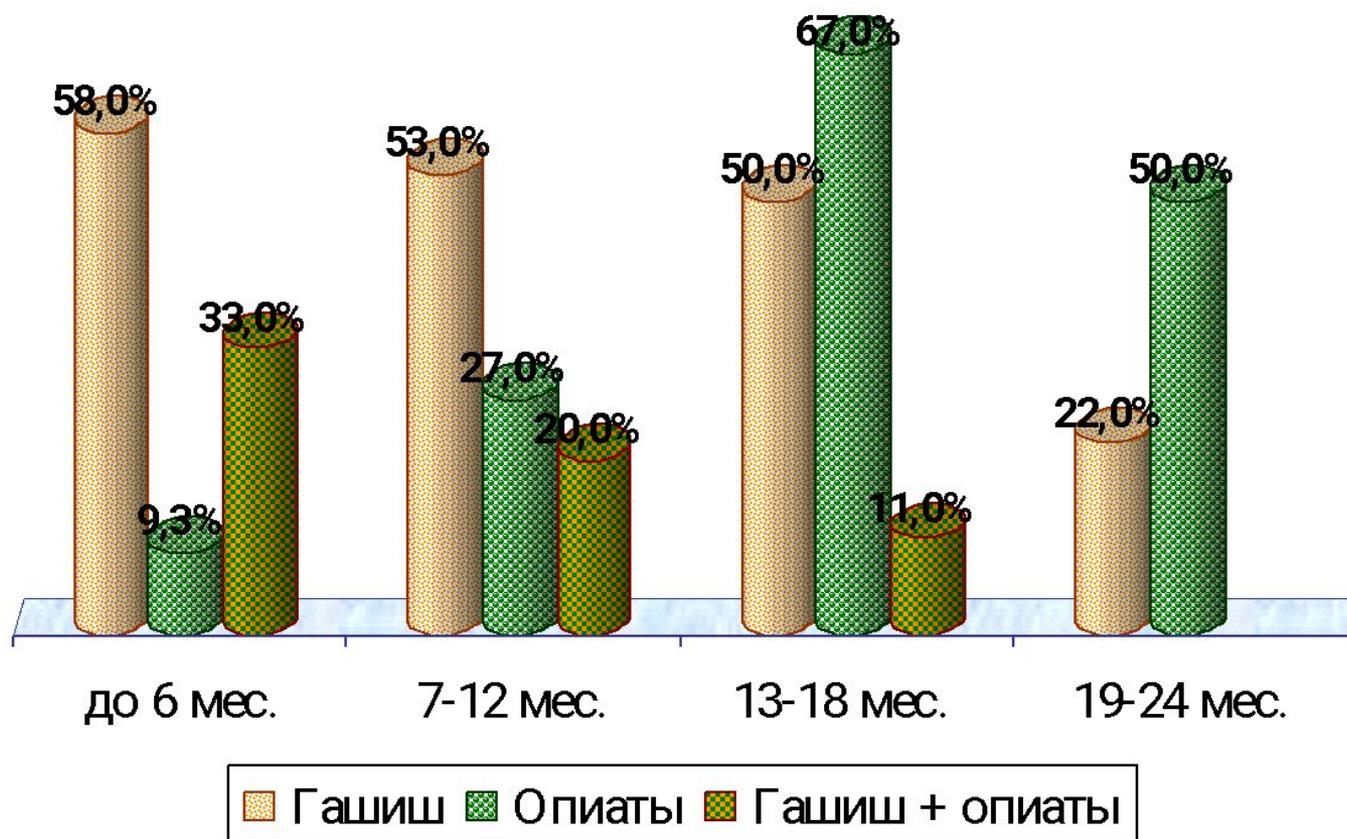


Факторы, способствующие формированию аддиктивных расстройств в боевой обстановке

- продолжительность пребывания в боевой обстановке,
- непосредственное участие в боевых действиях,
- длительный отрыв от дома и общества,
- социально-психологическая депривация,
- ностальгические переживания,
- доступность ПАВ,
- недостатки в организации психиатрической помощи.



Выбор наркотика в зависимости от продолжительности службы в Афганистане (Е.В. Снедков, 1994)



Злокачественность аддикции при боевом ПТСР

- Алкоголизм, развившийся на фоне ПТСР, отличается от первичного алкоголизма тесной связью симптоматики с пережитой психотравмой, более высокими темпами прогрессивности, преобладанием психопатологических расстройств над соматовегетативными (Цыганков Б.Д. и др., 2011).
- Клинико-динамическими особенностями алкогольной зависимости на фоне ПТСР являются: высокопрогрессивное формирование, постоянная форма злоупотребления алкоголем; высокая толерантность к алкоголю; быстрое возникновение измененных форм алкогольного опьянения с эксплозивностью и брутальностью, выраженные социальные и соматические последствия злоупотребления алкоголем (Петросян Т.Р., 2008)
- Из числа американских военнослужащих, злоупотреблявших во Вьетнаме наркотиками, только 5% сразу по возвращении домой обнаружили себя наркоманами и ещё 16% возобновили наркотизацию в дальнейшем. Эти цифры также свидетельствуют в пользу ситуационной обусловленности аддиктивных расстройств в боевой обстановке (Личко А.Е., Битенский В.С., 1991).
- Аддиктивное поведение в боевой обстановке может расцениваться в качестве одной из разновидностей реактивного состояния, тогда как в патогенезе наркоманий стресс выполняет роль триггера, реализующего конституциональную предрасположенность (Снедков Е. В., 1994).

ПТСР и опиоидная зависимость

- Симптомы ПТСР и опиоидной зависимости могут перекрываться: симптомы отмены опиоидов могут имитировать проявления гиперреактивности у пациентов с ПТСР.
- Вероятно существуют общие патофизиологические механизмы этой коморбидной патологии
- Сочетание опиоидной заместительной терапии с когнитивно-поведенческой терапией предназначенной для лиц с ПТСР и опиоидной наркоманией может улучшить результаты лечения у этой популяции больных.

Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)

В1	Периодически повторяющиеся и навязчивые беспокойные воспоминания о событии.	
В2	Интенсивный психологический дискомфорт и тревога при влиянии событий, символизирующих или напоминающих аспект травматического события, включая его годовщины.	
В3	Внезапное появление в сознании эпизода психотравмирующей ситуации в виде образов, звуков, запахов, с переживанием ее заново и как бы перенесением в нее наяву, с ощущением чрезвычайной реалистичности переживания. Феномен «флэшбэк».	
В4	Появление навязчивых и компульсивных мыслей, связанных с психотравмирующим событием, но без погружения в воспоминания, с возникновением ощущения дискомфорта, тревоги, подавленности, зачастую с невозможностью переключиться на другие мысли, отвлечься.	

Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)

C5	Попытки избегания мыслей или чувств, ассоциирующихся с травмой.	
C6	Попытки избегания деятельности или ситуаций, вызывающих воспоминания о травматическом событии.	
C7	Неспособность вспомнить важный аспект травмы (психогенная амнезия).	
C8	Заметно сниженный интерес к значимой деятельности	
C9	Чувство отчужденности или обособленности от других.	
C10	Ограничение эмоциональных реакций, болезненная психическая анестезия, например неспособность испытывать нежные чувства.	
C11	Пессимистическая оценка будущего, например без надежды сделать карьеру, жениться, обзавестись детьми, прожить долгую жизнь и др.	

Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)

D12	Трудности с засыпанием или со сном.	
D13	Раздражительность или вспышки гнева.	
D14	Трудности в концентрации внимания.	
D15	Настороженность,	
D16	Не свойственная ранее пугливость и реакции испуга при воздействии внешних раздражителей.	

Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)

	Возникновение тахикардии, дрожи в теле, мышечной напряженности, потливости и других соматовегетативных симптомов при столкновении с ситуацией, напоминающей или символизирующей аспект травматического события или само событие.	
	Социальная деятельность.	
	Профессиональная деятельность.	
	Общая серьезность.	
	Улучшение.	

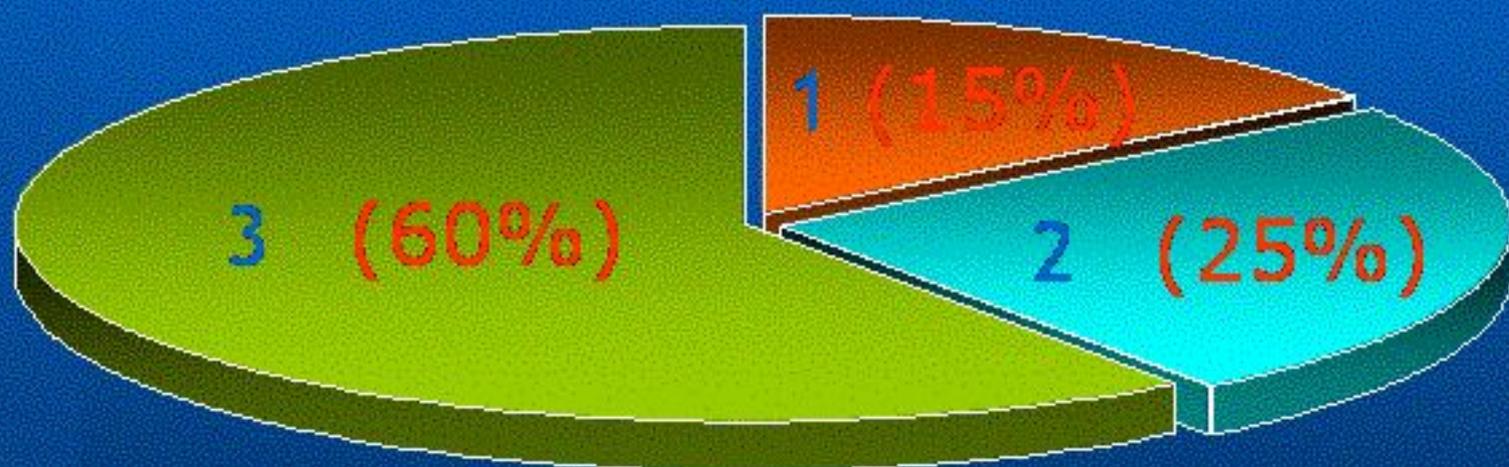
Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)

AS23	Чувство вины за преступление или оплошность.
AS24	Чувство вины за то, что уцелел, остался в живых.
AS25	Одержимость мыслями о мести, включая мысли об убийстве.
AS27	Разочарование во властях или представителях власти.
AS28	Чувство безнадежности.
AS29	Ухудшение памяти, забывчивость.
AS30	Печаль и депрессия.

Механизмы агрессивных действий комбатантов



Направленность лечебно-реабилитационных мероприятий при социально-стрессовых расстройствах



- 1 — медицинская помощь;
- 2 — психологическая помощь, в том числе психотерапия, медико-психологическая и медико-реабилитационная помощь;
- 3 — социальная, в том числе реабилитационная помощь.

ПТСР: принципы терапии

- Фармакотерапия:

1. антидепрессанты,
2. стабилизаторы настроения,
3. анксиолитики,
4. седативные нейролептики;

- Психокоррекция:

1. позитивное отношение к терапии,
2. позитивное отношение к симптомам,
3. уменьшение избегания,
4. изменение смысла, придаваемого травме.



Прогноз (Davidson J. R. T., 1995)

- полное выздоровление наступает в 30 % случаев;
- у 40 % больных остаются стертые симптомы расстройства;
- у 20 % больных, несмотря на проводимое лечение, могут сохраняться расстройства средней тяжести;
- в 10 % случаев с течением времени наступает ухудшение состояния.

Факторы позитивного прогноза

(Pitman R. K. et al., 1989; Antonio Seva, 1991)

- острое развитие симптоматики,
- небольшую продолжительность расстройств (менее 6 мес),
- отсутствие психической патологии в преморбидном периоде,
- отсутствие других психологических, психопатологических или соматических проблем во время болезни,
- квалифицированная и значительная социальная поддержка.

Основные цели фармакотерапии при лечении ПТСР

- редукция клинической симптоматики, в том числе тревожно-фобических и депрессивных расстройств, навязчивых воспоминаний, симптомов нейровегетативной дисфункции и нарушений сна;
- снижение эмоциональных последствий и разрушительного влияния травмы на пациента, поддержка его морального духа и купирование чувства вины;
- облегчение проведения психотерапии и реабилитационных мероприятий

Направления фармакотерапии ПТСР

- Адреноблокаторы (пропранолол, клонидин);
- Антидепрессанты (СИОЗС, тианептин, мirtазапин, ТЦА, ИМАО);
- Противозэпилептические (карбамазепин);
- Анксиолитики;
- Атипичные нейролептики;
- Рациональная и когнитивно-поведенческая психотерапия.

Рекомендации WFSBP по фармакотерапии тревоги, ОКР и ПТСР

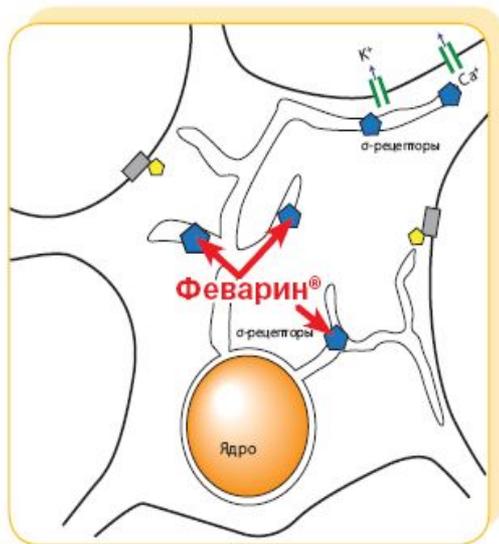
- Терапия первой линии – СИОЗС, СИОЗСН и модулятор кальциевых каналов – прегабалин. ТЦА по эффекту не слабее, но хуже переносятся.
- Терапия второй линии – присоединение бензодиазепинов, если нет аддикции. Только краткосрочные курсы бензодиазепинов возможны в качестве монотерапии.
- Фармакорезистентность – показание к присоединению КБТ.

СИОЗС в терапии ПТСР

- Пароксетин и сертралин рекомендованы как средства для лечения ПТСР американским стандартом (US Food and Drug Administration) [Asnis et al., 2004].
- Флуоксетин доказал свою эффективность в отношении симптоматики стрессовых расстройств и в качестве поддерживающей терапии для предотвращения рецидивов ПТСР [см. Вайнштейн, 2005].
- Показана эффективность эсциталопрама как профилактического средства для развития ПТСР при назначении сразу после психотравмы. Длительность приема препарата важнее в плане эффекта, чем различия в дозировках [Simon et al., 2009].
- Эффективность миртазапина (ремерон) в лечении ПТСР не меньше, чем у СИОЗС, при том что эффект развивался значительно быстрее [Bahk et al., 2002, Davidson et al., 2003].

Феварин – «тройной» эффект

Влияние на $\sigma 1$ -рецепторы¹



Влияние на обмен серотонина²



Влияние на обмен мелатонина³



1. Narita N, Hashimoto K, Eur J Pharmacol 1996; 307(1): 117-9

2. Инструкция по препарату Феварин

3. Hartter S, et al, J Clin Psychopharmacology 2001; 21: 167-174

Слабое сродство Феварина к рецепторам:

- гистаминергическим
- холинергическим
- дофаминергическим
- норадренергическим (альфа-1)



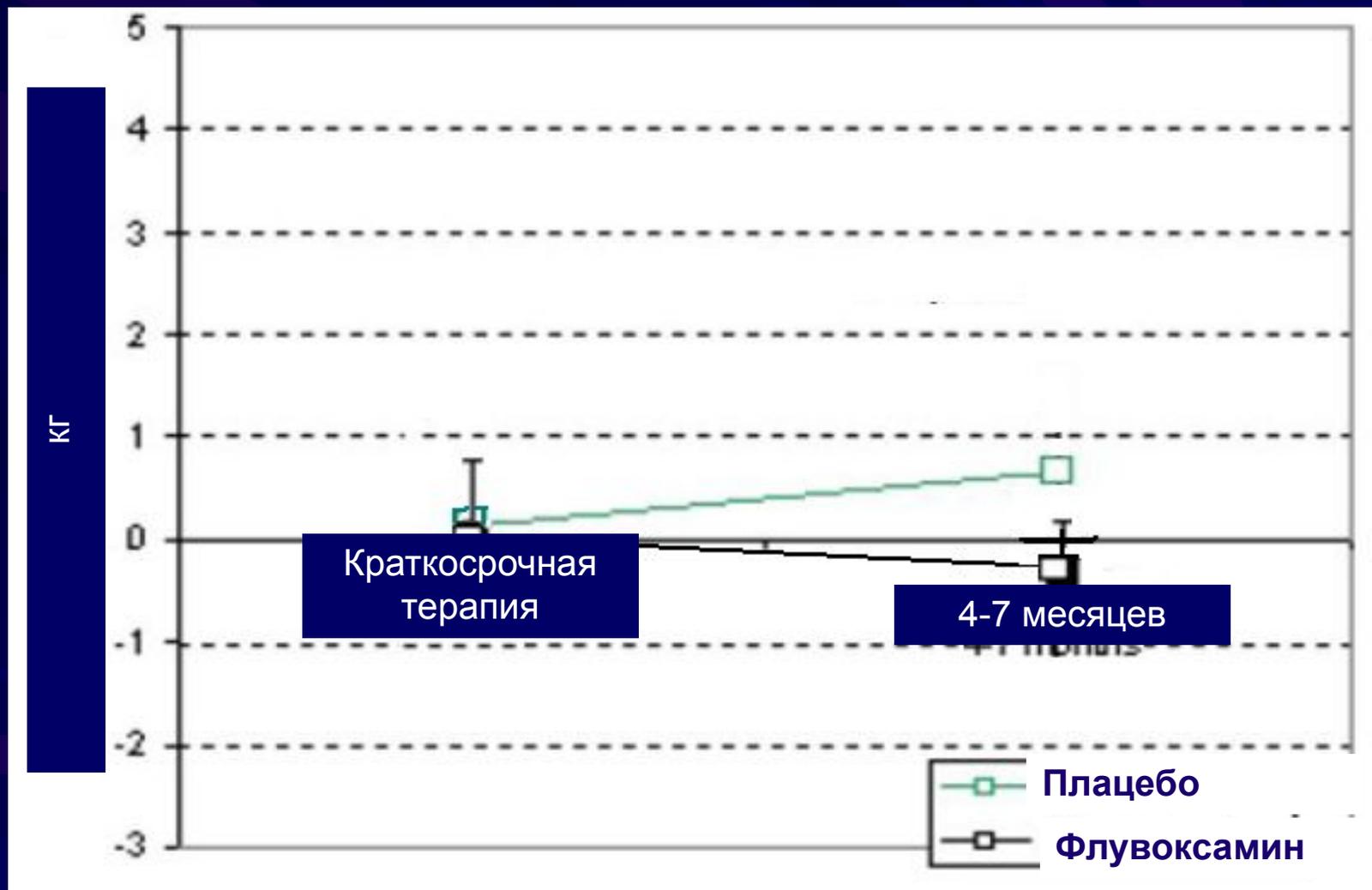
Малая распространенность побочных эффектов

Феварин® оказывает минимальное влияние на сексуальную функцию¹

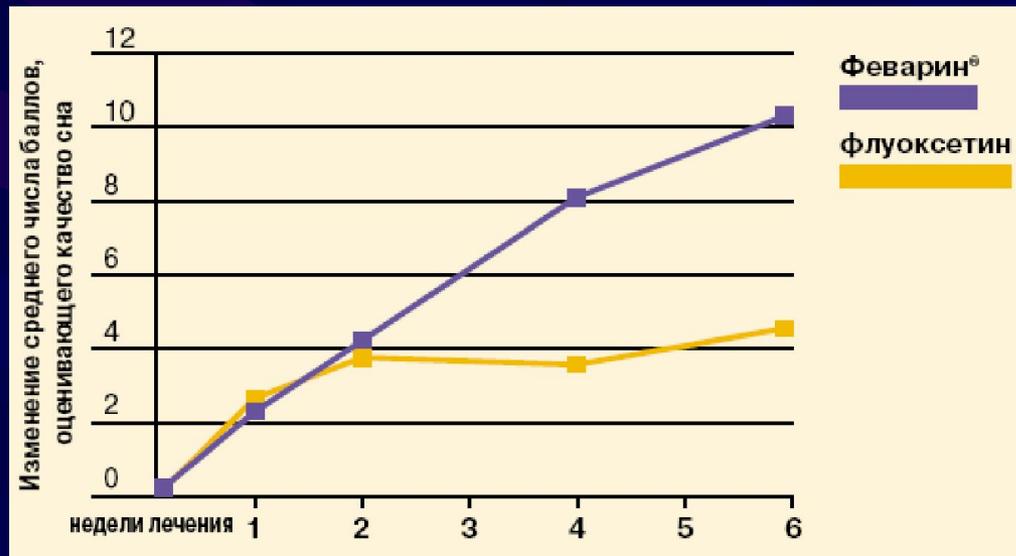


¹Seretti A et al Treatment-Emerged Sexual Dysfunction Related to Antidepressants. A Meta-Analysis// J Clin Psychopharmacology 2009; Vol. 9, №3, pp. 259-266

Флувоксамин не влияет на вес тела



Флувоксамин оказывает положительное влияние на сон (в сравнении с флуоксетином)¹



¹[Dalery J, Dalery J, Honig A. Fluvoxamine versus fluoxetine in major depressive episode: a double-blind randomised comparison. Hum Psychopharmacol. 2003 Jul;18\(5\):379-84](#)

Флувоксамин снижает оба показателя: и тревоги, и депрессии при оценке по шкалам Гамильтона (Houck C. et al, 1998)



Houck C. An open-label pilot study of fluvoxamine for mixed anxiety-depression//Psychopharmacol Bull. 1998;34(2):225-7

σ-рецепторы

σ1-рецепторы

- гиппокамп
- гипоталамус
- миндалевидное тело
- голубое пятно
- красные ядра
- лобная кора
- черное вещество
- мозжечок

σ2-рецепторы

- кора головного мозга
- иппокампальная формация
- паравентрикулярные ядра
- супраоптические ядра гипоталамуса

Регуляция
ионных
каналов

Региональная
специфичность

Модулирующее влияние на
нейромедиаторные системы:
-глютаматергическую;
-серотонинергическую
-дофаминергическую

влияние на память, процессы обучения, стресс-реактивность, уровень депрессии, тревоги, агрессии, психотические явления и механизм действия психотропных препаратов

Фармакологическое значение агонистов сигма-рецепторов

- Селективные агонисты сигма₁-рецепторов могут обладать потенциалом стимуляторов когнитивной активности в пожилом возрасте
 - (Maurice T. Beneficial effect of the sigma(1) receptor agonist PRE-084 against the spatial learning deficits in aged rats. Eur J Pharmacol 2001; 431: 223–7)
- С сигма₁-рецепторами связано нейромодулирующее действие на мозг, которое может иметь отношение к реакции на тревогу и стресс, депрессии, когнитивным процессам, нейропротективному действию и антипсихотической активности
 - (Akkunne HC, Whetzel SZ, Wiley JN et al. The pharmacology of the novel and selective sigma ligand, PD 144418. Neuropharmacology 1997; 36: 51–62)

Феварин®

Первый среди СИОЗС

- первый оригинальный антидепрессант из группы СИОЗС
- лечение депрессий и ОКР
- разрешен детям с 8 лет при ОКР
- противотревожный эффект (1, 2)
- положительное влияние на сон (3, 4, 5)
- ингибирует распад мелатонина (6)
- минимальное влияние на сексуальную функцию (7)
- хорошая переносимость, возможность применения у пожилых пациентов (8)

1. [Houck C.](#) An open-label pilot study of fluvoxamine for mixed anxiety-depression//*Psychopharmacol Bull.* 1998;34(2):225-7
2. [Irons J.](#) Fluvoxamine in the treatment of anxiety disorders//*Neuropsychiatr Dis Treat.* 2005 Dec;1(4):289-99
3. [3. Wilson S. J. et al.](#) Sleep changes during long-term treatment of depression with fluvoxamine – a home-based study //*Psychopharmacology (Berl).* 2000 May;149(4):360-5
4. [Neylan TC et al.](#) Fluvoxamine and sleep disturbances in posttraumatic stress disorder//*J Trauma Stress.* 2001 Jul;14(3):461-7
5. [5. Dalery J 5. Dalery J, Honig A.](#) Fluvoxamine versus fluoxetine in major depressive episode: a double-blind randomised comparison. *Hum Psychopharmacol.* 2003 Jul;18(5):379-84
6. [Hartter S et al .](#) Differential Effects of Fluvoxamine and Other Antidepressants on the Biotransformation of Melatonin. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2001; 21 (2): 167–74
7. [Seretti A et al.](#) Treatment-Emerged Sexual Dysfunction Related to Antidepressants, A Meta-Analysis, *J Clin Psychopharmacology* 2009; Volume 9, №3, pp. 259-266
8. [Jaquenoud E, Kat M.](#) The safety of fluvoxamine in very elderly patients with depression and somatic symptoms. *Primary Care Psychiatry* 1997; 3: 175-181.

ИОЗСН в терапии ПТСР

- Венлафаксин, назначавшийся по 37,5–300 мг/сут, оценивали при лечении ПТСР в ходе плацебо-контролируемого клинического испытания, в рамках которого назначали сертралин по 25–200 мг/сут.
- Со 2-й недели и до завершения 12-недельного клинического испытания венлафаксин достоверно превосходил плацебо, а преимуществ сертралина выявлено не было.
- Показатели частоты достижения ремиссии к концу исследования составили 30% (венлафаксин), 24% (сертралин) и 20% (плацебо).

(Stahl S.M. et al., 2007)

Нормотимики в терапии ПТСР

- Двойное слепое сравнительное плацебо контролируемое исследование 10-ти пациентов показало эффективность ламотриджина в дозе до 50 мг/сут в отношении флешбеков и намбинга у лиц с ПТСР [Hertzberg et al., 1999].
- Имеются данные, основанные на открытых исследованиях, а так же описаниях клинических случаев, показавшие эффективность таких препаратов как дивалпекс, вальпроат, карбамазепин, габапентин, вигабатрин и литий [см.. Anxiety Disorders, 2003].
- Показанием к назначению нормотимиков считается наличие коморбидного биполярного расстройства, а также когда в клинической картине преобладают импульсивность и дисфория [Asnis et al., 2004].

Комбинированная фармакотерапия ПТСР (Волошин В.М., 2005)

- Для апатического типа ПТСР: пароксетин (до 40 мг/сут) + карбомазепин (до 300 мг/сут);
- Для тревожного типа ПТСР: тианептин (до 37,5 мг/сут) + карбомазепин (до 300 мг/сут);
- Для дисфорического типа ПТСР: сертралин (до 100 мг/сут) + карбомазепин (до 600 мг/сут);
- Для соматоформного типа ПТСР: сертралин (до 100 мг/сут) + тианептин (до 37,5 мг/сут) + карбомазепин (до 200 мг/сут).

Практические рекомендации по лечению ПТСР (Аведисова А.С., 2009)

- терапия должна рассчитываться на длительную перспективу, учитывая, что улучшение идет медленно с интервалами и преходящей экзацербацией состояния. Ожидание слишком быстрых результатов приводит к нонкомплаентности и отказу от лечения;
- терапия должна принимать во внимание весь комплекс проблем таких пациентов, не только клинических, но и психологических и социальных;
- решение практических и психологических вопросов иногда позволяет выбрать правильные терапевтические подходы;
- терапия должна отвечать колебаниям в состоянии больных;
- применение психотропных препаратов при ПТСР должно быть длительным;
- рекомендуется применение **высоких доз психотропных препаратов**

ПТСР: рекомендуемая длительность терапии после наступления эффекта



* Острое ПТСР: длительность симптомов 1 – 3 месяца.

† Хроническое ПТСР: длительность симптомов \geq 3 месяцев.

В случаях длительной поддерживающей терапии СИОЗС необходимы периодические оценки состояния пациентов.

Тренинг-прививка от стресса Stress Inoculation Training – SIT;

(Kilpatric et al., 1982)

Первый этап – подготовка к терапии с преподаванием основ психологии, чтобы дать пациенту представление о сути его проблем, природе и происхождении страха и тревоги, позволить оценить произошедшее и его последствия. Реакция страха и тревоги развивается по трем каналам: 1) физиологическому (вегетативному); 2) поведенческому (моторному); 3) когнитивному.

Второй этап – тренинг навыков совладания. Обучение двум навыкам (основному и запасному) для каждого из каналов.

Форма тренинга навыков

СОВЛАДАНИЯ (П. Ресик и К. Калхаун, 2008)

- Определение навыка совладания;
- Обоснование его необходимости;
- Разъяснение механизмов действия навыка;
- Демонстрация навыка;
- Применение пациентом навыка в проблемной сфере, не имеющей отношения к поведению, выбранному в качестве мишени;
- Обсуждение эффективности применения навыка;
- Применение и практика навыка при возникновении одного из страхов-мишеней.

Навыки совладания в физическом канале

Мышечная релаксация – используется контрастный метод напряжения-расслабления мышц по Джекобсону (для начала - общее расслабление всех групп мышц, полезна видеокассета с записью релаксационной сессии для домашних заданий);

Управляемое дыхание – глубокое диафрагмальное дыхание (на психотерапевтической сессии и в домашних условиях).

Навыки совладания в поведенческом канале

Скрытое моделирование – пациента обучают визуализировать ситуацию, вызывающую страх и тревогу, представляя успешное ее разрешение. Навык помогает подготовиться к ситуациям, которые могут вызвать у него страх и тревогу;

Проигрывание ролей – пациент и терапевт отыгрывают успешное совладание в вызывающих тревогу эпизодах, с которыми предстоит столкнуться. Затем пациент разыгрывает по ролям тревожные сцены с членами семьи.

Навыки совладания в КОГНИТИВНОМ канале

Остановка мыслей – помогает прекратить умственную жвачку. Начать размышлять о пугающих стимулах, затем эти размышления прерываются по команде терапевта «Стоп!» Далее пациент синхронно повторяет за терапевтом «Стоп!» или свою собственную команду остановки мыслей. Затем пациент обучается останавливать мысли скрытно, замещая тревогу состоянием релаксации.

Управляемый внутренний диалог – обучение концентрации внимания на внутреннем диалоге с собой для выявления негативных, иррациональных и ошибочных суждений. Затем его учат заменять эти суждения на более адаптивные. Обучение проводят по четырем направлениям: подготовка, конфронтация и управление, совладание с чувством потрясения, подкрепление. Разработка серии вопросов/утверждений, помогающие оценить вероятность того, что неприятное событие произойдет; контролировать страх и избегающее поведение; прекратить самокритику и самообвинение; активно входить в пугающую ситуацию и подкреплять себя в награду за выполнение всех пунктов.

Последовательность освоения навыков совладания

- В начале терапии навыки используются при умеренно проблемных повседневных стрессах;
- При овладении предыдущим, осваиваются навыки совладания, связанные с травмой неадаптивным поведением.
- После успешного совладания с первым по списку проблемным видом поведения терапия фиксируется на втором.
- Пациент ежедневно письменно фиксирует свои эмоции.

Десенсибилизация и переработка травмирующей информации при помощи движений глаз (Shapiro, 1989; 1995)

«Движения глаз из стороны в сторону облегчают когнитивную переработку травмы» - F. Shapiro, автор метода Eye movement desensitization and reprocessing, EMDR.

Программа метода EMDR

- Пациенту предлагается выявить связанного с травмой образа или воспоминания и сфокусироваться на нем;
- Терапевт выявляет негативные представления или суждения об этом воспоминании.
- Пациент оценивает свое воспоминание по 11-ти бальной шкале дистресса, а также определяет физическую локализацию тревоги.
- Терапевт помогает пациенту выработать позитивные представления, которые целесообразно связать с воспоминаниями о травме.
- Пациент по 7-ми бальной шкале оценивает степень убежденности в правильности этого представления.

Четыре задания EMDR, которые пациент выполняет одновременно:

1. Визуализировать воспоминание;
2. Воспроизводить негативные представления;
3. Концентрироваться на физических ощущениях тревоги;
4. Зрительно следить за движениями указательного пальца терапевта.

(Палец движется из стороны в сторону на расстоянии 30-35 см от лица пациента со скоростью 4 движения в секунду 24 раза. Затем пациент очищает память от воспоминаний и делает глубокий вдох. Затем вновь вызывается воспоминание и оценивается уровень дистресса по шкале. Серии движений глазами повторяются пока уровень дистресса не снизится до 0-1 балла. После этого пациент оценивает свое отношение к позитивным представлениям – установочный этап).



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

