**Реакции на стресс**

**Х**арактерной чертой этой группы расстройств являются их отчетливо экзогенная природа, причинная связь с внешним стрессором, без воздействиякоторого психические нарушения не появились бы.
Типичными тяжелыми стрессорами являются боевые действия,природные и транспортные катастрофы, несчастный случай, присутствие при насильственной смерти других, разбойное нападение, пытки, изнасилование, пожар.
Систематически этими расстройствами первоначально вынуждены были заниматься военные психиатры. Первое психиатрическое описание (DaCosta,1871) восходит к наблюдениям боевых действий времен гражданской войны в Америке. Состояние обозначалось тогда как "солдатское сердце" –основное внимание привлекали кардиологические симптомы. Во время первой мировой войны его называли "снарядным шоком" – предполагалось, что оноявляется результатом черепно-мозговой травмы в результате артиллерийского обстрела. Богатый материал был получен во время второй мировой войны, как входе боевых действий, так и по наблюдениям лиц, перенесших пытки и заключение в концлагере, а также выживших после атомной бомбардировки японских городов. Впослевоенные годы материалом наблюдений становились все более частые катастрофы и стрессовые события мирного времени. Так сформировались представления нетолько об острой реакции на стресс, но и о посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР), социально-стрессовом расстройстве (ССР), транзиторныхситуативных расстройствах и нарушениях адаптации – патологических реакциях на то, что в быту называют личным несчастьем.

**Эпидемиология**

Распространенность расстройств естественно варьирует в зависимости от частоты катастроф и травматических ситуаций. Синдром развиваетсяу 50 – 80% перенесших тяжелый стресс. Морбидность находится в прямой зависимости от интенсивности стресса. Случаи ПТСР в мирное время составляют впопуляции 0,5% для мужчин и 1,2% для женщин. Сходные психотравмирующие ситуации взрослые женщины описывают как более болезненные по сравнению с мужчинами, носреди детей мальчики оказываются более чувствительными по отношению к сходным стрессорам, чем девочки. Расстройства адаптации достаточно распространены, онисоставляют 1,1 – 2,6 случаев на 1000 населения с тенденцией к большей представленности в малообеспеченной части населения. Они составляют около 5% обслуживаемыхпсихиатрическими учреждениями; встречаются в любом возрасте, но наиболее часто у детей и подростков.

**Этиология**

Этиопатогенез расстройства определяется действием ряда факторов: интенсивность стресса, социальная ситуация, в которой он действует, личностныеособенности жертвы и ее биологическая ранимость. Социальная поддержка играет большую роль в предотвращении стрессовых реакций. Давно замечено, чтопослестрессовая морбидность обратно пропорциональна боевому духу в воинской части. Сознание, что то же страдание разделяют и другие люди, помогает еголегче переносить; в то же время чувство вины оставшегося в живых, когда другие погибли, может существенно осложнить картину ПТСР. Ранимость к стрессу особенновелика в самой младшей и самой старшей возрастной группе. После тяжелых ожогов ПТСР развивается в 80% у детей и лишь в 30% у взрослых. Это связано снесформированностью механизмов копинга в детском возрасте. Ранимость в старшей возрастной группе объясняется чрезмерной ригидностью копингмеханизмов,затрудняющей гибкий подход в преодолении последствий травмы, а также возрастным снижением функционирования нервной и сердечно-сосудистой системы. В любомвозрасте предрасполагающим фактором является физическое истощение.
Ранимость к расстройству повышает также преморбиднаяотягощенность психотравмами. ПТСР, возможно, имеет органическую обусловленность. Нарушения на ЭЭГ у этих больных обнаруживает сходство стаковыми при эндогенных депрессиях. Альфанорадренергический агонист клонидин, используемый для снятия синдрома отмены опиатов, оказывается успешным в снятиинекоторых симптомов ПТСР. Это позволило выдвинуть гипотезу о том, что они являются следствием синдрома отмены эндогенных опиатов, возникающего приоживлении воспоминаний о психотравме.
Характерологическими особенностями, предрасполагающими кразвитию ПТСР, являются эмоциональная неустойчивость, повышенная тревожность и незрелость личности. К этим данным следует, однако, относиться с известнойосторожностью, поскольку характерологические изменения могут быть следствием травмы, а не предшествовать ей. Согласно психоаналитической гипотезе, симптомыПТСР являются следствием оживления травмой неразрешенных конфликтов раннего детства. Установлена значимая корреляция между конфликтными отношениями с родителями на3-м году жизни и последующими нарушениями адаптации. Подчеркивается роль матери в формировании у ребенка выносливости к стрессу. Концепция "достаточнохорошей матери" (Winnicott) исходит из того, что теплая эмоциональная поддержка и гибкая адаптация к правильно распознанным нуждам ребенка создаютнаиболее благоприятный фон для формирования адаптивных механизмов психологической защиты. Внимание обращается также на вторичную выгоду отболезни. Так, финансовая компенсация, состояние "особой значимости" могут способствовать фиксации проявлений заболевания.
В отличие от ПТСР при нарушениях адаптации интенсивность стресса не всегда обусловливает собой тяжесть расстройства. Стрессы могут бытьодиночными или накладываться друг на друга, быть периодическими (авралы на производстве) или постоянными (бедность). Разным этапам жизни свойственна свояспецифика стрессовых ситуаций (начало учебы, уход из родительского дома, вступление в брак, появление детей и их уход из дома, недостижениепрофессиональных целей, уход на пенсию).

**Клиника**

В картине заболевания могут быть представлены общее притупление чувств (эмоциональная анестезия, чувство отдаленности от другихлюдей, потеря интереса к прежним занятиям, невозможность испытывать радость, нежность, оргазм) или чувство унижения, вины, стыда, злобы. Возможныдиссоциативные состояния (вплоть до ступора), в которых вновь переживаются травматическая ситуация, приступы тревоги, рудиментарные иллюзии игаллюцинации, транзиторные снижения памяти, сосредоточения и контроля побуждений. При острой реакции возможна частичная или полная диссоциативнаяамнезия эпизода (F44.0). Могут быть последствия в виде суицидных тенденций, а также злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами. Жертвыизнасилований и разбойных нападений не отваживаются в течение разного по длительности периода выходить на улицу без сопровождения.
Переживание травмы становится центральным в жизни больного, меняя стиль его жизни и социальное функционирование. Более интенсивной и длительнойоказывается реакция на человеческий стрессор (изнасилование), чем на природную катастрофу (наводнение). В затяжных случаях пациент становится фиксированнымуже не на самой травме, а на ее последствиях (инвалидность и т.д.). Появление симптоматики иногда бывает отставленным на разный период времени, это касаетсяи нарушений адаптации, где симптомы не обязательно снижаются при прекращении стресса. Интенсивность симптоматики может меняться, усиливаясь придополнительном стрессе. Хороший прогноз коррелирует с быстрым развертыванием симптоматики, хорошей социальной адаптацией в преморбиде, наличием социальнойподдержки и отсутствием сопутствующих психических и иных заболеваний.

**Диагноз**

**Острая реакция на стресс** (F43.0) диагностируется при соответствии состояния следующим критериям: 1) переживание тяжелогопсихического или физического стресса; 2) развитие симптомов непосредственно вслед за этим в течение часа; 3) в зависимости от представленности приведенныхниже двух групп симптомов А и Б острая реакция на стрессподразделяется на легкую (F43.00, имеются симптомы группы А), средней тяжести (F43.01, имеютсясимптомы группы А и не менее 2 симптомов из группы Б) и тяжелую (симптомы группы А и не менее 4 симптомов группы Б или диссоциативный ступор F44.2).Группа А включает критерии 2,3 и 4 генерализованного тревожного расстройства (F41.1). Группа Б включает следующие симптомы: а) отход от ожидаемогосоциального взаимодействия, б) сужение внимания, в) очевидная дезориентировка, г) гнев или вербальная агрессия, д) отчаяние или безнадежность, е) неадекватнаяили бессмысленная гиперактивность, ж) неконтролируемая, крайне тяжелая (по меркам соответствующих культуральных норм) грусть; 4) при смягчении илиустранении стресса симптомы начинают редуцироваться не ранее чем через 8 часов, при сохранении стресса – не ранее чем через 48 часов; 5) отсутствие признаковкакого-либо другого психического расстройства за исключением генерализованного тревожного (F41.1), эпизод какого-либо предшествующего психического расстройства завершенне менее, чем за 3 месяца до действия стресса.
**Посттравматическое стрессовое расстройство** (F43.1)диагностируется при соответствии состояния следующим критериям: 1) кратковременное или длительное пребывание в чрезвычайно угрожающей иликатастрофальной ситуации, которое вызвало бы почти у каждого чувство глубокого отчаяния; 2) стойкие непроизвольные и чрезвычайно живые воспоминания(flash-backs) перенесенного, находящие свое отражение и во снах, усиливающиеся при попадании в ситуации, напоминающие стрессовую или связанную с ней; 3)избегание ситуаций, напоминающих стрессовую или связанных с ней, при отсутствии такого поведения до стресса; 4) один из нижеследующих двух признаков – А)частичная или полная амнезия важных аспектов перенесенного стресса, Б) наличие не менее двух из нижеследующих признаков повышенной психическойчувствительности и возбудимости, отсутствовавших до экспозиции стрессу – а) нарушения засыпания, поверхностный сон, б) раздражительность или вспышкигневливости, в) снижение сосредоточения, г) повышенный уровень бодрствования, д) повышенная боязливость; 5) за редкими исключениями, соответствие критериям 2– 4 наступает в пределах 6 месяцев после экспозиции стрессу или по окончании его действия.
**Расстройства адаптации** (F43.2) диагностируются при соответствии состояния следующим критериям: 1) идентифицированныйпсихосоциальный стресс, не достигающий чрезвычайного или катастрофального размаха, симптомы появляются в течение месяца; 2) отдельные симптомы (заисключением бредовых и галлюцинаторных), соответствующие критериям аффективных (F3), невротических, стрессовых и соматоформных (F4) расстройств и нарушенийсоциального поведения (F91), не соответствующие полностью ни одному из них. Симптомы могут варьировать по структуре и тяжести. Расстройства адаптации взависимости от доминирующих в клинической картине проявлений дифференцируются следующим образом: F43.20 кратковременная депрессивная реакция преходящеесостояние легкой депрессии, длящееся не свыше месяца; F43.21 пролонгированная депрессивная реакция – легкое депрессивное состояние как реакция на затяжнуюстрессовую ситуацию, длящееся не свыше двух лет; F43.22 смешанная тревожная и депрессивная реакция - представлена как тревожная, так и депрессивнаясимптоматика, по интенсивности не превышающая смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2) или другие смешанные тревожные расстройства(F41.3); F43.23 с преобладанием нарушения других эмоций – симптоматика имеет разнообразную структуру аффекта, представлены тревога, депрессия, беспокойство,напряженность и гнев. Симптомы тревоги и депрессии могут соответствовать критериям смешанного тревожного и депрессивного расстройства (F41.2) или другихсмешанных тревожных расстройств (F41.3), но их выраженность недостаточна для диагностики более специфических тревожных или депрессивных расстройств. Этакатегория должна использоваться и для реакций детского возраста, где дополнительно присутствуют такие признаки регрессивного поведения, как энурезили сосание пальца; F43.24 с преобладанием нарушения поведения – расстройство затрагивает преимущественно социальное поведение, например, агрессивные илидиссоциальные его формы в структуре реакции горя в подростковом возрасте; F43.25 смешанное расстройство эмоций и поведения – определяющими являются какэмоциональные проявления, так и нарушения социального поведения; F43.28 другие специфические преобладающие симптомы; 3) симптомы не превышают по длительности6 месяцев с момента прекращения действия стресса или его последствий за исключением затяжных депрессивных реакций (F43.21).

**Дифференциальный диагноз**

Легкие сотрясения мозга могут непосредственно не сопровождаться очевидными неврологическими знаками, но вести к затяжнойаффективной симптоматике и нарушениям сосредоточения. Недостаточное питание в ходе затяжных стрессовых воздействий также может самостоятельно вести корганическим мозговым синдромам, включающим нарушения памяти и сосредоточения, эмоциональную лабильность, головные боли и головокружения.
Отличить органические мозговые синдромы, сходные с ПТСР, помогают наличие изменений личности по органическому типу, изменения сенсорикиили уровня сознания, фокальные неврологические, делириозные и амнестические симптомы, органический галлюциноз, состояния интоксикации и отмены.Диагностическую картину может усложнять широко используемое в копинге поведения больных ПТСР злоупотребление алкоголем, наркотиками, кофеином и табаком.
Эндогенная депрессия является частым осложнением ПТСР и должна подвергаться интенсивной терапии ввиду того, что коморбидностьсущественно повышает риск суицида. При подобном осложнении диагностироваться должны оба расстройства. У больных ПТСР могут развиваться симптомы фобическогоизбегания, такие случаи от простых фобий помогает отличить характер первичного раздражителя и наличие других, свойственных ПТСР проявлений. Двигательнаянапряженность, тревожные ожидания, повышенные поисковые установки могут сближать картину ПТСР с таковой при генерализованном тревожном расстройстве.Здесь надо обращать внимание на острое начало и большую характерность фобической симптоматики для ПТСР в отличие от генерализованного тревожногорасстройства.
Различия в стереотипе течения позволяют отдифференцировать ПТСР от панического расстройства, что иногда весьма сложно и дает основаниенекоторым авторам считать ПТСР вариантом панического расстройства. От развития физических симптомов по психическим причинам (F68.0) ПТСР отличает остроеначало после травмы и отсутствие причудливых жалоб до нее. От симулятивного расстройства (F68.1) ПТСР отличает отсутствие несогласовывающихся между собойанамнестических данных, неожиданной структуры симптомокомплекса, антисоциального поведения и хаотического стиля жизни в преморбиде, в большейстепени характерных для симулятивных больных. От нарушений адаптации ПТСР отличается большим размахом патогенности стрессора и наличием последующегохарактерного воспроизведения травмы.
Кроме вышеперечисленных нозологических единиц, нарушениеадаптации приходится дифференцировать от состояний, не вызванных психическими расстройствами. Так, утрата близких без особых утяжеляющих обстоятельств такжеможет сопровождаться транзиторным ухудшением социального и профессионального функционирования, которое, однако, остается в ожидаемых рамках реакции напотерю любимого человека и потому не считается нарушением адаптации.

**Лечение**

Исходя из ведущей роли повышенной адренэргической активности в поддержании симптомов ПТСР, в лечении расстройства с успехомиспользуются такие адреноблокаторы, как пропранолол и клонидин. Использование антидепрессантов показано при выраженности в клинической картинетревожнодепрессивных проявлений, затягивании и "эндогенизации" депрессии; оно также способствует снижению повторяющихся воспоминаний травмы,нормализации сна. Существует представление о том, что для ограниченной группы больных эффективными могут оказаться ингибиторы МАО. При значительнойдезорганизации поведения в течение короткого времени плегирование может достигаться седативными нейролептиками.
Лекарственная терапия всегда должна идти рука об руку с разрешением психотравмирующей ситуации и психотерапией. Кризисноевмешательство, по возможности вскоре после травмы, позволяет предотвратить хронизацию реакции и отставленные ее проявления. Для этого же с успехом применяетсякраткосрочная психодинамическая психотерапия, направленная на коррекцию личностных структур, ответственных за индивидуальную предрасположенность кпостстрессовым расстройствам. Наиболее часто применяется сочетание ситуативной защиты, эмоциональной поддержки и методов когнитивной психотерапии, желательнов групповых условиях. Психотерапия должна ориентироваться на этап динамики расстройства, с преобладанием щадящего, поддерживающего подхода в остромпериоде и возрастанием проработки травматического материала на дальнейших этапах с установлением доверительных отношений с врачом, переоценкойтравмирующей ситуации, ревизией самооценки больного и его восприятия окружающего мира. В лечении сопутствующей фобической симптоматики используютсяметоды поведенческой терапии (прогрессивная релаксация, градуированное погружение в стимульный материал, техника кондиционирования остановки мысли).Следует избегать затягивания курса психосоциальных вмешательств во избежание формирования эффекта вторичной выгоды от болезни.