Составители: Киреева Д.С., Дереча В.А., Габбасова Э.Р.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

**МОДУЛЬ 1. АДАПТАЦИЯ, СТРЕСС И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ**

**Тема 1. Понятие адаптации в клинической психологии. Психическая адаптация человека к стрессовым ситуациям.**

***Содержание:***

1. Понятие адаптации. Общий адаптационный синдром (стресс).

2. Соотношение понятий «стрессовая ситуация», «чрезвычайная ситуация», «экстремальная ситуация» и «кризисная ситуация».

3. Факторы, определяющие экстремальность ситуации (Everstine, Everstine, 1993).

4. Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации в МКБ-10.

4.1. Острая реакция на стресс (F43.0).

4.2. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) (F43.1). Диагностические критерии ПТСР в МКБ-10.

4.3. Расстройство приспособительных реакций (F43.2).

5. Диагностические критерии ПТСР в DSM-IV. Типы течения ПТСР.

6. Стадии формирования постстрессовых нарушений (Ромек и др., 2004).

7. Стадии динамики состояния людей после психотравмирующих ситуаций (Решетников и др., 1989).

**1. Понятие адаптации. Общий адаптационный синдром (стресс).**

АДАПТАЦИЯ

(от лат. *adaptare*— приспособлять) — в широком смысле — приспособление к изменяющимся внешним и внутренним условиям. А. человека имеет два аспекта: **биологический** и **психологический**.

**Биологический аспект**А. — общий для человека и животных — включает приспособление организма (биологического существа) к устойчивым и изменяющимся условиям внешней среды: температуре, атмосферному давлению, влажности, освещенности и др. физическим условиям, а также к изменениям в организме: заболеванию, потере к. л. органа или ограничению его функций

К проявлениям биологической А. относится ряд психофизиологических процессов, напр. сенсорная адаптация – приспособительное изменение чувствительности к интенсивности действующего на орган чувств раздражителя (например, зрительная темновая и световая адаптация).

**Психологический аспект**А. (частично перекрывается понятием *Адаптации социальной*) — приспособление человека как *личности*к существованию в обществе в соответствии с требованиями этого общества и с собственными *потребностями*,*мотивами*и *интересами*.

Изучая успешность протекания адаптационного процесса, В.Н. Куницына и др. (2002) выделяют **первичные факторы,** которые включают *природные свойства человека* (биологические, психофизиологические), и *личностные* (агрессивность, тревожность, ригидность, стрессоустойчивость, интровертированность, аутистичность и др., тесно связанные с темпераментом) и **вторичные факторы:** *психогенные* или *социогенные* (следствие психологических травм; стрессов; фрустраций; трудных жизненных ситуаций), ведущие к неадекватной самооценке и влекущие за собой негативные изменения в социальном взаимодействии.

В 1936 г. канадским физиологом Гансом Селье было предложено понятие **общего адаптационного синдрома,** получившим впоследствии название **«стресс».** Стресс представляет собой совокупность адаптационных реакций организма на неблагоприятные воздействия **значительной интенсивности.**

***Стресс — это неспецифическая реакция организма, которая возникает при воздействии различных сильных раздражителей.***

Словосочетание "неспецифическая реакция" означает, что реакция организма в при стрессе не зависит от природы раздражителя, она носит общий защитный характер и обеспечивает адаптацию к широкому кругу ситуаций (н-р, независимо от особенностей стрессовой ситуации у человека при стрессе учащается дыхание, увеличивается кровяное давление, напрягаются мышцы и др.).

Изначально Селье рассматривал стресс исключительно как разрушительное, негативное явление, но позже Селье пишет:

"Стресс есть неспецифический ответ организма на любое предъявление ему требования. […] ***С точки зрения стрессовой реакции не имеет значения, приятна или неприятна ситуация, с которой мы столкнулись. Имеет значение лишь интенсивность потребности в перестройке или в адаптации".*** — Ганс Селье, "Стресс жизни"

Селье выделил 3 стадии стресса:

1. *реакция тревоги* (мобилизация адаптационных возможностей — возможности эти ограничены)
2. *стадия сопротивляемости*
3. *стадия истощения*

Для каждой стадии описаны характерные изменения в нервно-эндокринном функционировании.

Следует различать ***эустресс*** и ***дистресс,*** эти обобщенные понятия объединяют в себе эффекты, силу и длительность стресса и реактивности к нему организма. Если в результате воздействия происходит адаптация к нему, увеличивается сопротивляемость организма к этому воздействию, то можно говорить об эустрессе, хорошем, тренирующем напряжении организма. Если сила и длительность стрессора велики, или чрезвычайно велика чувствительность хотя бы одной из функциональных систем к этому воздействию и наступает заболевание, пусть даже и на фоне адаптированости, то говорят о дистрессе — цена адаптации оказалась слишком велика.

Воздействия, вызывающие стресс называются **стрессорами.** Различают ***физиологические*** и ***психологические*** стрессоры. Физиологические стрессоры оказывают непосредственное действие на клетки организма, к ним относятся *боль, гипоксия, изменение осмотического давления внутренней среды, температуры, чрезмерная физическая нагрузка, давление, длительное голодание,* словом все изменения, которые нарушают постоянство параметров внутренней среды организма. Психологические стрессоры — это стимулы, которые сигнализируют о биологической или социальной значимости событий. Это сигналы *угрозы, опасности, переживания, обиды, необходимость решения сложной задачи.* В соответствии с видом стрессора принято выделять физиологический и психологический стресс. Куликов В.Ю. и Пиковская Н.Б. (2001) считают, что такое выделение не правомерно т.к. на все виды стрессоров организм на первом этапе реагирует стереотипной реакцией. Можно лишь условно, для того, чтобы лучше разобраться в механизмах реакции, выделить физиологические и психологические компоненты стресса.

***Физиологическая компонента стресса*** — это все реакции организма, обусловленные комплексным действием нервной и гуморальной систем регуляции, направленные в первую очередь на выживание его в экстремальных условиях. Физиологические изменения деятельности организма и отдельных органов и систем можно измерить, т.к. они проявляются в виде изменений, например минутного объема кровообращения, дыхания, моторной и секреторной функции пищеварительной системы, количества и состава мочи, уровнях гормонов, биологически активных веществ, картине крови.

***Психологическая компонента стресса*** — это изменение субъективного состояния человека, которое проявляется в изменении внимания, восприятия, памяти, эмоциональной реакции, способности к социальному контакту, самооценке и т.д. (...)

Тем не менее, в литературе вы часто встретите такие понятия, как эмоциональный стресс, психо-эмоциональный, информационный стресс***.* Во всех этих случаях имеется в виду именно вид стрессирующего фактора, стрессор, а не особенности реакции организма, повторим еще раз, что эта реакция включает все компоненты стресса.**

**2. Соотношение понятий «стрессовая ситуация», «чрезвычайная ситуация», «экстремальная ситуация» и «кризисная ситуация». Факторы, определяющие экстремальность ситуации (Everstine, Everstine, 1993).**

**Стрессовая ситуация** — это *ситуация, которая становится для человека причиной стресса; это любая ситуация, в которой человек подвергается воздействию значительных по силе и / или продолжительности раздражителей.* Таким образом, термин «стрессовая ситуация» является более широким, чем термины «чрезвычайная ситуация», «экстремальная ситуация» и «кризисная ситуация».

**Чрезвычайная ситуация (ЧС)** — обстановка на определенной территории, сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, которые могут повлечь или повлекли за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей природной среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей («Закон о защите на­селения и территорий от чрезвычайных ситуаций природ­ного и техногенного характера от 21 декабря 1994 № 68-ФЗ (СЗРФ94-35)»).

**Экстремальная ситуация** (от лат. *extremus —* крайний, критический) — внезапно возникшая ситуация, угрожаю­щая или субъективно воспринимающаяся человеком как угрожающая жизни, здоровью, личностной целостности, благополучию.

Между экстремальной и чрезвычайной ситуацией существует отличие. Как правило, экстремальная ситуация имеет отношение к человеку или группе людей, от которого / которых требует для выживания мобилизации значительного количества индивидуальных ресурсов. Чрезвычайные ситуации — это крупномасштабные опасные и экстремальные ситуации с вовлечением большого количества людей и грозящие тяжёлыми последствиями. Таким образом, **чрезвычайные ситуации отличаются от экстремальных прежде всего своими масштабами и тяжестью последствий.**

**Кризисная ситуация** (от греч. *krisis —* решение, поворот­ный пункт, исход) — это ситуация, требующая от человека значительного изменения представлений о мире и о себе за короткий промежуток времени. Эти изменения могут носить как позитивный, так и негативный характер.

**Остановимся подробнее на каждой из приведенных си­туаций.**

Под **экстремальными** подразумевают такие *ситуации, которые выходят за пределы обычного, «нормального» че­ловеческого опыта.* Под «обычным» человеческим опытом понимают такие события, как утрата близкого человека, произошедшая в силу естественных причин, тяжелая хроническая болезнь, потеря работы или семейный конфликт. К стрессорам, выходящим за рамки обычного человеческого опыта, относятся те события, которые способны травмировать психику практически любого здорового человека: стихийные бедствия, техногенные катастрофы, а также события, являющиеся результатом целенаправленной, нередко преступной деятельности (диверсии, террористические акты, пытки, массовое насилие, боевые действия, попадание в «ситуацию заложника», разрушение собственного дома и т. д.). Это, в первую очередь, ситуации, когда человек сам пережил угрозу собственной жизни, смерть или ранение другого человека. Иначе говоря, экстремальность ситу­ации определяют факторы, к которым человек еще не адаптирован и не готов действовать в их условиях. Степень экстремальности ситуации определяется силой, продол­жительностью, новизной, непривычностью проявления этих факторов.

Однако экстремальной ситуацию делает не только ре­альная, объективно существующая угроза жизни для са­мого себя или значимых близких, но и наше отношение к происходящему. Восприятие одной и той же ситуации каж­дым конкретным человеком индивидуально, в связи с чем критерий «экстремальности» находится, скорее, во внут­реннем, психологическом плане личности.

Экстремальные ситуации (угроза потери здоровья или жизни) существенно нарушают базовое чувство безопасно­сти человека, веры в то, что жизнь организована в соответ­ствии с определенным порядком и поддается контролю, и **могут приводить к развитию болезненных состояний — травматического и посттравматического стресса,** других невротических и психотических расстройств.

**Кризис** является одним из *неизбежных и необходимых моментов жизни,* одной из движущих сил развития как лич­ности, так и группы, общества, человечества в целом. В этом заключается отличие кризисной ситуации от экстремальной — *кризисные ситуации являются частью обычного, «нормального» человеческого опыта, в то время как экстремальные ситуации выходят за его пределы.*

Кризис возникает в ситуациях, когда усвоенных ранее образцов поведения недостаточно для совладания с обсто­ятельствами. Ситуация кризиса требует выработки новых способов поведения и нахождения новых смыслов жизне­деятельности.

Кризис — это всегда момент выбора из нескольких воз­можных альтернатив, момент принятия решения.

Кризис может возникать в результате ***внешних обстоя­тельств,*** некоего травмирующего события (экстремальной ситуации). Например, травма, полученная в автомобильной аварии, вынуждает спортсмена искать новую профессию, новую цель в жизни. ***Внутриличностный кризис —*** это момент перехода чело­века на новую ступень развития (психодуховный, экзистен­циальный, возрастной). **Внутренние кризисы неизбежны и, в отличие от внешних, необходимы и желательны.**

Внутренние кризисы, имеющие экзистенциальное значение, как правило, связаны с определенными возраст­ными этапами в жизни человека. Поэтому, общаясь с чело­веком, проявляющим «кризисную» симптоматику, важно учитывать его возраст. Основными кризисными периода­ми жизни являются следующие:

*Пубертат* (13—15 лет). Связан с осознанием подрост­ком своей идентичности и уникальности. Отражает вхож­дение человека в мир взрослых. Может быть выражен фразой: «Я ищу смысл».

*Кризис самоопределения* (29—33 года). Может быть вы­ражен фразой: «Я меняю смысл».

*Кризис второй половины жизни* (45—55 лет). Человек пребывает в сомнениях по поводу того, что не смог само­реализоваться, достичь желаемого, стать в жизни тем, кем хотел. Наиболее остро переживается проблема конеч­ности жизни, которая может усугубляться в этот период потерей родителей (возникает установка:«Между мной и смертью никого нет»). Этот кризис может быть выражен фразой: «Я теряю смысл».

Некоторые исследователи описывают также *кризис по­жилых.* Как показывает опыт работы Телефонов доверия, люди пожилого возраста часто являются абонентами служб психологической помощи. Их переживания свя­заны с утратой смысла жизни, потерей родных, друзей, здоровья, профессии, ощущением ненужности и беспо­мощности. Наибольшую остроту для них приобретает проблема одиночества.

**3. Факторы, определяющие экстремальность ситуации (Everstine, Everstine, 1993).**

В качестве ***факторов, определяющих экстремальность,*** могут рассматриваться следующие:

1. Различные эмоциогенные воздействия в связи с опасностью, трудностью, новизной, ответственностью ситуации.
2. Дефицит необходимой информации или явный из­быток противоречивой информации.
3. Чрезмерное психическое, физическое, эмоциональ­ное напряжение.
4. Воздействие неблагоприятных климатических усло­вий: жары, холода, кислородной недостаточности и т.д.
5. Наличие голода, жажды.

Согласно другой классификации факторов определяющих экстремальность ситуации, сказано, что **жертвы стихийных бедствий и катастроф страдают от следующих факторов, вызванных экстремальной ситуацией (Everstine, Everstine, 1993):**

1. Внезапность. Лишь немногие бедствия ждут, пока потенциальные жертвы будут предупреждены – например, постепенно достигающие критической фазы наводнения или надвигающийся ураган, шторм. Чем внезапнее событие, тем оно разрушительнее для жертв.

2. Отсутствие подобного опыта. Поскольку бедствия и катастрофы, к счастью, редки – люди часто учатся переживать их в момент стресса.

3. Длительность. Этот фактор варьирует от случая к случаю. Например, постепенно развивавшееся наводнение может так же медленно и спадать, а землетрясение длится несколько секунд и приносит гораздо больше разрушений. Тем не менее у жертв некоторых длительных экстремальных ситуаций (например, в случаях угона самолета) травматические эффекты могут умножаться с каждым последующим днем.

4. Недостаток контроля. Никто не в состоянии контролировать события во время катастроф; может пройти немало времени, прежде чем человек сможет контролировать самые обычные события повседневной жизни. Если эта утрата контроля сохраняется долго, даже у компетентных и независимых людей могут наблюдаться признаки «выученной беспомощности».

5. Горе и утрата. Жертвы катастроф могут разлучиться с любимыми или потерять кого-то из близких; самое наихудшее – это пребывать в ожидании вестей обо всех возможных утратах. Кроме того, жертва может потерять из-за катастрофы свою социальную роль и позицию. В случае длительных травматических событий человек может лишиться всяких надежд на восстановление утраченного.

6. Постоянные изменения. Разрушения, вызванные катастрофой, могут оказаться невосстановимыми: жертва может оказаться в совершенно новых и враждебных условиях.

7. Экспозиция смерти. Даже короткие угрожающие жизни ситуации могут изменить личностную структуру человека и его «познавательную карту». Повторяющиеся столкновения со смертью могут приводить к глубоким изменениям на регуляторном уровне. При близком столкновении со смертью очень вероятен тяжелый экзистенциальный кризис.

8. Моральная неуверенность. Жертва катастрофы может оказаться перед лицом необходимости принимать связанные с системой ценностей решения, способные изменить жизнь, – например, кого спасать, насколько рисковать, кого обвинять.

9. Поведение во время события. Каждый хотел бы выглядеть наилучшим образом в трудной ситуации, но удается это немногим. То, что человек делал или не делал во время катастрофы, может преследовать его очень долго после того, как другие раны уже затянулись.

10. Масштаб разрушений. После катастрофы переживший ее, скорее всего, будет поражен тем, что она натворила с его окружением и социальной структурой. Изменения культурных норм заставляют человека адаптироваться к ним или остаться чужаком; в последнем случае эмоциональный ущерб сочетается с социальной дезадаптацией.

**4. Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации в МКБ-10.**

**Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43)**

Эта группа расстройств отличается от других групп тем, что в нее включены расстройства, идентифицируемые не только на основе симптоматики и характера течения, но и на основании наличия одного или другого из двух причинных факторов: исключительно неблагоприятного события в жизни, вызвавшего острую стрессовую реакцию, или значительной перемены в жизни, ведущей к продолжительным неприятным обстоятельствам и обусловившей нарушения адаптации. Хотя менее тяжелый психосоциальный стресс (жизненные обстоятельства) может ускорить начало или способствовать проявлению широкого спектра расстройств, представленных в этом классе заболеваний, его этиологическая значимость не всегда ясна, и в каждом случае будет признаваться зависимость от индивида, часто от его сверхчувствительности и уязвимости (т.е. жизненные события не являются обязательными или достаточными, чтобы объяснить возникновение и форму расстройства). **Расстройства, собранные в этой рубрике, напротив, всегда рассматриваются как непосредственное следствие острого тяжелого стресса или продолжительного травмирования.** **Стрессовые события или продолжительные неприятные обстоятельства являются первичным или преобладающим причинным фактором и расстройство не могло бы возникнуть без их влияния.** Таким образом, ***расстройства, классифицированные в этой рубрике, могут рассматриваться как извращенные приспособительные реакции на тяжелый или продолжительный стресс, при этом они мешают успешно справиться со стрессом и, следовательно, ведут к проблемам социального функционирования.***

**4.1. F43.0 Острая реакция на стресс**

*Преходящее расстройство, которое развивается у человека без каких-либо других проявлений психических расстройств* ***в ответ на необычный физический или психический стрессор*** *и обычно стихает через несколько часов или дней.* В распространенности и тяжести стрессовых реакций имеют значение индивидуальная ранимость и способность владеть собой. Симптомы показывают типичную смешанную и изменчивую картину и включают первоначальное состояние **"ошеломления"** с некоторым **сужением области сознания и внимания, невозможностью полностью осознать раздражители** и **дезориентированностью.** Это состояние может сопровождаться последующим **"уходом" из окружающей ситуации** (до состояния диссоциативного ступора - F44.2) или **ажиатацией** и **сверхактивностью** (реакция полета или фуги). Обычно присутствуют **отдельные черты панического расстройства** (тахикардия, избыточное потоотделение, покраснение). Симптоматика обычно **проявляется через несколько минут** после воздействия стрессовых стимулов или события и **исчезает через 2-3 дня** (часто через несколько часов). Может присутствовать **частичная** или **полная амнезия** (F44.0) на стрессовое событие. Если вышеуказанная симптоматика устойчива, необходимо изменить диагноз.

***Диагностические указания:***

Должна быть **обязательная и четкая временная связь между воздействием необычного стрессора и началом симптоматики;** начало обычно **немедленное** или **через несколько минут.** Вдобавок, симптомы:

а) имеют **смешанную** и обычно **меняющуюся картину;** в дополнение к инициальному состоянию **оглушенности** могут наблюдаться **депрессия, тревога, гнев, отчаяние, гиперактивность** и **отгороженность,** но **ни один из симптомов не преобладает длительно;**

б) **прекращаются быстро** (самое большее в течение нескольких часов) в тех случаях, где возможно устранение стрессовой обстановки. В случаях, где стресс продолжается или по своей природе не может прекратиться, симптомы обычно начинают исчезать спустя **24-48 часов** и сводятся к минимуму в течение **3 дней.**

Этот диагноз не может быть использован для обозначения внезапных экзацербаций симптомов у лиц, уже имеющих симптомы, которые отвечают критериям любого психического расстройства, исключая таковые в F60 (специфические расстройства личности). Однако предшествующее психическое расстройство в анамнезе не делает неадекватным использование этого диагноза.

*Включаются:*

нервная демобилизация;

кризисное состояние;

острая кризисная реакция;

острая реакция на стресс;

боевая усталость;

психический шок.

**4.2. F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство**

***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, отчужденности 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 вышеупомянутыми симптомами часто связаны **тревожность** и **депрессия,** и не редкостью являются **идеи самоубийства. Появлению симптомов расстройства предшествует латентный период после травмы, колеблющийся от нескольких недель до нескольких месяцев (но редко превышает 6 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 (F62.0 Хроническое изменение личности после переживания катастрофы).**

**Критерии ПТСР в МКБ-10 определены следующим образом:**

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

**B.** Стойкие воспоминания или “оживление” стрессора в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах, либо повторное переживание горя при воздействии ситуаций, напоминающих или ассоциирующихся со стрессором.

**C.** Больной должен обнаруживать фактическое избегание или стремление избежать обстоятельств, напоминающих либо ассоциирующихся со стрессором.

**D.** Любое из двух:

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

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

2.1. затруднения засыпания или сохранения сна;

2.2. раздражительность или вспышки гнева;

2.3. затруднения концентрации внимания;

2.4. повышения уровня бодрствования;

2.5. усиленный рефлекс четверохолмия (ориентировочный рефлекс на зрительные и слуховые раздражители, следствием его усиления является повышенная реакция на испуг).

**E.** Критерии B, C и D возникают в течение 6 месяцев после стрессогенной ситуации или в конце периода стресса ( для некоторых целей начало расстройства, отставленное более чем на 6 месяцев, может быть включено, но эти случаи должны быть точно определены отдельно).

**4.3. F43.2 Расстройство приспособительных реакций**

***Состояние субъективного дистресса и эмоционального расстройства, создающее трудности для общественной деятельности и поступков, возникающее в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому событию.*** Стрессовое событие может нарушить целостность социальных связей индивида (**тяжелая утрата, разлука**) или широкую систему социальной поддержки и ценностей (**миграция, статус беженца**) либо представлять широкий диапазон изменений и переломов в жизни (**поступление в школу, приобретение статуса родителей, неудача в достижении заветной личной цели, уход в отставку**). Индивидуальная предрасположенность или ранимость играют важную роль в риске возникновения и форме проявления расстройств приспособительных реакций, однако не допускается возможность возникновения таких расстройств без травмирующего фактора. Проявления очень вариабельны и включают **подавленность настроения, настороженность** или **беспокойство** (или комплекс этих состояний), **ощущение неспособности справиться с ситуацией, запланировать все заранее или решить оставаться в настоящей ситуации,** а также включает некоторую степень **снижения способности действовать в повседневной жизни.** Одновременно могут присоединяться **расстройства поведения,** особенно в юношеском возрасте. Характерной чертой может быть краткая или длительная **депрессивная реакция** или **нарушение других эмоций и поведения** (например, агрессивное или диссоциальное поведение). Начало обычно **в течение месяца** после стрессового события или изменения жизни, а продолжительность симптоматики обычно не превышает **6 месяцев** (кроме F43.21 пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации). Наличие стрессового события или изменения в жизни должно быть четко установлено и должны быть веские, хотя, возможно, и предположительные доказательства, что расстройство не появилось бы без него. Если стрессор относительно мал и если временная связь (менее 3 месяцев) не может быть установлена, расстройство следует классифицировать в другом месте в соответствии с имеющимися признаками.

**F43.8 Другие реакции на тяжелый стресс**

Следует отметить:

В эту рубрику относятся нозогенные реакции, возникающие в связи с тяжелым соматическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего события).

**5. Диагностические критерии ПТСР в DSM-IV. Типы течения ПТСР.**

Согласно **DSM-IV** посттравматическое стрессовое расстройство предполагает факт переживания пациентом экстремального стресса и наличие у него характерного сочетания симптомов, присутствующих **не менее одного месяца.** Нарушение должно причинять пациенту клинически выраженный дискомфорт и ухудшать его функционирование.

***Критерии посттравматического стрессового расстройства по DSM-IV:***

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

1. 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).

2. Реакция индивида включает интенсивный страх, беспомощность или ужас.

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

**B.** 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 недоступно.

3. Такие действия или ощущения, как если бы травматическое событие происходило вновь (включает ощущения «оживания» опыта, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные эпизоды – флэшбэк-эффекты, в том числе 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.

**C.** Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, и «оцепенение» (numbing) – блокировка эмоциональных реакций, (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 отделейности 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, рождения детей, жизни на долгие годы).

**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, сверхбдительность, состояние постоянного ожидания угрозы.

5. Гипертрофированная реакция испуга.

**E.** Длительность протекания расстройства (симптомы в критериях В, С и D) более чем 1 месяц.

**F.** Расстройство вызывает клинически значимое тяжелое эмоциональное состояние или нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности.

В DSM-IV введено диагностическое понятие **острого стрессового расстройства (ОСР),** его длительность ограничивается 1 месяцем.

***Диагностические критерии острого стрессового расстройства (острой реакции на стресс) по DSM-IV:***

**А.** Лица, пережившие травматическое событие, характеризующееся наличием обоих приводимых признаков:

Лица, которые пережили, были свидетелями или сталкивались с событием или событиями, представляющими реальную опасность или угрожающими смертью либо серьезными повреждениями или угрозой физической целостности – своей или других.

Личностные реакции в виде страха, беспомощности, ужаса.

**Б.** Либо во время, либо непосредственно после переживания травмирующего события у человека возникает, по крайней мере, три диссоциативных симптома:

* субъективное переживание оцепенения, отчужденности или отсутствия эмоциональной реакции;
* сужение поля сознания окружающей ситуации (состояние «оглушенности»);
* дереализация;
* деперсонализация;
* диссоциативная амнезия, например, неспособность вспомнить важный момент травмы.

**В.** Травматическое событие постоянно переживается одним (или более) из следующих путей: повторяющиеся и захватывающие дистрессовые образы, мысли, флэшбэки или ощущения повторного переживания событий; или же расстройство проявляется при столкновении с чем-то, напоминающим о травмирующем событии.

**Г.** Стремление избегать стимулов, ассоциирующихся с травмой (мыслей, чувств, разговоров, деятельности, мест и людей).

**Д.** Очевидные симптомы тревоги или повышенной возбудимости (например, раздражительность, трудности концентрации, трудности засыпания и сохранения сна, преувеличенные реакции испуга, моторное возбуждение).

**Е.** Расстройство вызывает клинически значимый дистресс и нарушения в социальной, профессиональной и любой другой важной сфере функционирования, или же пациент не может выполнять важные задачи (не в состоянии обращаться за необходимой медицинской или юридической помощью, не может мобилизовать необходимые ресурсы).

**Ж.** Симптомы длятся минимум два дня и максимум четыре недели и проявляются в течение четырех недель после травмирующего события.

**З.** Симптомы не являются непосредственным результатом приема химических веществ (химической зависимости или медикаментозного лечения) или общего физического состояния и. не вызваны обострением нарушений, принадлежащих к оси I и оси II данной классификации.

В DSM-IV впервые выделяется тип течения (ПTCP): **острое** (от 1 до 3 месяцев после травматического события) и **хроническое** (более 3 месяцев после травматического события), а также **ПТСР с отставленным началом заболевания** – симптомы появляются по меньшей мере, через 6 месяцев после стрессорного воздействия.

Таким образом, все обусловленные стрессом расстройства разделяются, в соответствии с данной классификацией, на три этапа: **ОСР, острое ПТСР** и **хроническое ПТСР** [при этом констатация ОСР проводится в большинстве исследований ретроспективно, на основе анализа анамнестических данных].

6. Стадии формирования постстрессовых нарушений (Ромек и др., 2004).

Схематически взаимосвязь различных по времени возникновения, продолжительности и глубине стадий формирования постстрессовых нарушений представлена на следующей схеме (Ромек и др., 2004):

*Пояснение по поводу пункта «Посттравматическое расстройство личности»:*

В настоящее время ряд зарубежных авторов предлагает дополнить диагностику постстрессовых нарушений еще одной категорией – посттравматическими личностными расстройствами (или PTPD – posttraumatic personality disorder), поскольку присутствие хронических симптомов ПТСР часто отмечается на протяжении всей последующей жизни человека, пережившего массированную психотравму. Безусловно, что такая травма способна оставить неизгладимый отпечаток в душе человека и привести к патологической трансформации всей его личности. В МКБ-10 эти расстройства относятся к рубрике F62.0 Хроническое изменение личности после переживания катастрофы.

**7. Стадии динамики состояния людей после психотравмирующих ситуаций (Решетников и др., 1989).**

Другая классификация последовательных фаз или стадий в динамике состояния людей после психотравмирующих ситуаций предложена в работе Решетникова и др. (1989):

**1. «Острый эмоциональный шок».** Развивается вслед за состоянием оцепенения и длится от 3 до 5 ч; характеризуется общим психическим напряжением, предельной мобилизацией психофизиологических резервов, обострением восприятия и увеличением скорости мыслительных процессов, проявлениями безрассудной смелости (особенно при спасении близких) при одновременном снижении критической оценки ситуации, но сохранении способности к целесообразной деятельности. В эмоциональном состоянии в этот период преобладает чувство отчаяния, сопровождающееся ощущениями головокружения и головной боли, сердцебиением, сухостью во рту, жаждой и затрудненным дыханием. До 30% обследованных при субъективной оценке ухудшения состояния одновременно отмечают увеличение работоспособности в 1,5–2 раза и более.

**2. «Психофизиологическая демобилизация».** Длительность до трех суток. Для абсолютного большинства обследуемых наступление этой стадии связано с первыми контактами с теми, кто получил травмы, и с телами погибших, с пониманием масштабов трагедии («стресс осознания»). Характеризуется резким ухудшением самочувствия и психоэмоционального состояния с преобладанием чувства растерянности, панических реакций (нередко – иррациональной направленности), понижением моральной нормативности поведения, снижением уровня эффективности деятельности и мотивации к ней, депрессивными тенденциями, некоторыми изменениями функций внимания и памяти (как правило, обследованные не могут достаточно четко вспомнить, что они делали в эти дни). Большинство опрошенных жалуются в этой фазе на тошноту, «тяжесть» в голове, неприятные ощущения со стороны желудочно-кишечного тракта, снижение (даже отсутствие) аппетита. К этому же периоду относятся первые отказы от выполнения спасательных и «расчистных» работ (особенно связанных с извлечением тел погибших), значительное увеличение количества ошибочных действий при управлении транспортом и специальной техникой, вплоть до создания аварийных ситуаций.

**3. «Стадия разрешения»** – 3–12 суток после стихийного бедствия. По данным субъективной оценки, постепенно стабилизируется настроение и самочувствие. Однако по результатам наблюдений у абсолютного большинства обследованных сохраняются пониженный эмоциональный фон, ограничение контактов с окружающими, гипомимия (маскообразность лица), снижение интонационной окраски речи, замедленность движений. К концу этого периода появляется желание «выговориться», реализуемое избирательно, направленное преимущественно на лиц, которые не были очевидцами стихийного бедствия, и сопровождающееся некоторой ажитацией. Одновременно появляются сны, отсутствовавшие в двух предшествующих фазах, в том числе тревожные и кошмарные сновидения, в различных вариантах отражающие впечатления трагических событий.

На фоне субъективных признаков некоторого улучшения состояния объективно отмечается дальнейшее снижение физиологических резервов (по типу гиперактивации). Прогрессивно нарастают явления переутомления. Средние показатели физической силы и работоспособности (в сравнении с нормативными данными для исследованной возрастной группы) снижаются на 30%, а по показателю кистевой динамометрии – на 50% (в ряде случаев – до 10–20 кг). В среднем на 30% уменьшается умственная работоспособность, появляются признаки синдрома пирамидной межполушарной асимметрии.

**4. «Стадия восстановления».** Начинается приблизительно с 12-го дня после катастрофы и наиболее отчетливо проявляется в поведенческих реакциях: активизируется межличностное общение, начинает нормализоваться эмоциональная окраска речи и мимических реакций, впервые после катастрофы могут быть отмечены шутки, вызывавшие эмоциональный отклик у окружающих, восстанавливаются нормальные сновидения. Учитывая зарубежный опыт, можно также предполагать у лиц, находившихся в очаге стихийного бедствия, развитие различных форм психосоматических расстройств, связанных с нарушениями деятельности желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой, иммунной и эндокринной систем**.**

**Литература:**

1. Большой психологический словарь. — М.: Прайм-ЕВРОЗНАК. Под ред. Б.Г. Мещерякова, акад. В.П. Зинченко. 2003.
2. [Красильников И.А.. Внутри личностный конфликт и психологическая адаптация, 2007](http://psihologia.biz/psihologiya-psihologiya-obschaya/vnutri-lichnostnyiy-konflikt-psihologicheskaya.html).
3. Краткий психологический словарь. — Ростов-на-Дону: «ФЕНИКС». Л.А. Карпенко, А.В. Петровский, М. Г. Ярошевский. 1998.
4. Куликов В.Ю., Пиковская Н.Б. Стресс и адаптация. Учебно-методическое пособие. - Новосибирск: Новосибирская государственная медицинская академия, 2011. - 64 с.
5. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации. Справочник практического психолога. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с. – (Справочник практического психолога).
6. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 - F99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации. Под общей редакцией Казаковцева Б.А., Голланда В.Б. – М.: Минздрав России, 1998. – 512 с.
7. Популярная психологическая энциклопедия. — М.: Эксмо. С.С. Степанов. 2005.
8. Посттравматическое стрессовое расстройство [Электронный ресурс]. – URL: <http://vmede.org/sait/?id=msprav_Psihiatrija&menu=msprav_Psihiatrija&page=46>. (Дата обращения: 16.05.2016 г.)
9. Посттравматическое стрессовое расстройство (критерии диагностики) [Электронный ресурс]. – URL: <http://laesus-de-liro.livejournal.com/172926.html>. (Дата обращения: 16.05.2016 г.)
10. Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43) [Электронный ресурс] / МКБ 10 - Международная классификация болезней 10-го пересмотра. – URL: <http://mkb-10.com/index.php?pid=4257>. (Дата обращения: 16.05.2016 г.)
11. Опасные, экстремальные и чрезвычайные ситуации [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.childlib.ru/dep-spravka/question-answer-61.htm>. (Дата обращения: 16.05.2016 г.)
12. Словарь практического психолога. — М.: АСТ, Харвест. С. Ю. Головин. 1998.
13. Стресс // Википедия. [2016—2016]. Дата обновления: 05.02.2016. URL: <http://ru.wikipedia.org/?oldid=76257148> (дата обращения: 05.02.2016).
14. Шойгу Ю.С. Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных. Учебное пособие. Под общей ред. канд. психол. наук Ю.С. Шойгу. – М.: Смысл, 2007. – 319 с.
15. Экстремальная и чрезвычайная ситуация [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.nalogi.ru/faq/detail.php?ID=1579196>. (Дата обращения: 16.05.2016 г.)