

Тревожные и депрессивные расстройства у населения при чрезвычайных ситуациях



Заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии,
д.м.н., профессор
Никифоров Игорь Анатольевич

- В феврале 2022 г. на фоне эскалации ситуации на Донбассе и Украине и сильнейшего со времен холодной войны кризиса в отношениях Москвы с Западом, аптеки зафиксировали **взрывной рост спроса на психотропные средства**.
- **Продажи антидепрессантов** возросли на 43%, а спрос на нейролептики на 35%.
- Эти цифры **косвенно** отражают рост тревожных расстройств среди населения. Они на 20% превышают средние показатели за аналогичный период 1994-2020 гг.
- Поскольку все эти препараты рецептурные, **речь идет о росте обращаемости** за помощью как к врачам общей практики, так и к психиатрам.

Стресс в условиях чрезвычайных ситуаций

Угроза жизни

Угроза
здоровью

Потеря
имущества

Расставание с
близкими

Потеря
жилья

Потеря
доходов

**В зоне
ЧС**

Изменение
привычного
образа жизни

Неопределенность
будущего

«Травма свидетеля»
(эмпатия)

Угроза
благосос-
тоянию

Этические
издержки

Угроза друзьям и
родственникам в
зоне ЧС

**Вне зоны
ЧС**

- Доля людей, которые при социологических опросах **боятся «мировой войны»** составила 62% опрошенных. (В 2008 году таких было 30%, в 2015 г. 43%, в 2020 г. году 54%).

- ❖ Пока у нас нет статистики по итогам 2022 г. мы можем предположить, что в первом квартале этого года доля тревожных и депрессивных расстройств в структуре психических заболеваний возросла.

- **Тревожные расстройства** - самая распространённая группа среди всех психических и поведенческих расстройств современного человека.
- **Они встречаются у каждого десятого пациента** врачей общей практики, т.е. значительно чаще, чем сахарный диабет или бронхиальная астма.
- **В общей медицинской практике** тревога является главной жалобой у 10-15% амбулаторных и 10% стационарных больных.

- Подавляющее число этих пациентов **обращается не к психиатрам**, а к интернистам т.к. на первый план у них обычно выступают соматические нарушения.
- Сразу надо сказать, что тревожные расстройства **относятся к наиболее курабельным психическим нарушениям** при условии их своевременного распознавания.
- **Переживание тревоги** - одно из самых частых эмоций человека в современном мире.
- Каждый из нас почти каждый день испытывает разные варианты этого чувства.

Тревога здорового человека - это диффузное, неясное ощущение надвигающейся опасности, угрозы, которое сопровождается:

- двигательным беспокойством;
- изменением восприятия окружающего мира;
- комплексом сомато-вегетативных ощущений:
 - сердцебиением;
 - затруднением дыхания;
 - тремором;
 - сухостью во рту;
 - потными ладонями;
 - подташниванием;
 - учащенным мочеиспусканием;
 - неприятным ощущением в животе.

Во множестве пословиц, метафор и сравнений тревога описывается не столько как душевное, сколько телесное чувство:

- «душа ушла в пятки»,
- «дрожит как осиновый лист»,
- «всё внутри колотится»;
- «всё внутри похолодело».



Близкой к тревоге эмоцией является страх.

Отличие его от тревоги:

- это реакция на определённую опасность близкую, непосредственную;
- характер опасности совершенно ясен;
- сопровождается как и тревога множеством сомато-вегетативных проявлений.



В биологическом плане **тревога** - разновидность стресса, который проявляет себя на следующих уровнях:

- нейроэндокринном;
- висцеральном;
- психическом;
- поведенческом.

Это защитное чувство, которое передаётся на генетическом уровне и имеет биологическую целесообразность:

- предупреждает человека об опасности;
- мобилизует организм на совершение действий (нападать или спастся бегством).

Тревога как нормальное чувство у:

- пациента, которому предстоит обследование, хирургическая операция;
 - студента перед экзаменом;
 - спортсмена перед стартом;
 - артиста перед выходом на сцену.
- ✓ Тревожность может быть чертой характера, что сказывается на его поведении (*что не есть патология*).
- ❖ Если характерологическая тревожность является значительной и затрудняет жизнь человека, приводит к нарушению адаптации - это можно отнести к расстройствам личности (психопатия или акцентуация характера).

Тревога встречается при многих соматических заболеваниях:

- бронхиальной астме;
- стенокардии;
- инфаркте миокарда;
- сахарном диабете;
- уремии;
- гипотериозе;
- ревматоидном артрите;
- системной красной волчанке
- и других аутоиммунных заболеваниях.

Тревога встречается в структуре многих психических заболеваний:

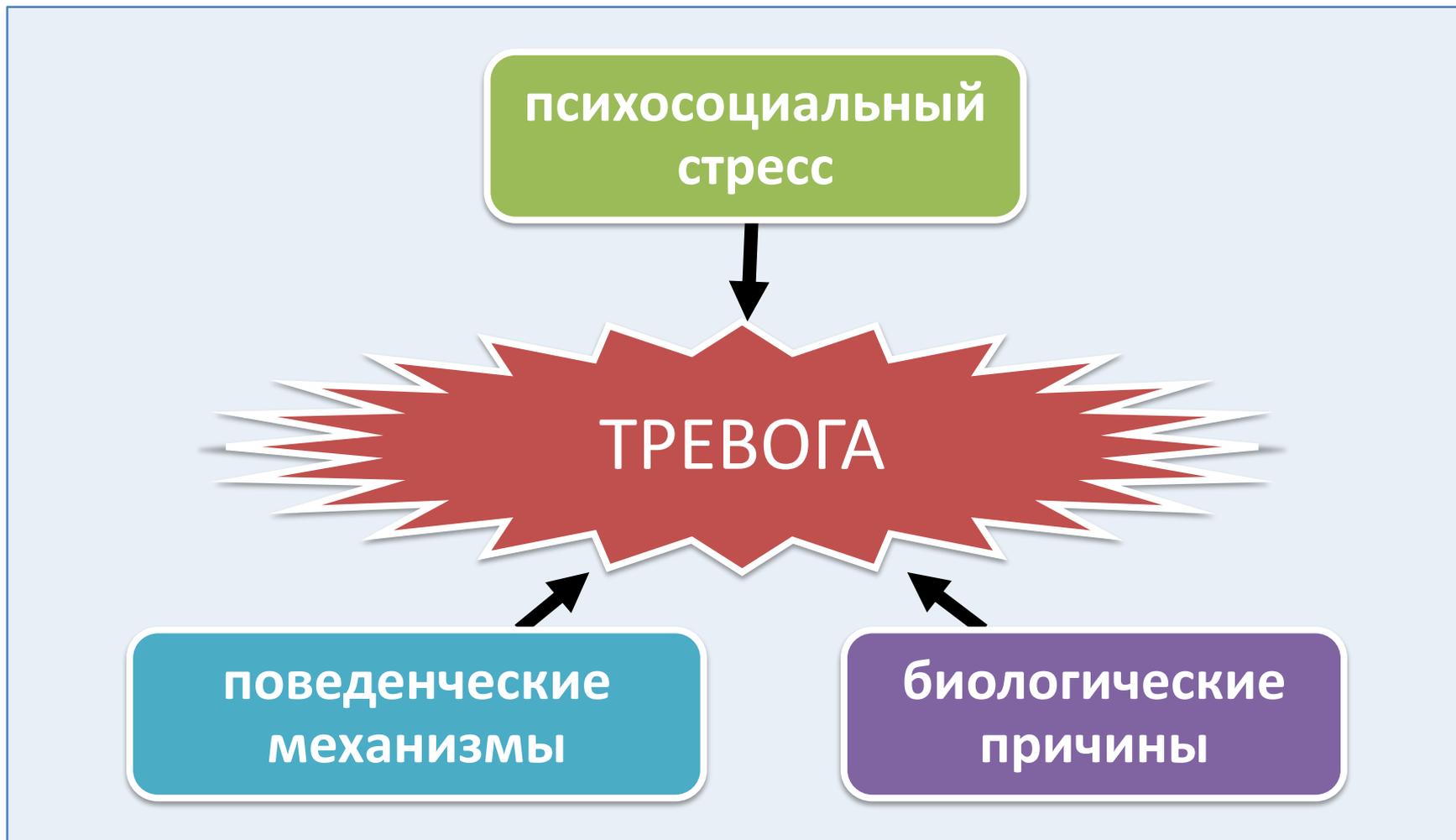
- приступы шизофрении,
- алкогольный абстинентный синдром,
- алкогольный делирий,
- депрессивный эпизод
- и др.



Всё многообразии тревожных состояний можно классифицировать таким образом:

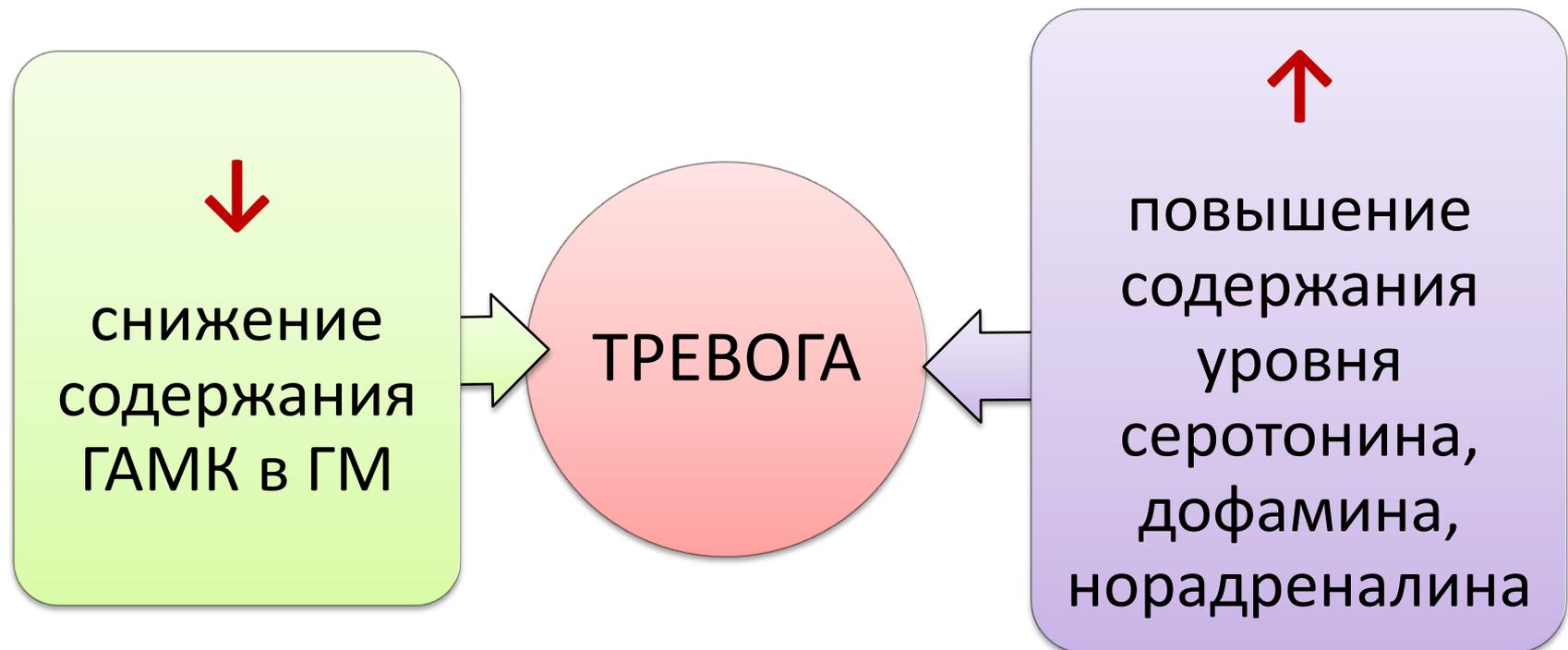
- непатологическая тревога психически и соматически здоровых людей;
- повышенная тревожность как черта характера;
- тревога при соматических заболеваниях (соматогенная тревога);
- тревога в структуре других психических заболеваний;
- собственно тревожные расстройства.

В возникновении тревожных расстройств играют роль три группы факторов:



Психосоциальные причины: **тревога** - следствие воздействия социальных стрессов и межличностных конфликтов.

Биологические причины: наличие повышенной генетической подверженности, суть которой в:



Анатомические структуры, ответственные за состояние тревоги:

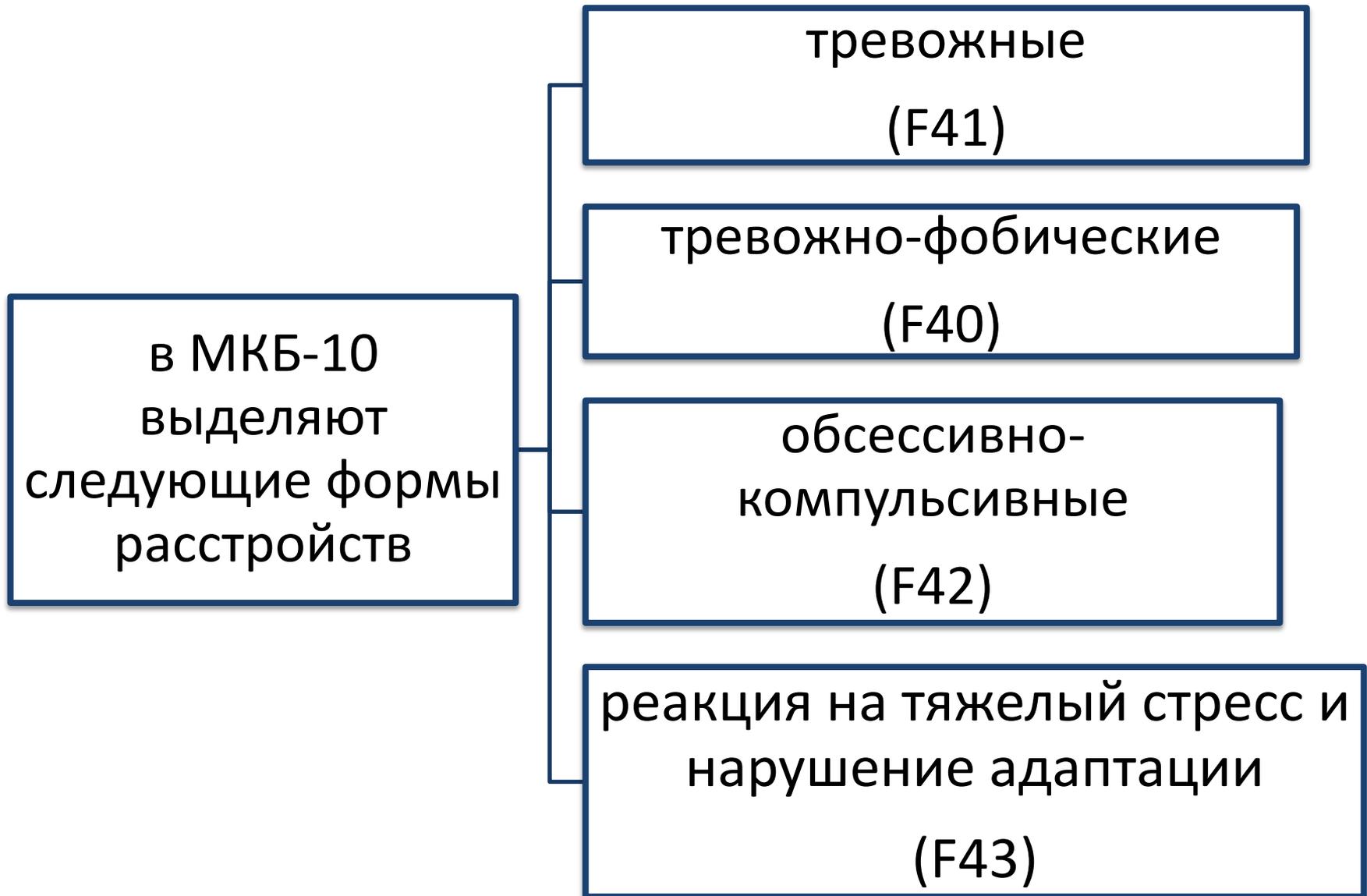
- синее пятно варолиевого моста;
- миндалина;
- гиппокамп;
- височная кора мозга.

Поведенческая (бихевиоральная) модель - предполагает роль:

- условно рефлекторных механизмов,
- подкреплений,
- социального научения

в возникновении и развитии тревожных расстройств.

Классификация



F40 Тревожно-фобические расстройства

F40.0 Агорафобия (страх скопления людей, открытых пространств):

00 без панического расстройства

01 с паническим расстройством

F40.1 Социальные фобии

F40.2 Специфические (изолированные) фобии

F40.8 Другие тревожно-фобические расстройства

F40.9 Фобическое тревожное расстройство, неуточненное

F41 Другие тревожные расстройства

F41.0 Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога)

F41.1 Генерализованное тревожное расстройство

F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство

F41.3 Другие смешанные тревожные расстройства.

F41.8 Другие уточненные тревожные расстройства

F41.9 Тревожное расстройство, неуточненное

F42 Обсессивно-компульсивное расстройство

- F42.0** Преимущественно навязчивые мысли или размышления (умственная жвачка)
- F42.1** Преимущественно компульсивные действия (обсессивные ритуалы)
- F42.2** Смешанные обсессивные мысли и действия
- F42.8** Другие обсессивно-компульсивные расстройства
- F42.9** Обсессивно-компульсивное расстройство, неуточненное

F43 Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации

F43.0 Острая реакция на стресс

F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство

F43.2 Расстройство адаптации:

20 кратковременная депрессивная реакция

21 пролонгированная депрессивная реакция

22 смешанная тревожная и депрессивная реакция

23 с преобладанием нарушений других эмоций

24 с преобладанием нарушения поведения

25 смешанное расстройство эмоций и поведения

28 другие специфические преобладающие симптомы

F43.8 Другие реакции на тяжелый стресс

F43.9 Реакция на тяжелый стресс, неуточненная

Отдельные формы тревожных и связанных со стрессом расстройств

Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога, пароксизмальное тревожное расстройство).

- ✓ С ним часто сталкиваются врачи-интернисты (врачи СМП, приёмных покоев соматических больниц, кардиологи, неврологи).
- Распространенность в населении - 1,5% - 2%
- Соотношение: Ж:М=2:1
- возраст начала чаще 20-30 лет

Приступ острой тревоги (паника) возникает без внешней причины и неожиданно.

Телесные проявления панической атаки:

- затруднение дыхания или чувство нехватки воздуха, удушье;
- сердцебиение, тахикардию, чувство трепетания в груди - «сердце дрожит», «колотится» или «выскакивает из груди»;
- ощущение боли или дискомфорта в грудной клетке;
- ощущение озноба или прилив жара;
- «тремор конечностей или всего тела»;
- «двигательное беспокойство, стремление к деятельности в виде реакции «борьбы — бегства» (чаще последнее);
- потливость;
- тошнота, рвота, дискомфорт в области желудка;
- парестезии (ощущение покалывания в руках и ногах);
- чувство нереальности окружающего мира (дереализация) или отчуждения и нереальности самого себя (деперсонализация);
- страх умереть, либо сойти с ума, либо потерять контроль над собой.

Такой приступ **возникает остро** и длится от 5 до 30 минут.

Частота: от нескольких раз в день до еженедельных.

В среднем: 2-3 раза в неделю.

Панические атаки сопровождаются **агорафобией** - *страхом пребывания в тех местах или ситуациях, где:*

- приступы уже возникали;
- в случае приступа оттуда трудно будет выйти и невозможно получить помощь (переполненный транспорт, большие магазины, рынки, стадионы, кинотеатры).

Опережающая тревога - ожидание следующего приступа.

У таких пациентов есть избегающее поведение:

- больше времени проводят дома;
- переходят на удалённую работу;
- ищут работу рядом с домом в пределах шаговой доступности;
- перестают работать;
- перестают выполнять социальные и семейные обязанности (поход в магазин, в налоговую инспекцию, в МФЦ и т.д.);
- нуждается в постоянном наблюдении и сопровождении членов семьи (фактически инвалидизация).

Вторичная депрессия:

- снижение настроения;
- ощущение беспомощности;
- пессимистическое видение будущего;
- другая депрессивная симптоматика.

Критериями постановки пароксизмального расстройства по МКБ-10 являются:

- приступы паники с опережающей тревогой,
 - наличие в приступе min 4 из сомато-вегетативных симптомов;
 - отсутствие явных соматических и неврологических заболеваний, которые могли бы вызвать сходную симптоматику;
 - отсутствие связи приступов с любого рода интоксикацией ПАВ.
- ❖ Литературное описание панической атаки дано в «Записках сумасшедшего» Л.Н. Толстого и в стихотворении И.А. Бродского «В горчичном лесу».

Обычный путь пациента с паническими атаками

Обращение в СМП

```
graph TD; A[Обращение в СМП] --> B[Поликлиника, терапевт → невролог]; B --> C[Обследование не выявляет отчетливой сомато-неврологической патологии];
```

Поликлиника, терапевт →
невролог

Обследование **не выявляет**
отчетливой сомато-
неврологической патологии

Диагнозы в поликлинике:

- вегетососудистая дистония;
- пароксизмальная тахикардия;
- диэнцефальные кризы;
- нейроциркуляторная дистония;
- гипоталамический синдром;
- мигрень;
- гипогликемия;
- и др.,

что влечёт за собой дополнительные ненужные обследования и не эффективную терапию.

Судьба больных с паническими атаками:

- ❖ **50% выздоравливают с годами, в том числе без патогенетического лечения;**
- ❖ **у 50% больных многолетнее хроническое течение с инвалидизацией.**
 - Из них у 20% развивается алкогольная или лекарственная зависимость (транквилизаторы, барбитураты как результат самолечения).

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР)

Проявление:

стойкая, монотонная, диффузная, фоновая плавающая тревога:

- не имеет психологически понятной основы
- проявления выражены, постоянны и мучительны

Диагностические критерии ГТР:

- постоянная тревога по поводу разных жизненных событий;
- проявления в двигательной сфере:
 - мышечная скованность;
 - дрожь;
 - неусидчивость;
 - суетливость;
 - невозможность расслабиться;
 - боли в мышцах;
 - головные боли напряжения;



Диагностические критерии ГТР (продолжение):

- симптомы вегетативной гиперактивности:
 - тахикардия,
 - учащённое дыхание,
 - гипергидроз,
 - сухость во рту,
 - озноб,
 - учащенное мочеиспускание,
 - дискомфорт в эпигастральной области,
 - ощущение комка в горле

Распространенность ГТР - 2-5% населения

Соотношение Ж: М= 2:1

- Начинается в молодости,
- имеет хроническое течение,
- периоды улучшений и обострений.

При обращении к врачу общей практики:

- предъявляют соматические жалобы;
- ✓ если не задавать специальных вопросов - тревога остаётся нераспознанной.

Прогноз:

- у больных, обратившихся психиатру - ремиссия или излечение;
- у 1/4 больных: сочетание с паническими атаками;
- у части больных - злоупотребление бензодиазепинами или барбитуратами или антидепрессантами.

Смешанное тревожное и депрессивное расстройство

Это сочетание тревоги и сниженного настроения (утрата интересов, способности получать удовольствие, идеомоторная и моторная заторможенность, снижение либидо, нарушение сна и аппетита):

- симптомы тревоги и депрессии не преобладают друг над другом;
- нет связи с психотравмирующим или стрессовым факторами;

Распространенность около 5%

Соотношение Ж:М = 2:1

- Лечится эта категория больных у психологов, неврологов и если нет эффекта, направляется к психиатрам.

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР)

- Распространённость: 1,5- 2% населения.
- Соотношение Ж:М = 1:1
- Типичный возраст начала 15-25 лет
- Течение - хроническое
- Отмечено, что это заболевание развивается у людей с высоким образовательным и культурным уровнем.
- Основные проявления: **обсессии и компульсии**

Обсессии (навязчивости):

- часто повторяющиеся;
- непроизвольно возникающие;
- тягостные
- мысли, чувства, импульсы.

Компульсии (обсессивные ритуалы)

Действия с целью снизить тревогу, вызванную обсессиями:

- многократное мытьё рук при страхе заражения;
- проверка и перепроверка сделанного;
- уборка помещений;
- частые стирки одежды.

Ритуалы:

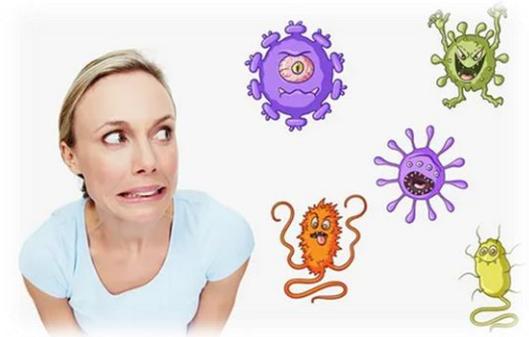
- поведенческие (мытьё рук, проверка закрыта ли дверь, выключены ли вода и газ и т.д.);
- когнитивные (мыслительные) (чтение молитв, представление мысленных образов, счёт цифр и т.д.);

Общая черта ОКР:

- осознание нелепости своих опасений и ритуалов;
- борьба с ними;
- поражение в борьбе;
- существенно нарушают функционирование пациента и причиняют ему страдания;
- тематика меняется со временем.

Наиболее частая тематика obsessions:

- навязчивый страх загрязнения,
- навязчивые сомнения в правильности своих действий,
- навязчивый страх совершить «попущок вопреки ожиданиям» т.е. неприемлемое действие: ударить ребёнка, вы ругаться в церкви и т.п.



Диагностические критерии ОКР по МКБ-10:

- обсессии и компульсии имеют место большую часть дней в течении 2 недель;
- мучительны для пациента;
- повторяются;
- расцениваются как свои собственные мысли и импульсы;
- сопротивление пациента хотя бы одной навязчивой мысли или действию;
- мысль о выполнении действий неприятна для пациента.

Течение:

- хроническое с улучшениями и обострениями;
- с возрастом симптоматика ослабевает и встречается реже;
- больные не склонны обращаться за медицинской помощью;
- в половине случаев сочетается с другими психическими расстройствами:
 - депрессией;
 - неорганическими нарушениями сна;
 - фобиями;
 - нарушениями пищевого поведения;
 - шизофренией и др.

Изолированные и социальные фобии

Фобия:

- иррациональный страх объекта или ситуации;
- с избегающим поведением;
- сопровождается тревогой;
- затрудняет выполнение социальных; профессиональных и других функций;
- доставляет страдания.

Изолированные (специфические простые фобии) (ИФ):

- страх животных (мышей и крыс, собак);
- страх насекомых (тараканов, гусениц червяков);
- страх высоты;
- страх грозы;
- страх инъекций;
- страх вида крови;
- страх посещения стоматолога;
- страх заболеть СПИДом, сифилисом и др.;
- страх авиаперелетов;
- страх закрытых пространств.



Изолированные (специфические простые фобии)

Распространенность: 3-5% населения

Соотношение Ж : М = 2:1

Начало заболевания: детство и юность

Динамика: с возрастом уменьшаются или спонтанно исчезают.

Диагностические критерии ИФ по МКБ-10:

- тревога обозначена определённым фобическим объектом или ситуацией,
- психические и вегетативные симптомы являются первичным проявлением тревоги (а не вторичны по отношению к бреду или галлюцинациям);

Социальные фобии:

- страх социальных конфликтов и ситуаций; связанных с выступлениями перед людьми («страх сцены»);
- страх экзаменов;
- страх играть на музыкальных инструментах в присутствии зрителей;
- беседовать с преподавателем противоположного пола;
- страх пользоваться общественным туалетом;
- неуверенность в группе сверстников.

При попадании в фобическую ситуацию проявляются психические и соматовегетативные проявления тревоги:

- трудность концентрации внимания,
- покраснение лица,
- тахикардия,
- подташнивание,
- затруднённое дыхание,
- учащенное мочеиспускание.

Распространённость: 10-12% населения

Соотношение Ж:М = 1:1

Возникает в подростковом и юношеском возрасте после психотравмы.

Течение: хроническое

- во второй половине жизни ослабевает.

Диагностические критерии СФ по МКБ-10:

- тревога возникает только в определённых социальных ситуациях;
- психические, поведенческие и вегетативные симптомы – первичные;
- выраженность избегающего поведения.

Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации

Тяжёлые жизненные события

```
graph TD; A[Тяжёлые жизненные события] --> B[человек]; B --> C[психосоциальный стресс]; C --> D[нарушение социальных и бытовых функций];
```

человек

психосоциальный стресс

нарушение социальных и бытовых функций

Психосоциальные стрессы отличаются:

❖ **тяжестью, интенсивностью:**

– лёгкие:

- разлука с близким человеком;
- смена места работы;
- смена места жительства.

– тяжёлые:

- внезапная гибель семьи,
- полное разорение,
- известия о своей неизлечимой болезни и т.д.;

❖ **остротой** (внезапные или растянутые во времени);

❖ **числом** (единственные или множественные, однократные или периодические);

Психосоциальные стрессы отличаются:

❖ количеством затрагиваемых ими лиц:

- один человек;
- целая семья;
- социальная или религиозная группа;
- страна (войны, революции, социальные, расовые конфликты);

❖ особенностями:

- экстраординарностью,
- бытовым уровнем,
- общечеловеческим характером (уход из родительской семьи, перемены или потери работы, выход на пенсию и т.д.)



Предпосылки устойчивости к психосоциальному стрессу



Предпосылки НЕустойчивости к психосоциальному стрессу



Психосоциальный стресс может быть причиной ряда психосоматических заболеваний:

- ❖ гипертоническая болезнь,
- ❖ ИБС,
- ❖ язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки,
- ❖ бронхиальная астма,
- ❖ нейродермит.

В целях количественной оценки тяжести стрессовых ситуаций и устойчивости человека стрессу на Западе врачами-интернистами разработана **шкала социальной адаптации (SRRS) (1967).**

Согласно ей жизненные события по степени тяжести от самых тяжёлых до более лёгких располагаются в ряд.

Например:

1. Смерть супруга – 100 баллов

2. Развод – 73 балла

3.

17. Смерть близкого друга – 37 баллов

43.

- Итоговая сумма выражает в цифрах степень стрессовой нагрузки человека, а также его стрессоустойчивость.
- Чем больше баллов, тем больше опасность развития психосоматического заболевания:
- 150 баллов – это 50% вероятность его возникновения, а 300 баллов – 90% вероятность.

Для врача-интерниста **знание обсуждаемой патологии** важно по причинам:

- ❖ ее высокой распространенности среди населения;
- ❖ наличие сомато-вегетативных симптомов и жалоб, имитирующих картину соматического заболевания;
- ❖ пограничный (непсихотический) характер большинства этих нарушений

Острая реакция на стресс

Синонимы:

- острые стресс-реакции;
- острые ситуационные расстройства;
- аффективно-шоковая реакция;
- кризисные состояния;
- реакции экстремальных ситуаций.

Острая реакция на стресс

- Это группа тяжёлых, кратковременных, обратимых психических расстройств в ответ на психосоциальные стрессоры чрезвычайной силы и интенсивности (пожары, землетрясения, боевые действия, транспортные аварии, внезапная смерть близкого).
- Симптоматика возникает сразу после травмы.

Острая реакция на стресс

Проявляется:

- панической атакой,
- страхом,
- неупорядоченным психомоторным возбуждением с бесцельными метаниями и бегством или ступором;
- сознание больного резко сужено (не узнаёт окружающих, не ориентируются в окружающей обстановке);
- обильно выражены вегетативные проявления, свойственные паническому состоянию.

Длительность: несколько минут - 3 часа, максимум до 3-х суток.

После выхода из острой реакции на стресс:

- частичная или полная амнезия;
- выраженная астения.

Расстройства адаптации

Психосоциальный стрессор здесь:

- не интенсивен;
- но растянут во времени (затяжной конфликт в семье или развод с разделом имущества, разлука с близкими, тяжёлая болезнь с неясным прогнозом и т.д.);

Расстройства адаптации

У взрослых стрессор связан с проблемами:

- брачными;
- финансовыми;
- социальными;
- соматического здоровья.

У подростков стрессор связан с проблемами взаимоотношений:

- с родителями;
- сверстниками;
- школой.

Расстройства адаптации

Болезненные симптомы

возникают в течение 1 месяца после стрессового события, затем постепенно исчезают.

Продолжительность:

2-3 месяца (максимум до 6 месяцев)

Варианты адаптационных расстройств:

- кратковременная депрессивная реакция;
- пролонгированная депрессивная реакция (длится до 2 лет), что связано с затяжной стрессовой ситуацией;
- смешанная тревожная и депрессивная реакция;
- адаптационное расстройство с преобладанием нарушения других эмоций (тревога, депрессия плюс раздражительность, гневливость);

У детей: регрессивное поведение в виде энуреза, сосания пальцев, грызение ногтей и т.д.

- **адаптационное расстройство с преобладанием нарушений поведения (характерно для подростков):**
 - злоупотребление алкоголем;
 - прогулы в школе;
 - вандализм;
 - агрессия;
 - и др.
- **адаптационное расстройство, смешанное:**
 - нарушение эмоций;
 - нарушение поведения.

Расстройства адаптации

Адаптационные расстройства широко представлены среди населения. Врачи общей практики встречаются с ними повсеместно, так как **часто видят пациентов, находящихся в условиях психоэмоционального стресса:**

- подозрение на наличие тяжёлого соматического заболевания;
- госпитализация;
- предстоящая хирургическая операция;
- положение родственников тяжелобольного и т.д.

Расстройства адаптации

- Распространенность: 25% от числа всех психических расстройств
- Соотношение Ж:М = 2:1

Преобладают: одинокие, разведённые, лица с невысоким социальным и экономическим положением.

Прогноз: благоприятный

- Симптоматика исчезает в течение 2-3х месяцев.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

Симптомы:

- афганский синдром;
 - вьетнамский синдром;
 - чеченский синдром;
 - боевой стресс.
- ✓ Это перенесённый человеком крайне тяжёлый психосоциальный стресс, по силе превосходящий обычной человеческий опыт.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

- До сих пор **отсутствуют четкие теоретические концепции**, определяющие подходы к изучению психологических и биологических механизмов развития (ПТСР).
- Частые природные и тем более антропогенные катастрофы, необыденные «социогенные» события, сопровождающиеся глубокими переживаниями, изменения экологической ситуации обуславливают **многофакторность и полиморфность** ПТСР.

ПТСР (продолжение)

- ПТСР, связанное с боевой обстановкой называется **«комбатантное» ПТСР**.
- **Боевая травма** — это не только неординарный стресс, это и психическая, и физическая, и моральная травма;
- Это травма, затрагивающая и личностно-психологические основы индивида, и его социальную и биологическую сущность.

ПТСР (продолжение)

- **Впервые** с массовым распространением ПТСР, возникшим у американских военных на войне во Вьетнаме, столкнулись психиатры США.
- Они установили, что **около 29% всех мужчин и женщин, участников боевых действий, страдали ПТСР**, в то время как еще 22% имели некоторые стрессовые симптомы.
- У 10% ветеранов этой войны заметные стрессовые **симптомы обнаруживали и много лет спустя**:
 - обратные кадры, «флэшбеки»,
 - внезапные ночные пробуждения, кошмары,
 - навязчивые образы и мысли о пережитом.

ПТСР (продолжение)

- ПТСР отличается от практически всех психиатрических диагнозов тем, что большое значение придается этиологическому агенту, *травматическому стрессору*.
- Однако клинический опыт диагностики ПТСР показал, что существуют индивидуальные различия в способности справляться с катастрофическим стрессом.
- ❖ Таким образом, **травма** — это не только то, что воздействует на человека, но и то, как он переживает это воздействие.

ПТСР (продолжение)

- По данным современных авторов, **клинически оформленными ПТСР страдают от 12,5 до 44 % ветеранов войн**, а частичные признаки этого симптомокомплекса в отдаленный период выявляются в 63-91,5 % случаев.
- **У военнослужащих, которые до призыва в армию страдали тревожно-аффективными расстройствами, вероятность возникновения ПТСР в 7-9 раз выше**, чем у тех, кто до призыва был практически здоровым.

ПТСР (продолжение)

- Страдают ПТСР не только военнослужащие, **но и мирное население**, проживающее на территории военных действий.
- Обследование 2856 чел. в оккупированном Ираке и Кувейте (Weiseath, 1997) показало, что почти **каждый четвертый житель страны испытывал симптомы ПТСР** в течение 2,5 лет после прекращения войны, и **у детей и женщин их уровень был выше, чем у взрослых мужчин.**
- Проведенное К. А. Идрисовым (2003) исследование 508 семей (1935 чел.), проживавших в зонах боевых действий **в Чечне**, показало, что в 31,2 % случаев имело место развитие состояний, полностью соответствующих клиническим критериям ПТСР. **Женщины оказались более подвержены возникновению ПТСР.**

ПТСР (продолжение)

- ❖ С ростом *числа* психотравмирующих событий увеличивается вероятность развития ПТСР.
- У переживших одно психотравмирующее событие симптомы ПТСР выявляются в 34,4 % случаев,
 - у переживших два события — в 50,3 % случаев,
 - у переживших три события и более — в 78 % случаев.

Развитие ПТСР зависит от *интенсивности воздействия* психотравмирующего события: чем оно интенсивнее, тем более вероятно развитие ПТСР.

Развитие ПТСР зависит также от *экспозиции времени* действия психической травмы: чем дольше воздействие, тем больше вероятность ПТСР.

ПТСР (продолжение)

- ❖ **У вынужденных переселенцев** встречаемость ПТСР составляет 13,4 % (23,4 % — среди мужчин и 8,1 % — среди женщин).
- **В возрастной группе старше 46 лет** частота ПТСР достоверно выше, чем в более младших возрастных группах. Высокая уязвимость старшей возрастной группы может быть связана с чрезмерной ригидностью, затрудняющей гибкий подход к преодолению последствий психической травмы.
- ПТСР в два раза чаще выявляется **среди неработающих** (11 % по сравнению с 4—6 % в остальных группах). В этой группе обследованных чаще встречаются аффективные расстройства, отчуждение от окружающих, беспокойные воспоминания о пережитом.

ПТСР (продолжение)

У женщин чаще, чем у мужчин, в рамках ПТСР формируется астенический синдром:

- расстройства сна,
- раздражительность,
- нарушение концентрации внимания
- и пережитые события повторяются в сновидениях;

Мужчины же чаще испытывают:

- психологическое напряжение при воспоминаниях о пережитом,
- вспышки гнева,
- а также отмечают снижение интереса к значимой ранее деятельности.

ПТСР (продолжение)

- ❖ **У мужчин**, состоящих в браке и разведенных, ПТСР развивается с одинаковой частотой.
 - У женатых мужчин чаще присутствуют такие навязчивые воспоминания и сны о пережитом, избегание мест и людей, связанных с травмой.
 - Астенические расстройства, чаще у разведенных мужчин.
- ❖ **У разведенных женщин** компоненты синдрома и выраженные ПТСР выявляют чаще (13 %), чем у замужних (8,5 %).
- Люди с начальным или неполным средним образованием практически не подвержены ПТСР, у людей со средним, средне-специальным и высшим образованием симптомы ПТСР встречаются с одинаковой частотой.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

Симптомы:

1. повторные переживание травмирующего события в виде:

- навязчивых воспоминаний;
- повторяющихся сновидений или ночных кошмаров;
- стереотипных игр у детей, в которых отражается травма;
- страданий;
- физиологических реакций (тахикардия, гипергидроз, тремор и т.д.)
- во время событий, которые чем-то похожи или символизируют травму
- пациент не может управлять этими воспоминаниями.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

- Симптомы:

2. Постоянное избегание стимулов, напоминающих о травме (стараятся не думать об этом, избегают действий или ситуаций, которые могут напоминать о психотравме).

3. Снижение активности и ответственности в повседневной жизни:

- безразличие к делам;
- чувство оцепенения и эмоциональной притупленности (не способность получать удовольствие от жизни);
- чувство обособленности от других;
- регресс в поведении с утратой приобретённых раньше навыков;

4. Иррациональное чувство вины перед погибшим за то, что сам выжил.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

5. Усиление вегетативных проявлений тревоги и уровня бодрствования (сверхбдительность, сверхбодрствование);

- чрезмерная настороженность;
- вздрагивание при любом шорохе;
- повышение мышечного тонуса;
- раздражительность;
- трудности засыпания;
- гипергидроз, тахикардия, колебания АД и т.д.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

Дополнительно обычно встречаются:

- острые вспышки страха, паники;
- ярость, агрессия;
- пьянство, употребление психоактивных веществ и антисоциальное поведение;
- склонность к физическому насилию;
- демонстративное отрицание принятых в обществе норм и правил;
- деформация внутрисемейных и социальных отношений;
- недоверие к органам власти;
- тяга к азартным играм;
- езда на автомобиле с большой скоростью;
- затяжные прыжки с парашютом у десантников;
- соматовегетативные жалобы.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

Диагностические критерии ПТСР по МКБ-10:

- наличие в анамнезе экстраординарного травматического события;
- появление симптоматики в пределах 6 месяцев после травмы;
- наличие характерной симптоматики;
- минимальная продолжительность расстройства не установлена (но не менее 1 месяца).

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

Течение:

- 1/3 пациентов полностью выздоравливает;
- у 1/3 остаются остаточные явления болезни, не влияющие на их социальную адаптацию;
- у 1/3 больных - хроническое течение с коморбидными:
 - алкоголизмом;
 - наркоманией;
 - лекарственной зависимостью;
 - игроманией;
 - распадом семей;
 - стойким сутяжным поведением;
 - суицидальными попытками.

Не патологические реакции

- **Горе** - это сильные эмоции, проживаемые человеком, когда он лишается близкого.
- ✓ Это не симптом заболевания, а нормальный процесс, посредством которого человек восстанавливается и возвращается к жизни после тяжёлой утраты.

Не патологические реакции

Ситуации:

1. **«реакция шока»**, в это время человек занимается организацией похорон и выполняет необходимые формальности. В тоже время человек находится в оцепенении и дереализации и действует как бы механически (5-7 дней);



2. «осознание потери»:

- чувство вины перед умершим;
- плаксивость;
- концентрация внимания на вещах и предметах умершего;
- мыслительные картины, в которых видит умершего и общается с ним;
- зрительные и слуховые иллюзии и галлюцинации (посторонние шумы, тени воспринимаются как звуки, издающиеся покойником;



2. «осознание потери»:

- выраженная депрессивная симптоматика;
 - чувство вины (что не всё сделано для покойного);
 - тревожная симптоматика: двигательное беспокойство, частое посещение кладбища, постоянная уборка в доме;
 - враждебные чувства к врачам, которые «не сделали всего, что должны были сделать».
- ❖ Длительность: 2-4 месяца (но не более 6 месяцев).

Не патологические реакции

3. «Возвращение к прежней жизни»:

(6-12 месяцев)

- ликвидация депрессивной симптоматики;
- завершение эмоционального прощания с умершим;
- проходит боль утраты.

Атипичная реакция горя

- большая её продолжительность (1я стадия - более двух недель; реакция в целом - более года);
- большая глубина переживаний с полным избеганием социальных контактов, не работоспособностью;
- выраженная психомоторная заторможенность;
- чувство вины, достигающее до степени бреда и суицидальных тенденций;
- отставленный характер реакции горя;

Это состояние в МКБ-10 кодируется:

Z 63.4 - исчезновение или смерть члена семьи ;

Z 73.3 - стресс, нигде больше не
классифицированный;

F 43.22, F 43.23,

F 43.24, F 43.25 - адаптивные расстройства;

F 43.21 - пролонгированная депрессивная
реакция.

Депрессия

- **Настроение** - относительно устойчивое эмоциональное состояние человека.
- **Аффект** - внешние проявления настроения.
- ❖ Настроение в норме подвержено широким колебаниям в спектре переходов от нормального, не патологического до явно болезненных форм.

Расстройства настроения (аффективные расстройства) - широкий спектр психических отклонений, проявляющихся чаще в патологически сниженном настроении - **депрессии** (депрессивный эпизод), либо в его болезненном повышении - **мании** (маниакальный эпизод).

Депрессия

Рекуррентное депрессивное расстройство -

повторные эпизоды депрессии; между ними - нормальное настроение.

Биполярное аффективное расстройство – эпизоды депрессии чередуются с эпизодом (эпизодами) мании. (МДП – в прежних классификациях).

- Аффективные расстройства занимают 2-е место среди всех психических расстройств, уступая тревоге.
- В любой момент времени им страдает 6% населения (5% - депрессией, 1% - манией)

Аффективные расстройства широко представлены среди разных категорий пациентов, обращающихся за медицинской помощью:

- хронических соматических больных в целом - 9,4%;
- общего числа госпитализированных соматических больных - 33%;
- пациентов гериатрических стационаров - 36%;
- амбулаторных онкологических пациентов 33%;
- больных, перенёсших инфаркт миокарда в первые дни - 45%, через 3-4 месяца - 33%;
- лиц перенёсших мозговой инсульт в течение первых 2-х недель после его возникновения - 47%.

- Среди пациентов врача общей практики удельный вес больных **с депрессивными состояниями** примерно 10%.
- По этой причине во всём мире уделяется огромное внимание обучению врачей-интернистов *распознаванию расстройств настроения*. (WPA. Образовательная программы депрессивных расстройств, 1997).

Расстройства настроения в МКБ-10

представлены таким образом:

- **F30** маниакальный эпизод
- **F31** биполярное аффективное расстройство
- **F32** депрессивный эпизод
- **F33** рекуррентное депрессивное расстройство
- **F34** хронические расстройства настроения
- **F38** другие расстройства настроения
- **F39** неуточненные расстройства настроения

Распространённость депрессии, экономические последствия, значение для здравоохранения

- В любой момент времени в России страдает депрессивным расстройством 7 млн. человек.
- Это около 3% мужчин и 78% женщин.
- Хроническими депрессиями страдает 4% населения.
- Риск возникновения острого расстройства в течение жизни для мужчин 10-12%, для женщин 20-30 %
- Соотношение Ж:М = 2:1
- Возраст начала заболевания 30-40 лет.
- ❖ Депрессии сокращает жизнь человека в среднем на 10 лет.
- ❖ Частота завершённых суицидов среди депрессивных больных 10-15 процентов

По данным Всемирного банка:

- острые депрессивные состояния занимают **2 место** как **причина смерти и инвалидности**;
 - на долю депрессии приходится 45% психиатрических диагнозов, поставленных в учреждениях общей медицинской сети консультантами-психиатрами;
 - из общего числа больных, страдающих депрессиями около **50%** вообще не обращаются за **медицинской помощью**;
 - диагноз распознаётся и **лечение получают не более 15-20 %** этих больных.
- ❖ Это общая медицинская и социально-экономическая проблема современного общества.

Этиология депрессий:

- биологический;
- социально-психологический феномены.

Факторы:

1) Генетические:

- риск заболевания для пробанда:
- 27% если биполярным расстройством страдает один родитель,
- 75%-если оба.

2) Нарушение обмена нейромедиаторов в мозге:

- дефицит серотонина,
- дефицит норадреналина,
- дефицит ГАМК

(моноаминовая теория 1960-1970 гг.)

Факторы:

3) Изменение чувствительности

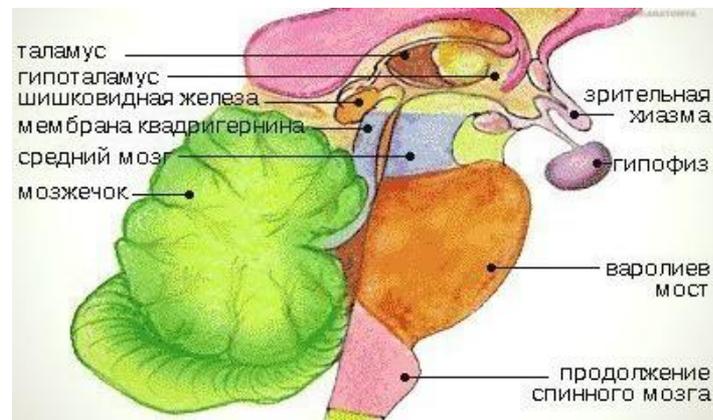
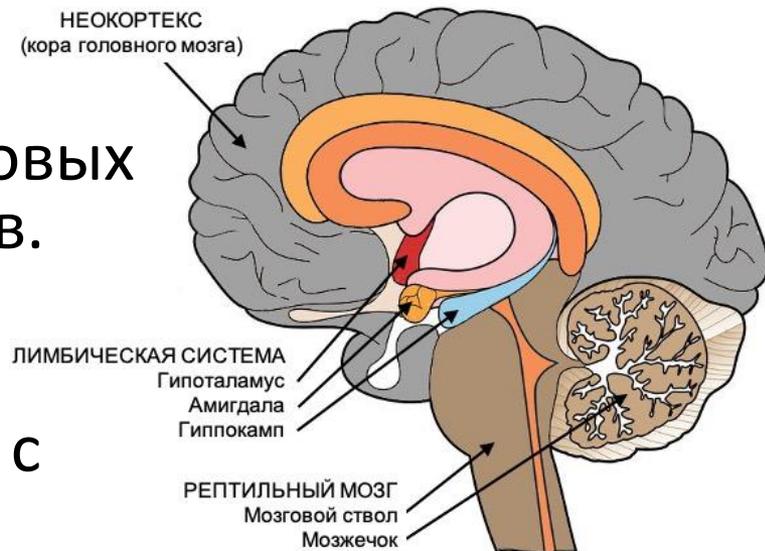
постсинаптических серотониновых и адренергических рецепторов.

4) Нарушение механизмов

нейроэндокринной регуляции с повышением активности гипоталамо-адреналовых механизмов.

5) Расстройства настроения

связаны с лимбической системой, гипоталамусом, базальными ганглиями, височной корой и синим пятном варолиева моста.



6) психосоциальные факторы, провоцирующие депрессию:

- травмирующие события жизни,
- межличностные конфликты,
- стрессы,
- потеря близких,
- потеря работы,
- потеря социального положения,
- ошибочные иррациональные мысли и суждения о самом себе и окружающих



Клиническая картина депрессии

Диагностика.

Кардинальные симптомы депрессии:

- снижение настроения (грусть, печаль, тоска, уныние);
- утрата прежних интересов;
- отсутствие способности получать удовольствие (ангедония):
- снижение активности, двигательная заторможенность;
- замедленное мышление;
- не способность сосредотачиваться, концентрировать внимание;
- идеи малоценности (низкая самооценка, идея никчемности, виновности, отсутствие уверенности в себе);



Кардинальные симптомы депрессии (продолжение):

- трудность в принятии решений;
- пессимистическая оценка внешнего мира, своего прошлого и будущего;
- мысли о смерти, нежелание жить, стремление нанести себе повреждения, покончить с собой;
- нарушение соматических и вегетативных функций:
 - снижение аппетита (потеря веса);
 - расстройства сна (трудно заснуть, поверхностный сон, раннее пробуждение);
 - сниженное либидо; нарушение менструального цикла;
 - кардиалгии, тахикардия, тяжесть и сдавления в груди, колебание АД;
 - запоры, сухость кожи и слизистых.

Молодые психиатры при диагностике депрессии легко запоминают **две группы:**

1) депрессивная триада:

1. снижение настроения,
2. идеоторная заторможенность,
3. моторная заторможенность

2) триада Протопопова:

1. широкий зрачок,
2. тахикардия,
3. Запор.

Согласно МКБ-10 депрессию подразделяют на

три степени:

- 1) лёгкий депрессивный эпизод (2 из трёх симптомов);
- 2) средний депрессивный эпизод (3 из 4 симптомов);
- 3) тяжёлый депрессивный эпизод (3 основных и 4 дополнительных симптома).

Депрессии бывают:

- без психотических симптомов,
- с психотическими симптомами (бред, галлюцинации)

Продолжительность депрессивного эпизода:

3 месяца - 8 месяцев

Хронические расстройства настроения (циклотимия и дистимия)

Признаки:

- 1) почти постоянное расстройство настроения без светлых промежутков;
- 2) выраженность их невелика, не достигает степени, достаточной для постановки диагноза гипомании или легкого депрессивного эпизода

Циклотимия

- 1) Редуцированная, смягченная форма БАР.
- 2) У пациента, чаще в связи с внешними факторами, происходит чередование слегка сниженного и слегка приподнятого настроения
- 3) Проявления по своей выраженности не достигают степени гипомании или субдепрессии
- 4) продолжительность циклов мала - несколько суток

В прежних классификациях:

- «циклоидная личность»,
- «циклоидная психопатия»

Циклотимия (продолжение)

Распространённость: примерно 1% населения

Начало заболевания: молодой возраст (20-25 лет)

Течение: длительное, у 1/3 переходит в БАР.

- ❖ **Большинство пациентов не обращаются к врачам по этой проблеме.**
- Перепады настроения толкают их к поиску острых ощущений, смене места жительства и рода занятий, алкоголизация, наркотизации.

Дистимия

Состояние хронической, годами протекающий субдепрессии, **но не отвечает критериям** даже лёгкого депрессивного расстройства.

- Это выраженная склонность к постоянно сниженному настроению.
- Для постановки диагноза настроение должно быть сниженным не менее 2-х лет.

Синонимы из прежних классификаций:

- депрессивный невроз,
- затянувшаяся невротическая депрессия,
- депрессивное расстройство личности.

Дистимия (продолжение)

- Распространённость: 3-4 % населения.
- Начало: в 20-30 лет.

Большую часть времени пациенты испытывают:

- вялость,
- утомляемость,
- неуверенность в себе,
- сниженную самооценку,
- беспомощность,
- расстройства сна,
- сниженный аппетит,
- отсутствие радости от жизни,
- пессимизм.

Прогноз :

с годами у 20% больных развивается рекуррентное депрессивное расстройство, а у 5% появляется эпизоды мании и болезнь переходит в БАР

Другие формы расстройств настроения

Сезонное аффективное расстройство - это вариант рекуррентной депрессии или БАР при котором **приступ и заболевания возникает поздней осенью** или **ранней зимой** что связывают с минимальной продолжительностью светового дня.

- **Соотношение Ж:М=2-3:1** одному.
- **Начало заболевания: 20-30 лет**
- **Распространенность:** тем выше, чем севернее от экватора живут люди.

Другие формы расстройств настроения (продолжение)

У 30% страдающих этим заболеванием оно течёт в форме биполярного расстройства.

В периоды обострения депрессивной симптоматики:

- повышенная сонливость;
- чувство постоянной усталости;
- усиление аппетита с акцентом на пищу богатую углеводами (сладкое), как следствие прибавка в весе.

❖ *Это нетипичные для депрессии симптомы*

Биполярное расстройство с быстрыми циклами

- За год 4 и более эпизода болезни (депрессивных, гипоманиакальный, маниакальных, смешанных).
- У отдельных больных эпизоды следуют один за другим без промежутков.

Вторичное депрессивное расстройство

Возникает как коморбидное с психическим или соматическим заболеванием и

наступающее позже его:

- депрессия после перенесённого психоза,
- депрессия у онкологических больных,
- депрессия у больных сахарным диабетом,
- депрессия у больных алкоголизмом, наркоманиями,
- депрессия у больных перенёсших Covid-19

Распознавание расстройств настроения в общемедицинской практике

Внешний вид:

- грустное выражение лица,
- тихий без модуляции голос,
- немногословие (олигофазия),
- сутулая спина,
- потухший взгляд,
- замедленность движений,
- неуверенность в себе,
- стойкий пессимизм,
- ирония, мрачный юмор,
- замедленность движений,
- бессилие,
- снижение либидо,
- снижение аппетита,
- потеря веса,
- запоры, тупые боли в области сердца,
- постоянные мышечные боли.

Разработаны и широко используются **формализованные опросники (шкалы)**, которые используются наряду с клиническим методом:

- опросник по выявлению симптомов депрессии **Бека** (Beck A., 1961);
- короткая шкала для определения тревоги и депрессии для врачей общей практики **Голдберга** (Goldberg D. et al, 1987);
- шкала депрессии **Гамильтона** (Hamilton M. 1960, 1967).

Помимо установления самого факта депрессии **нужна дополнительная информация:**

- наличии в прошлом эпизодов повышенного или пониженного настроения, их продолжительность, была ли необходимость обращаться за помощью;
- если проводилось лечение - реакция пациентов на антидепрессанты, которые он принимал;
- употребление пациентами алкоголя и других ПАВ;
- наличие в семейном анамнезе расстройств настроения и суцидов;

❖ Необходимо дать оценку степени суцидального риска. **Если она высоко-необходима госпитализация**

Дифференциальная диагностика депрессии

1) С непатологическими колебаниями настроения (грусть, печаль, подавленность) у психически здорового человека.

Отличие от депрессии :

- возникли по определённой причине,
 - психологически понятны,
 - самооценка не страдает,
 - нет чувства вины,
 - есть самоуважение,
 - пессимистическая оценка не распространяется на прошлое и будущее,
 - соматические (вегетативные) компоненты мало выражены,
 - в меньшей степени угнетены инстинкты: пищевой, половой, самосохранение.
- ❖ Эти пациенты вызывают у врача симпатию и сочувствия (при депрессии - часто раздражение и непонимание).

Дифференциальная диагностика депрессии (продолжение)

2) С вторичными депрессивными расстройствами :

- при ревматическом артрите,
 - гипертонической болезни,
 - сахарном диабете,
 - мононуклеозе,
 - инфекционном гепатите,
 - хорее Геттингтона,
 - злокачественных опухолях,
 - гипотериозе,
 - дефиците витаминов В1, В6, фолиевой кислоты.
- ❖ Тогда необходимо искать первичные соматические расстройства и лечить их как первопричину вторичной депрессии.

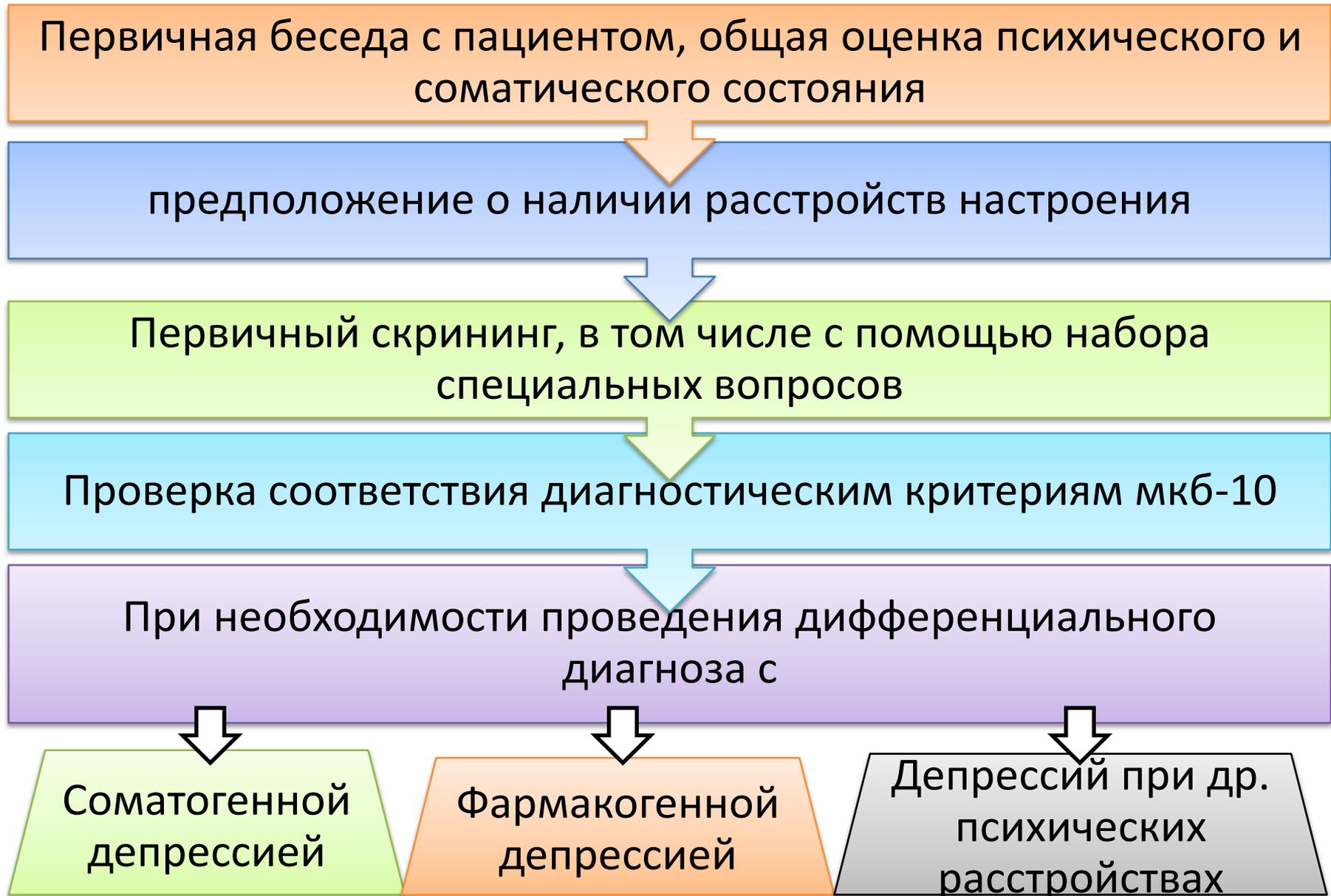
3) С фармакогенными депрессиями

Они могут вызываться приёмом:

- резерпина и раунитина,
- стероидных гормонов,
- пероральных контрацептивов,
- анальгетиков,
- нейролептиков (аминазин),
- психостимуляторов,
- метилдопы,
- противораковых препаратов,
- β -блокаторов,
- алкоголя.

❖ Тогда нужен соответствующий анамнез

Паттерн диагностики депрессии выглядит следующим образом



В западных странах считают, что врач общей практики должен:

- распознавать расстройства настроения,
- успешно их лечить,
- лишь часть пациентов направлять к психиатру

Основание для направления пациента к психиатру:

- значительная тяжесть депрессии,
- наличие коморбидных психических расстройств,
- отчетливые суицидальные тенденции,
- неэффективность проводимые врачом общей практики терапии.

Лечение депрессий

Депрессия - одна из наиболее распространённых форм психогенной патологии

Цели лечения:

- ликвидировать симптомы расстройств настроения;
- восстановить социальное, профессиональное и семейное функционирование пациента;
- уменьшить риск рецидива болезни

Группы методов лечения

- ❑ **фармакотерапия;**
- ❑ **формы биологической терапии:**
 - **электросудорожная,**
 - **Фитотерапия,**
 - **депривация сна**
 - **и др.**
- ❑ **психотерапия (чаще других – когнитивно-поведенческая)**

Ошибки врача общей практики в лечении депрессивного больного

- 1) «Возьмите себя в руки, поборите печаль, посмотрите на мир другими глазами, выйдите к людям, займитесь спортом»

Ошибка - в состоянии депрессии всё это невозможно, больной пытается, но ничего не получается, в результате ещё больше чувство вины и собственной никчемности.

Ошибки врача общей практики в лечении депрессивного больного

- 2) Лечение депрессии длительное. Врачу надоедает выслушивать одни и те же жалобы. Время идёт, а выздоровление не наступает. У врача появляется чувство досады, раздражение, непонимание, желание передать пациента другому специалисту. Он перестает вникать в нюансы и изменения внутренней картины депрессии.
- ❖ Пациент ощущает себя ненужным, отверженных, непонятым, что усиливает депрессию.
- 3) **Полипрагмазия** как нежелание общаться с больным, заниматься с ним психотерапией.

Навыки работы с депрессивными больными

- **Терпение**, нужно дать больному выговориться, что приносит облегчение и снижает риск суицида;
- **Цель психотерапии** - убедить больного в преходящем характере депрессии и в перспективе – в полном излечении;
- **Пессимистическое восприятие мира - это проявление болезни** и поэтому ошибочно;
- **Депрессия** - болезнь распространённая и то состояние, которое проживает пациент - удел сотен тысяч людей и они выздоравливают.

Психотерапия депрессии

1. Роль **минимальна** - если депрессия тяжёлая, острая, с психологической симптоматикой
2. Роль **максимальна** - при не глубокой депрессии .

Условия проведения психотерапии :

- у пациента нет высокого риска суицида и психотических расстройств;
- в анамнезе нет случаев аутоагрессии или насилия;
- пациент сохраняет и поддерживает отношения хотя бы с одним лицом;
- заинтересованность пациента в психотерапии;
- в прошлом отмечался хороший ответ на психотерапию.

Цели психотерапии

- **поддержание** «Эго» пациента, чувство собственного достоинства, исправление иррациональных, болезненных мыслей собственной мало ценности;
- **развитие** способности открыто выражать свои чувства;
- **формирование** новых, недепрессивных форм поведения и межличностных отношений;
- **выявление** негативных чувств, мыслей и ожиданий;
- **показать, что он сам** способен сделать для улучшения ситуации;
- **наметить** ближайшие цели, которые пациент может сам достигнуть.

Виды психотерапии чаще используемые для лечения депрессивных состояний

- **Когнитивная** (познавательная)
- **и поведенческая** (бихевиоральная)

Цель:

- изменить ошибочные суждения и формы поведения пациента;
- помочь ему справиться с текущими жизненными трудностями;

Виды психотерапии чаще используемые для лечения депрессивных состояний

- **Индивидуальная психотерапия**, базирующаяся на психодинамических принципах (психоанализе), проводимая как форма короткого (10 сеансов), так и длительного (несколько лет) курсов; показана для лёгких и хронических форм депрессии.
- **Групповая психотерапия**
- **Цель:** развитие уверенности у пациента в себе, тренировка социальных навыков и взаимоотношений.

Рекомендуемая литература по психотерапии

- Д. Бернс «Хорошее самочувствие. Новая теория настроения» (1995);
- Р.А. Евстигнеев «Психотерапия для всех нести» (2006)

- Хороший эффект (80%) достигается при сочетании фармакотерапии и психотерапии.

Биологическая терапия депрессии проводится в следующих случаях:

- значительная глубина депрессии (пациент недоступен для психотерапии);
- «витальная» окраска депрессии (выраженные нарушения жизненных функций – сна, аппетита, инстинктов), сопровождается вегетативными расстройствами;
- депрессия сопровождается психотическими расстройствами (бредом, галлюцинациями, ступором);
- опасность суицида;
- если в прошлых фазах болезни биологическая терапия дала хороший результат;
- среди родственников пациента есть лица с расстройствами настроения;

Биологические методы лечения:

- фармакотерапия (антидепрессанты, нормотимики, транквилизаторы, нейролептики);
- электросудорожная терапия;
- светотерапия.

Профилактика тревожных и депрессивных расстройств:

- Мин 2-х недельный отпуск со сменой места проживания;
- Сформулировать ближайшие и отдалённые жизненные цели, составить список от более важных менее важным;



Профилактика тревожных и депрессивных расстройств (продолжение):

- **С вечера** планировать на следующий день список дел. Важные дела надо непременно сделать;
- Планируйте **только то, что можно сделать за 3-5 рабочих часов** - всё остальное отложите до лучших времен или не делайте совсем;
- После каждого рабочего часа - **15 минут перерыва**, старайтесь чаще делать-то, что доставляет вам радость;
- **1-2 выходных в неделю обязательно**, они должны быть посвящены отдыху и удовольствиям;

Лекарственная терапия должна быть комплексной:

- антидепрессанты;
 - нормотимики;
 - транквилизаторы;
 - нейролептики;
 - Ноотропы
- ❖ Позитивное влияние окажет физиотерапия, лечебная физкультура, пребывание в санатории.

Спасибо за внимание!





Спасибо за внимание!