



АКАДЕМИЯ
ПОСТДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ФГБУ ФНКЦ ФМБА РОССИИ

Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии

Клинические особенности течения COVID-19

и коморбидные психические расстройства

Авторы
Никифоров И.А.
Шахбази Т.А.

2020 г.



АКАДЕМИЯ
ПОСТДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ФГБУ ФНКЦ ФМБА РОССИИ

Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии

Психические расстройства вследствие психотравмирующего воздействия COVID-19

Авторы
Никифоров И.А.
Шахбази Т.А.

2020 г.

Введение

- В конце 2019 года в Китайской Народной Республике произошла вспышка новой коронавирусной инфекции с эпицентром в городе Ухань (провинция Хубэй), возбудителю которой было дано временное название 2019-nCoV.
- Всемирная организация здравоохранения 11 февраля 2020 г. присвоила официальное название инфекции, вызванной новым коронавирусом, – COVID-19 («Coronavirus disease 2019»).

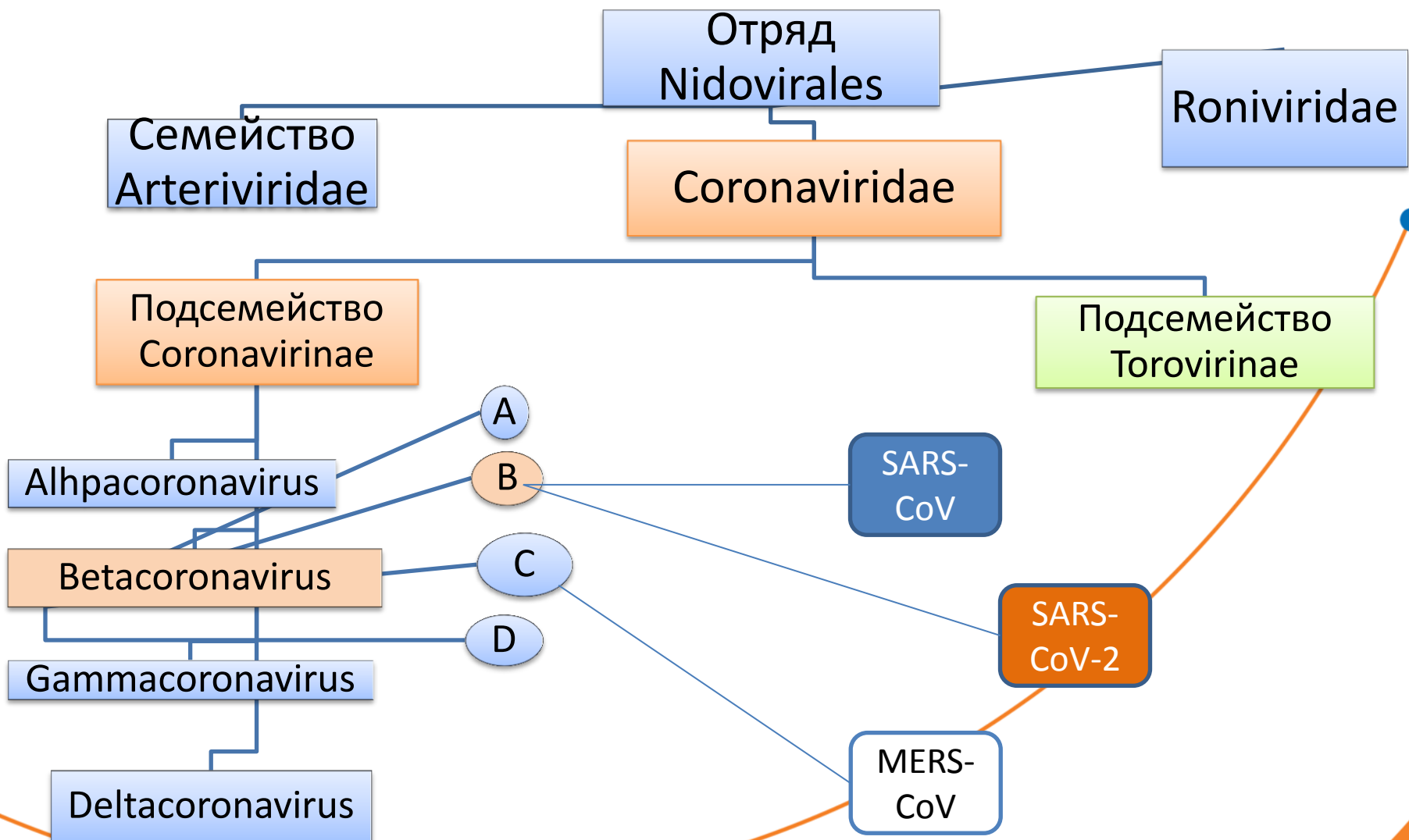
Этиология и патогенез

- Коронавирусная инфекция – острое вирусное заболевание с преимущественным поражением верхних дыхательных путей, вызываемое РНК-геномным вирусом рода Betacoronavirus семейства Coronaviridae.
- Международный комитет по таксономии вирусов 11 февраля 2020 г. присвоил официальное название возбудителю инфекции – SARS-CoV-2.
- Коронавирусы (лат. Coronaviridae) – семейство, включающее на январь 2020 года 40 видов РНК-содержащих сложно организованных вирусов, имеющих суперкапсид.

Coronaviridae включает 2 подсемейства: Coronavirinae и Torovirinae.

- **Первое подразделяется на 4 рода:**
Alphacoronavirus, *Betacoronavirus*,
Gammacoronavirus, Deltacoronavirus.
- Род *Betacoronavirus*, в свою очередь,
подразделяется на четыре подрода: А, В, С,
D

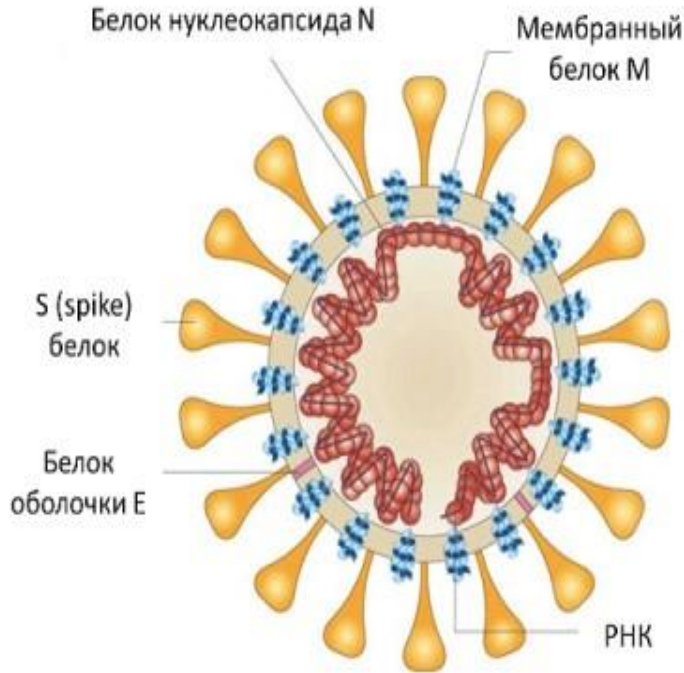
Таксономическая классификация SARS-CoV-2



Название вируса связано с его строением:

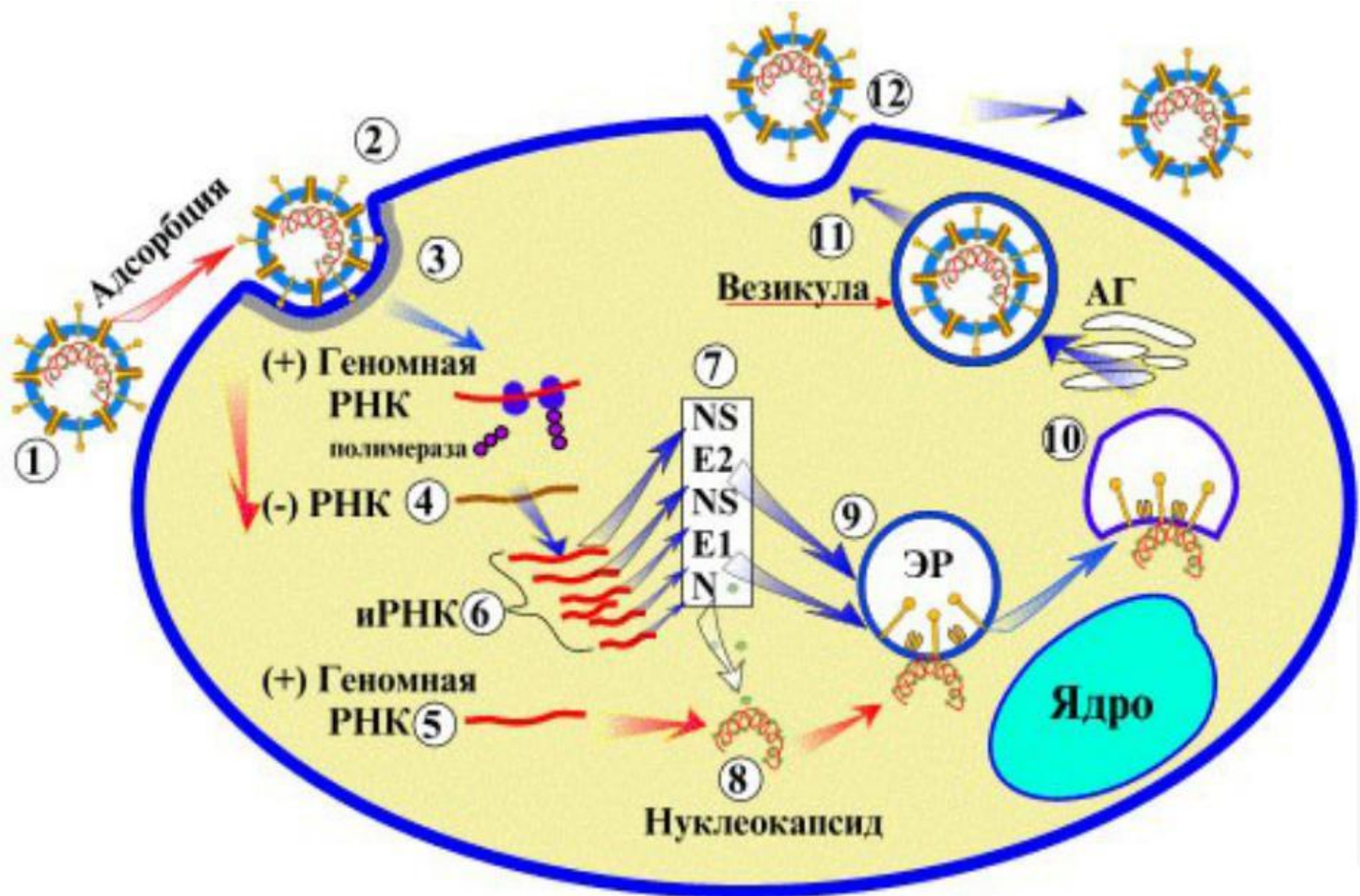
- из суперкапсида выдаются большие шиповидные отростки с шишкообразными утолщениями на концах, которые напоминают корону.
- Вирион размером 80-220 нм.
- Нуклеокапсид представляет собой гибкую спираль, состоящую из геномной плюс-нити РНК и большого количества молекул нуклеопротеина N.
- Имеет самый большой геном среди РНК-геномных вирусов.
- Имеет суперкапсид, в который встроены гликопротеиновые тримерные шипы (гликопротеин S), мембранный протеин М, малый оболочечный протеин Е, гемагглютининэстераза (HE)

Коронавирусы – схема строения вириона



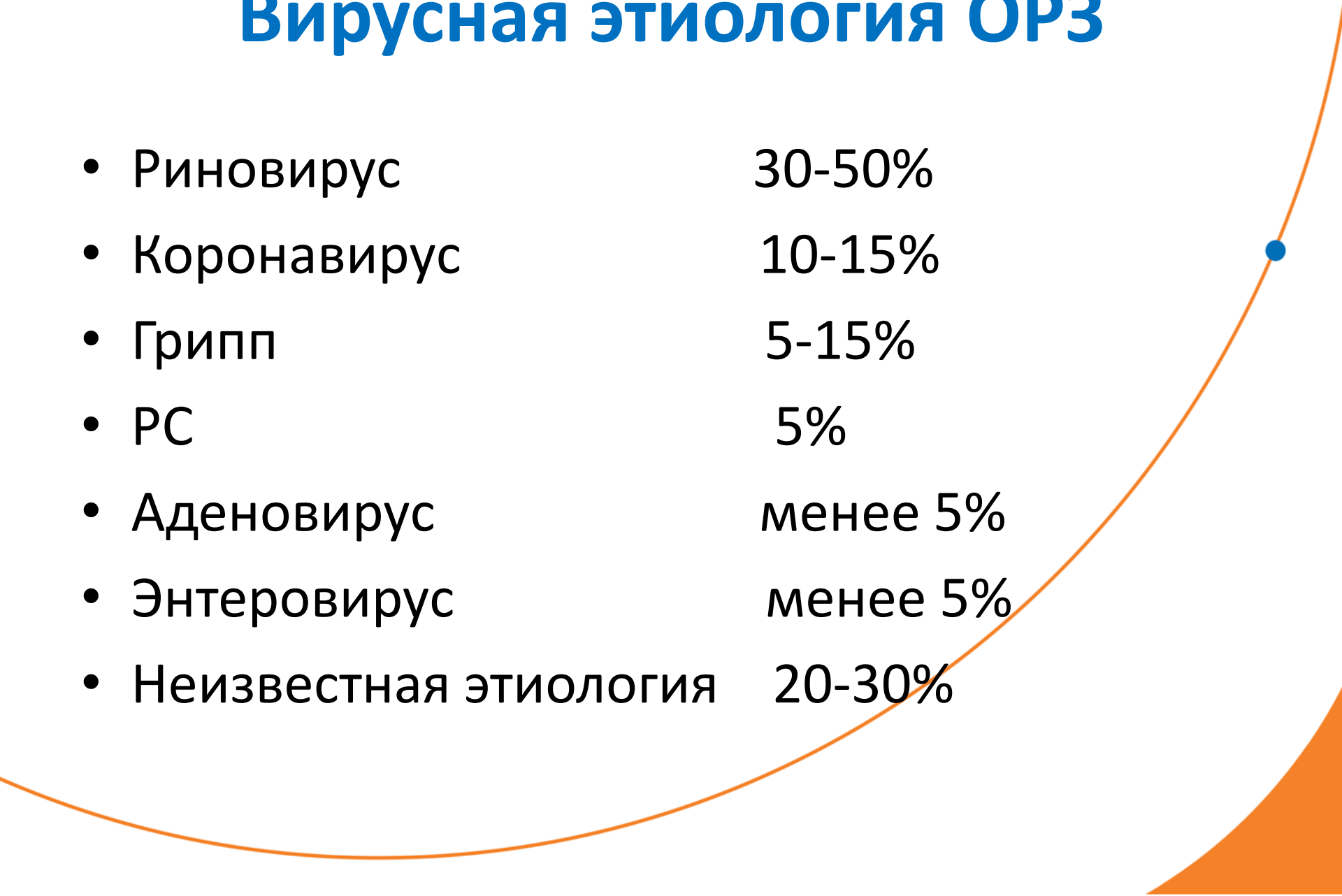
- Сферические частицы диаметром 120 нм;
- Оболочка вириона содержит булавовидные отростки (S, spike);
- Белки оболочки E;
- Мембранный белок M;
- Нуклеокапсидный белок N;
- Геном +РНК длиной примерно 30000 нт;
- +РНК содержит кэп структуру и полиА последовательность.

Так происходит репродукция коронавируса в клетке



- **В настоящее время известно** о циркуляции среди населения четырёх коронавирусов (HCoV-229E, -OC43, -NL63, -HKU1), которые круглогодично присутствуют в структуре ОРВИ, и, как правило, вызывают поражение верхних дыхательных путей лёгкой и средней степени тяжести.
- **Естественными хозяевами** большинства из известных в настоящее время коронавирусов являются млекопитающие.

Вирусная этиология ОРЗ



• Риновирус	30-50%
• Коронавирус	10-15%
• Грипп	5-15%
• РС	5%
• Аденовирус	менее 5%
• Энтеровирус	менее 5%
• Неизвестная этиология	20-30%

SARS-CoV 2002-2003

- **До 2002 года** коронавирусы рассматривались в качестве агентов, вызывающих нетяжёлые заболевания верхних дыхательных путей (с крайне редкими летальными исходами).
- **В конце 2002 года** появился коронавирус (SARS-CoV), возбудитель так называемой «атипичной пневмонии», который вызывал Тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС) (англ. severe acute respiratory syndrome, SARS) у людей.
- вирус относится к роду Betacoronavirus.
- **Природным резервуаром SARS-CoV** служат летучие мыши. От летучих мышей в природе заражаются виверровые (Viverridae), которых жители Юго-Восточной Азии держат в качестве домашних животных и часто употребляют в пищу.

SARS-CoV 2002-2003

- Наиболее вероятен следующий путь проникновения SARS-CoV в человеческую популяцию: летучие мыши → мелкие дикие млекопитающие (гималайские циветты (*Paguma larvata*), енотовидные собаки (*Nyctereutes procyonoides*), бирманские хорьковые барсуки (*Melogale personata*), etc.) → непрожаренное мясо в ресторанах → человек
- **Всего за период эпидемии 2002-2003 гг в 37 странах мира было зарегистрировано более 8 тыс. случаев, из них 774 со смертельным исходом.**

SARS-CoV 2002-2003 (продолжение)

Инкубационный период в среднем продолжался 2–7 сут, в ряде случаев составляет 10 сут.

- Начало болезни острое, возникает озноб (97% случаев),
- температура тела повышается до 38–39 °C (100% случаев).

В первые дни преобладали симптомы интоксикации:

- головная боль (84%), головокружение (61%), слабость (100%), боль в мышцах (81%).

Катаральные симптомы в начальном периоде выражены умеренно:

- может наблюдаться легкий кашель (39%), боль в горле (23%) и ринит (23%).

После 3–7 сут болезни развивается респираторная фаза с выраженными признаками поражения нижних дыхательных путей:

- усиливается кашель, появляется одышка, чувство нехватки воздуха. Нарастает гипоксия и гипоксемия.

У подавляющего большинства больных (80–90%) заболевание заканчивалось выздоровлением.

SARS-CoV 2002-2003 (продолжение)

- Летальность колебалась от 4% до 19,7%,
- В группе больных, находящихся на искусственной вентиляции легких, летальность 57,7%.
- Осложнения:
 - периферическая полинейропатия,
 - острая печеночная недостаточность,
 - бактериальная и грибковая суперинфекция.
- Сопутствующие заболевания и пожилой возраст повышают риск тяжелого течения болезни с неблагоприятным исходом.
- **С 2004 года новых случаев атипичной пневмонии, вызванной SARS-CoV, зарегистрировано не было.**

MERS-CoV (с 2012 по настоящее время)

- **MERS-CoV** - возбудителем ближневосточного респираторного синдрома, (БВРС) (англ. Middle East respiratory syndrome, MERS),
- принадлежит к роду Betacoronavirus.
- **Первые случаи заболевания БВРС**, появились у людей, побывавших в Саудовской Аравии, в **апреле 2012 г.**
- **Основная заболеваемость** наблюдается в восточной части Саудовской Аравии.
- Завозные случаи заболевания выявлены в других странах Ближнего Востока (в Иордании, Катаре, ОАЭ), северной Африке (в Тунисе), а в Европе — во Франции, Германии, Великобритании и Италии.

MERS-CoV (с 2012 по настоящее время)

- **Основным природным резервуаром** коронавирусов MERS-CoV являются летучие мыши, промежуточным, предположительно - одногорбые верблюды (дромадеры).
- **С 2012 года** зарегистрировано **2519** случаев коронавирусной инфекции, вызванной вирусом **MERS-CoV**, из которых 866 закончились летальным исходом.
- **MERS-CoV** продолжает циркулировать и вызывать новые случаи заболевания.
- Описаны легкие и бессимптомные случаи заболевания, **что вызывает беспокойство** специалистов в связи с возможностью скрытого распространения заболевания.

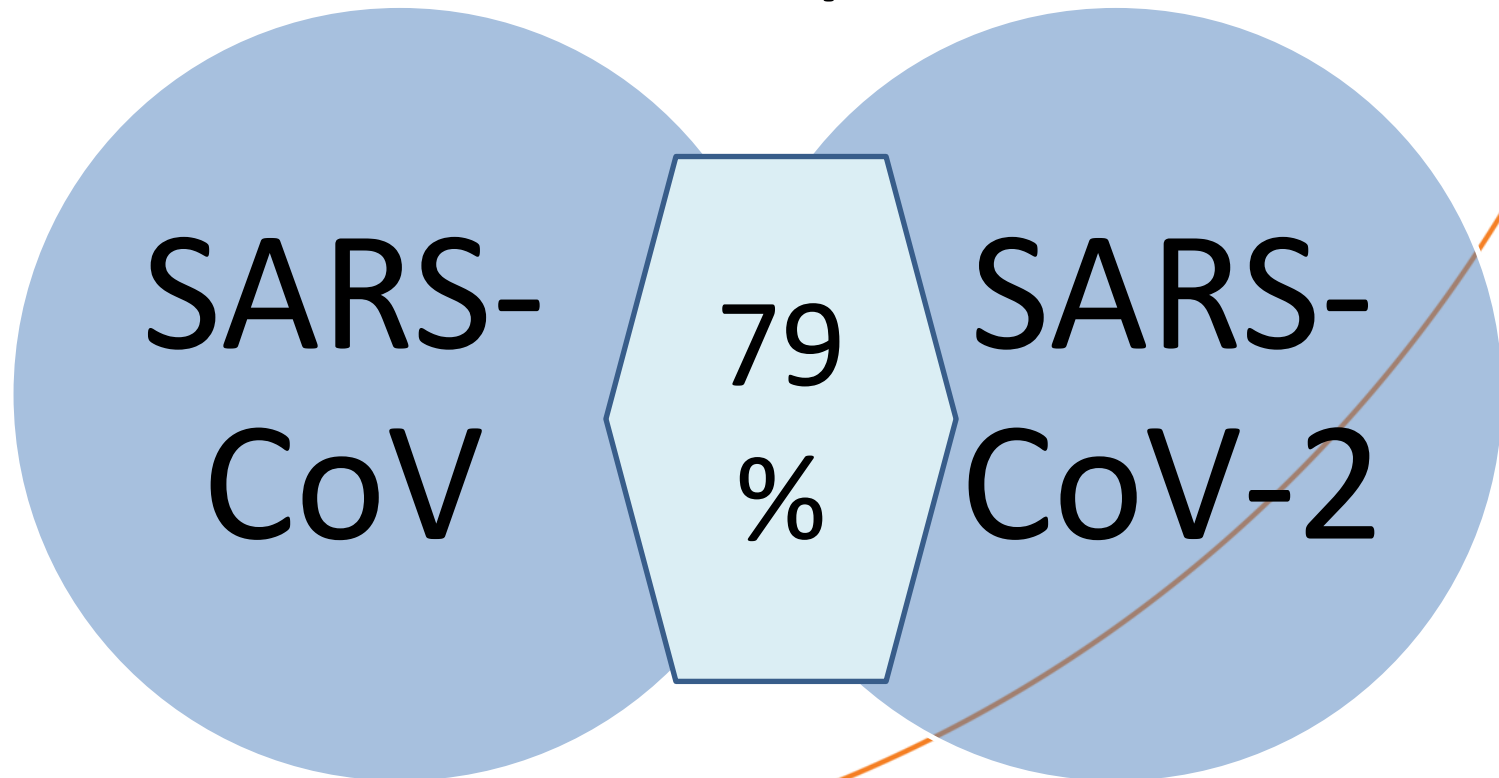
Новый коронавирус SARS-CoV-2

Коронавирус 2019-nCov

- представляет собой одноцепочечный РНК-содержащий вирус
- относится к семейству Coronaviridae, относится к линии Beta-CoV B.
- вирус отнесен ко II группе патогенности, как и некоторые другие представители этого семейства (вирус SARS-CoV, MERS-CoV).
- коронавирус **SARS-CoV-2** предположительно является рекомбинантным вирусом между коронавирусом летучих мышей и неизвестным по происхождению коронавирусом.

Генетическая последовательность SARS-CoV-2
сходна с последовательностью SARS-CoV по
меньшей мере на 79%.

Геном SARS-CoV/SARS-CoV-2



Пути передачи SARS-CoV-2

- ❖ **Воздушно-капельный** - ведущим путь передачи SARS-CoV-2, реализуется при кашле, чихании и разговоре на близком (менее 2 метров) расстоянии.
- ❖ **Воздушнопылевой**
- ❖ **Контактный путь** - осуществляется во время рукопожатий и других видах непосредственного контакта с инфицированным человеком, а также через пищевые продукты, поверхности и предметы, контаминированные вирусом.
- ❖ По различным данным, при комнатной температуре SARS-CoV-2 способен сохранять жизнеспособность на различных объектах окружающей среды в течение нескольких часов до 3 суток.

- **Входные ворота возбудителя** – эпителий верхних дыхательных путей и эпителиоциты желудка и кишечника.
- **Начальным этапом заражения является** проникновение SARS-CoV-2 в клетки-мишени, имеющие рецепторы ангиотензинпревращающего фермента II типа (ACE2).
- **Рецепторы ACE2 представлены** на клетках дыхательного тракта, почек, пищевода, мочевого пузыря, подвздошной кишки, сердца и ЦНС.
- **Однако** основной и быстро достижимой мишенью являются **альвеолярные клетки II типа (AT2) легких**, что определяет развитие пневмонии.

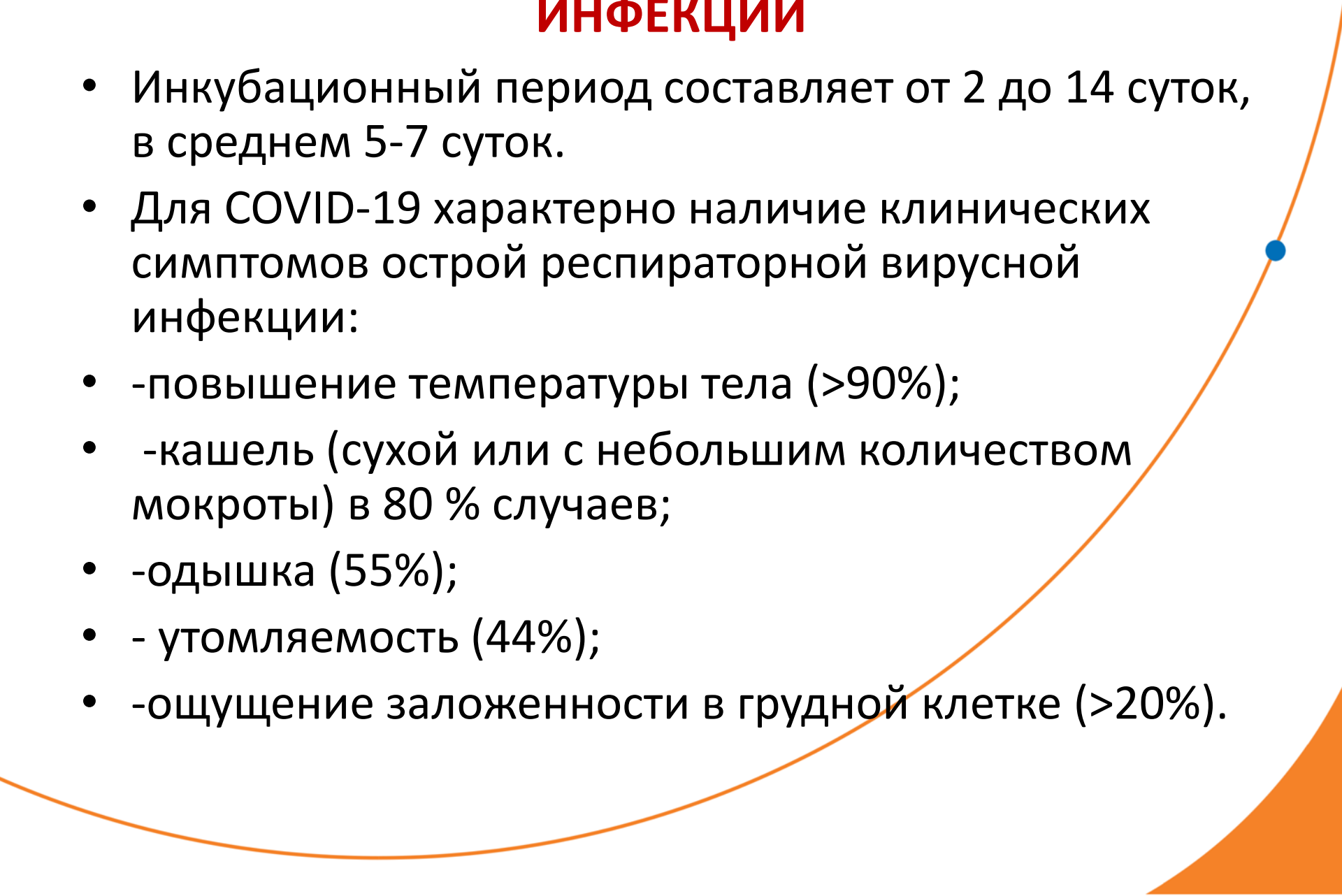
Патогенез SARS-CoV-2

- **Также** обсуждается роль CD147 в инвазии клеток SARS-CoV-2.
- **Установлено**, что диссеминация SARS-CoV-2 из системного кровотока или через пластинку решетчатой кости (Lamina cribrosa) может привести к поражению головного мозга.
- **Изменение обоняния** (гипосмия) у больного на ранней стадии заболевания может свидетельствовать о поражении ЦНС.
- **Имеются данные** о выделении коронавируса из мозга больных рассеянным склерозом

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ SARS-CoV-2



КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

- Инкубационный период составляет от 2 до 14 суток, в среднем 5-7 суток.
 - Для COVID-19 характерно наличие клинических симптомов острой респираторной вирусной инфекции:
 - -повышение температуры тела (>90%);
 - -кашель (сухой или с небольшим количеством мокроты) в 80 % случаев;
 - -одышка (55%);
 - - утомляемость (44%);
 - -ощущение заложенности в грудной клетке (>20%).
- 

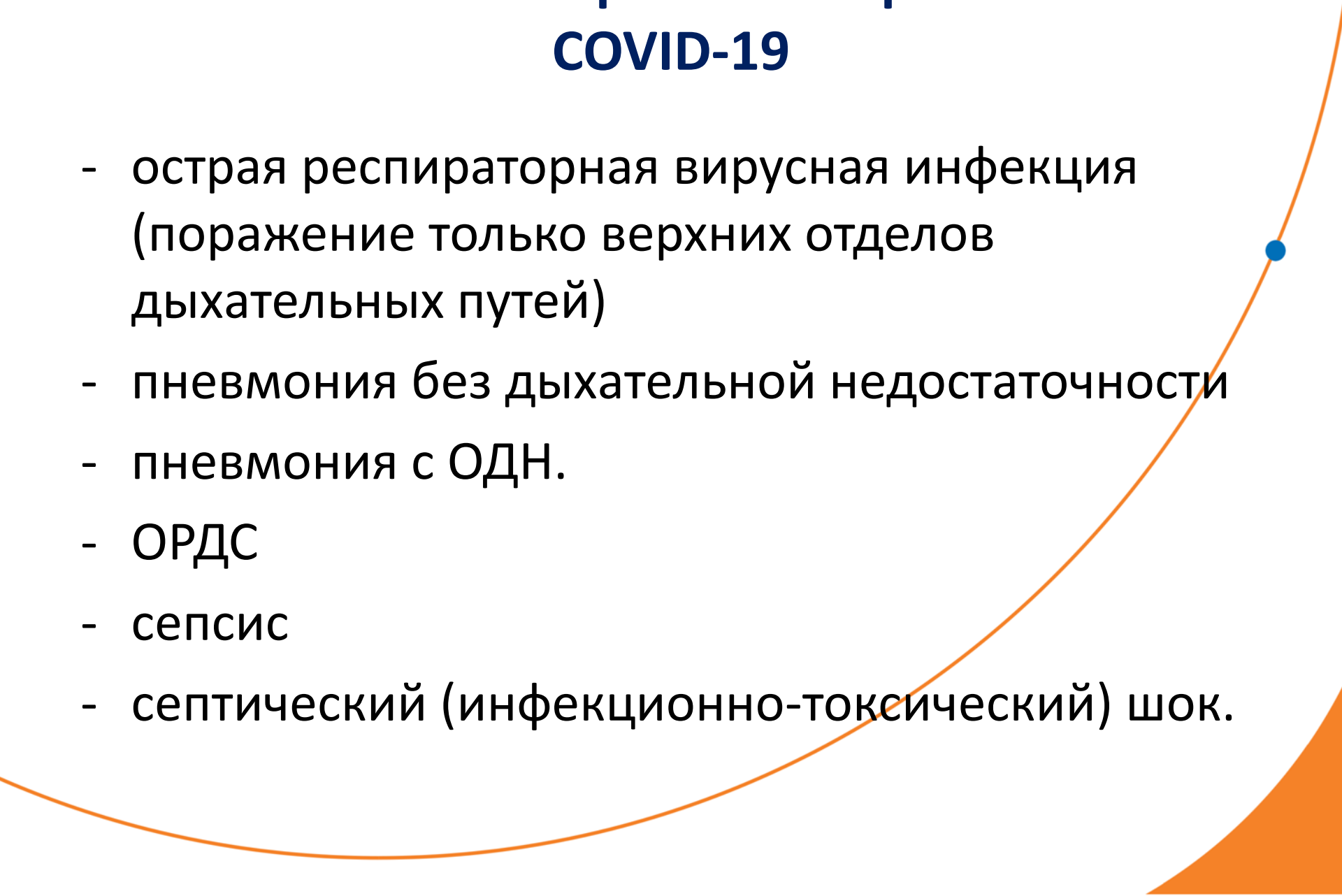
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Среди первых симптомов могут быть:

- миалгия (11%),
- спутанность сознания (9%),
- головные боли (8%),
- кровохарканье (5%),
- диарея (3%),
- тошнота, рвота, сердцебиение .

***** Данные симптомы в дебюте инфекции могут наблюдаться и при отсутствии повышения температуры тела.

Клинические варианты и проявления COVID-19

- острая респираторная вирусная инфекция (поражение только верхних отделов дыхательных путей)
 - пневмония без дыхательной недостаточности
 - пневмония с ОДН.
 - ОРДС
 - сепсис
 - септический (инфекционно-токсический) шок.
- 

Клинические варианты и проявления COVID-19

- Гипоксемия (снижение SpO2 менее 88%) развивается более чем у 30% пациентов.
- Различают легкие, средние и тяжелые формы COVID-19.
- У 80% пациентов заболевание протекает в легкой форме ОРВИ.
- Средний возраст пациентов в КНР составлял 51 год, наиболее тяжелые формы развивались у пациентов пожилого возраста (60 и более лет).

Среди заболевших пациентов часто отмечаются такие сопутствующие заболевания, как:

- сахарный диабет (в 20%), артериальная гипертензия (в 15%), другие сердечно-сосудистые заболевания (15%).

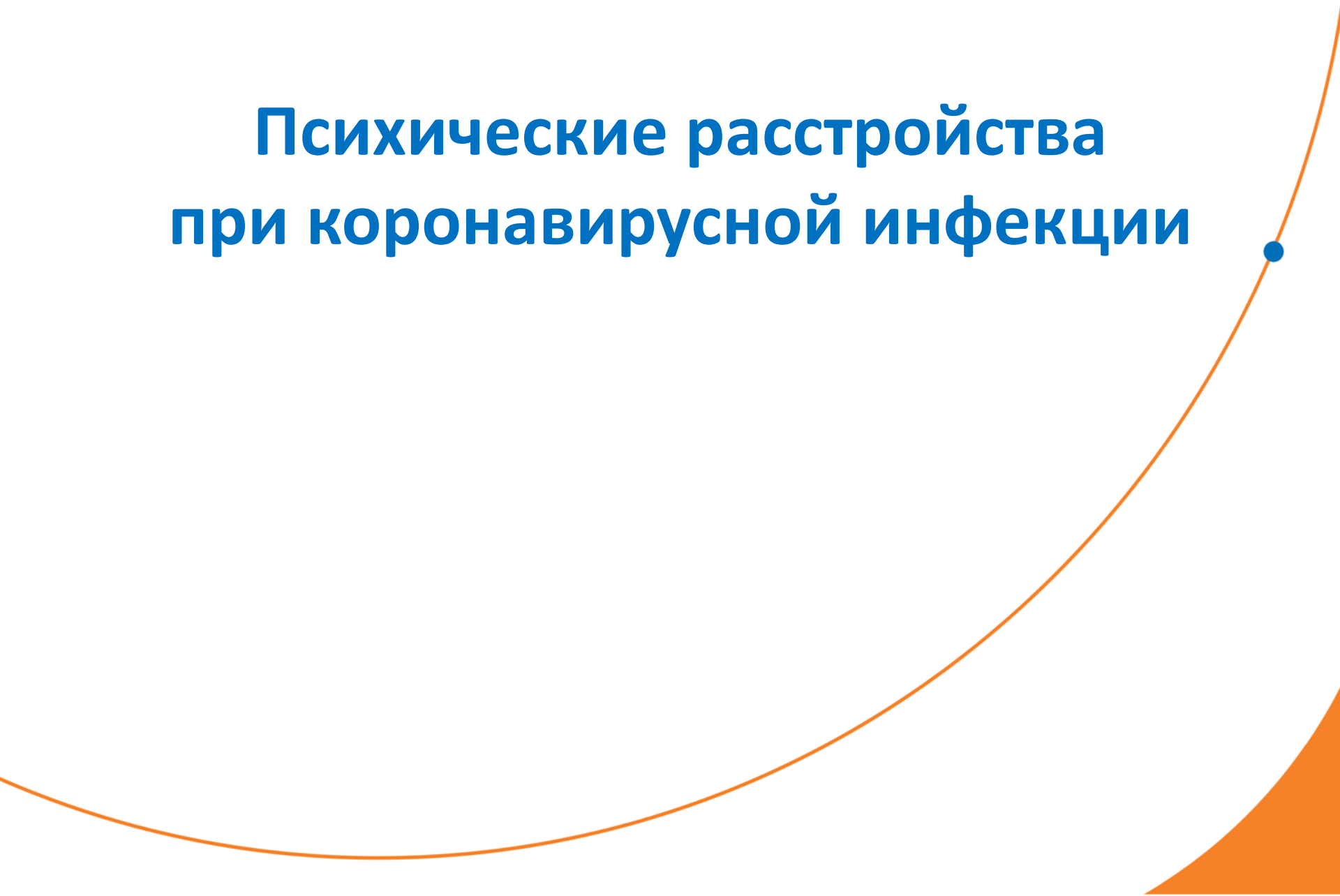
Клинические варианты и проявления COVID-19

- **Двадцать процентов** подтвержденных случаев заболевания, **зарегистрированных в КНР**, были классифицированы органами здравоохранения КНР как **тяжелые** (15% тяжелых больных, 5% в критическом состоянии).
- **При тяжелом течении** часто наблюдались быстро прогрессирующее заболевание нижних дыхательных путей, пневмония, ОДН, ОРДС, сепсис и септический шок.
- **В г. Ухань практически у всех пациентов с тяжелым течением заболевания зарегистрирована прогрессирующая ОДН:** пневмония диагностируется у 100% больных, а ОРДС – более чем у 90% больных.

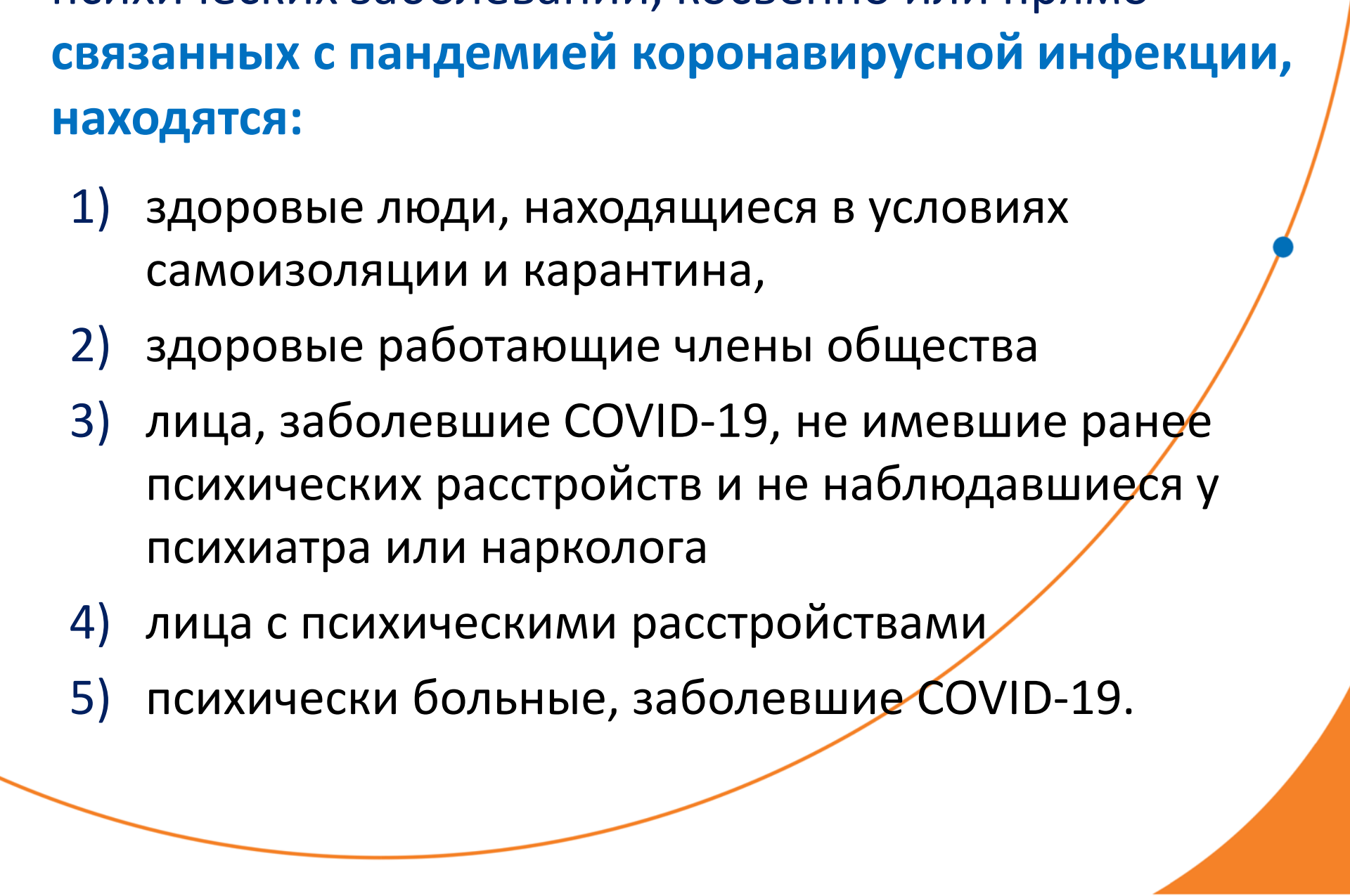
Клинические варианты и проявления COVID-19

- **У детей** тяжелая острая респираторная инфекция (ТОРИ), вызванная SARS-CoV-2 протекает наряду с высокой температурой, ознобом, одышкой, также с головными и мышечными болями, выраженным нарушением самочувствия вплоть до нарушения сознания.
- **Появление COVID-19 поставило перед специалистами здравоохранения задачи, связанные с быстрой диагностикой и оказанием медицинской помощи больным.**
- **В настоящее время сведения об эпидемиологии, клинических особенностях, профилактике и лечении этого заболевания ограничены.**

Психические расстройства при коронавирусной инфекции



В группах риска по развитию тех или иных психических заболеваний, косвенно или прямо связанных с пандемией коронавирусной инфекции, находятся:

- 1) здоровые люди, находящиеся в условиях самоизоляции и карантина,
 - 2) здоровые работающие члены общества
 - 3) лица, заболевшие COVID-19, не имевшие ранее психических расстройств и не наблюдавшиеся у психиатра или нарколога
 - 4) лица с психическими расстройствами
 - 5) психически больные, заболевшие COVID-19.
- 

- **Страх** перед болезнями, смертью и неуверенность в будущем являются значительными психологическими стрессорами для населения;
- **социальная изоляция** в результате утраты структурированной образовательной и трудовой деятельности угрожает ухудшению психического здоровья населения (Carvalho et al., 2020).
- Для работников здравоохранения **постоянный риск заражения**, нехватка средств индивидуальной защиты и адаптация к быстро меняющейся и стрессовой рабочей среде являются дополнительными источниками стресса (Joob and Wiwanitkit, 2020, Kang et al., 2020).

* Эта пандемия является потенциальным источником прямой и альтернативной травмы для всех (Z. Li et al., 2020), что подтверждается тревожными сообщениями о случаях смерти в результате самоубийств, связанных со страхами заразиться или распространить COVID-19 (Goyal et al., 2020, Монтемурро, 2020).

- В ходе исследований медицинских работников во время предыдущих эпидемии SARS-CoV-1, вспышки MERS-CoV и нынешней пандемии SARS-CoV-2 было отмечено, что депрессия, тревога и связанные с психотравмирующим событием эпидемии симптомы коррелировали с CoV.

Однако остается неясной патогенетическая причина аффективных психических нарушений и расстройств адаптации при COVID-19:

- обусловлены ли они непосредственным патологическим воздействием вируса на организм человека либо связаны с психотравмирующим характером самого события инфекционного заболевания.
- Не проводилось исследований, направленных на выявление серологических и иммунологических маркеров к SARS-CoV-2 у работников здравоохранения, как не было проведено никаких исследований, сравнивающих психическое состояние работников здравоохранения, которые заболели CoV во время пандемии, с теми, кто избежал этой участи.

Однако остается неясной патогенетическая причина аффективных психических нарушений и расстройств адаптации при COVID-19:

- Исследователями все же отмечалась связь частоты и тяжести психиатрических симптомов с близостью к пациентам, инфицированным CoV (Kang et al. , 2020b, Lai et al., 2020, Lee et al., 2018, Lin et al., 2007).
- Также серопозитивность по отношению к человеческому штамму CoV (HCoV-NL63) была связана с расстройством настроения, хотя не с его полярностью (то есть униполярной или биполярной депрессией) (Okusaga et al., 2011).

В настоящее время имеются очень ограниченные данные о психиатрических симптомах, связанных с COVID-19.

У пациентов, выздоровевших после SARS-CoV-1:

- был клинически диагностирован ПТСР (54,5%), депрессия (39%),
 - болевое расстройство (36,4%),
 - паническое расстройство (32,5%)
 - и обсессивно-компульсивное расстройство (15,6%)
- в период от 31 до 50 месяцев после инфицирования,
- а также резкое увеличение иных психических расстройств (факт постановки психиатрического диагноза) на 3% (Lam, 2009).

Психические расстройства вследствие психотравмирующего воздействия COVID-19

У всех перечисленных выше категорий граждан могут обнаруживаться

1. негативные психологические реакции, такие как:

- отрицание,
- агрессия,
- избегание или подозрительность;

2. расстройства адаптации (психогенные заболевания) в виде

- реактивных психозов (аффективно-шоковые реакции, психогенные депрессии),
- посттравматического стрессового расстройства,
- неврозов,
- психосоматических расстройств,

3. соматоформные расстройства;

4. усугубление течения или обострение имеющихся хронических психических заболеваний (шизофрения, биполярное аффективное расстройство, расстройства личности).

Аффективно-шоковые реакции

```
graph TD; A[Аффективно-шоковые реакции] --> B[Гиперкинетическая форма реагирования]; A --> C[Гипокинетическая реакция];
```

- **Гиперкинетическая форма реагирования** – выраженное психомоторное возбуждение, беспорядочные движения, аффект страха, неустойчивость внимания, по окончании конградная амнезия

- **Гипокинетическая реакция** – замедление психических и двигательных процессов, аффектогенный мутизм, погруженность в переживания, возможно нарушение сознания

Психогенные депрессии

```
graph TD; A[Психогенные депрессии] --> B[Острая]; A --> C[Затяжная]; C --> D[меланхолическая]; C --> E[тревножно-депрессивная]; C --> F[истеродепрессивная]; C --> G[астенодепрессивная];
```

- *Острая*

- *Затяжная*
 - меланхолическая
 - тревожно-депрессивная
 - истеродепрессивная
 - астенодепрессивная



- **Меланхолический** проявляется преобладанием печали, тоски, идей самообвинения, большой готовностью к суициду.
- **Тревожно-депрессивный** характеризуется выраженной тревогой, беспокойством, фобическими переживаниями, наличием тягостных предчувствий.
- **Истеродепрессивный** вариант протекает с повышенной экспрессивностью, слезливостью, поисками утешения, сочувствия, нередко сопровождается элементами игры.
- **Астенодепрессивный** тип психогенных депрессивных состояний переживается как чувство бессилия, неуверенности в себе, вялость, ощущение неспособности справиться с ситуацией без посторонней помощи.

Психогенный параноид

```
graph TD; A[Психогенный параноид] --> B[Острый психогенный параноид]; A --> C[Затяжной психогенный параноид]; C --> D[ ];
```

The diagram is a flowchart starting with a central box at the top labeled 'Психогенный параноид'. Two arrows originate from the bottom of this box: a red arrow pointing left to a box labeled 'Острый психогенный параноид', and a purple arrow pointing down-right to a box labeled 'Затяжной психогенный параноид'. From the bottom of the 'Затяжной...' box, a large purple arrow points downwards. An orange curved line with a blue dot is on the right side of the diagram.

- *Острый психогенный параноид*

- *Затяжной психогенный параноид*

Острый психогенный параноид характеризуется:

- быстро нарастающим страхом,
- растерянностью,
- появлением бредового восприятия,
- бредовой интерпретации событий персекуторного содержания и соответствующими поведенческими реакциями.

Возникновению указанного состояние способствует пребывание в незнакомой, чуждой обстановке, какой может явиться изоляционный бокс инфекционной больницы.

Длительность острого психогенного параноида – от нескольких недель до нескольких месяцев.

Затяжной психогенный параноид

часто проявляется в паранойяльном развитии

Возникает :

- У больных склонных к формированию сверхценных идей;
- у преморбидно акцентуированных или психопатических личностей с нарушениями самооценки, выраженным эгоцентризмом.
- **Расстройство возникает в ситуациях**, сильно задевающих личные интересы больного и его самомнение.
- **Проявляется** сначала сверхценными идеями, приобретающими со временем характер бреда.

**Посттравматическое
стрессовое расстройство
(далее ПТСР)**

Критерии ПТСР в МКБ-10

1. **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.
2. **отмечаются** 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.
3. **больной должен обнаруживать** фактическое избегание или стремление избежать обстоятельств, напоминающих либо ассоциирующихся со стрессором.



4. **любое из двух:**

- **психогенная амнезия**, либо частичная, либо полная, в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора.
- **стойкие симптомы** повышения психологической чувствительности или возбудимости (не наблюдавшиеся до действия стрессора), представленные любыми двумя из следующих:
 - затруднения засыпания или сохранения сна;
 - раздражительность или вспышки гнева;
 - затруднения концентрации внимания;
 - повышения уровня бодрствования;
 - усиленный рефлекс четверохолмия.

Критерии посттравматического стрессового расстройства в 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.



Критерии посттравматического стрессового расстройства в DSM-IV:

В. Травматическое событие настойчиво повторяется в переживании одним (или более) из следующих способов.

1) Повторяющееся и навязчивое воспроизведение события, соответствующих образов, мыслей и восприятий, вызывающее тяжелые эмоциональные переживания.

Примечание: у маленьких детей может появиться постоянно повторяющаяся игра, в которой проявляются темы или аспекты травмы.

2) Повторяющиеся тяжелые сны о событии.

Примечание: у детей могут возникать ночные кошмары, содержание которых не сохраняется.



Критерии посттравматического стрессового расстройства в DSM-IV:

В. Травматическое событие настойчиво повторяется в переживании одним (или более) из следующих способов.

3) Такие действия или ощущения, как если бы травматическое событие происходило вновь (включает ощущения “оживания” опыта, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные эпизоды — “флэшбэк”-эффекты, включая те, которые появляются в состоянии интоксикации или в просоночном состоянии).

Примечание: у детей может появляться специфичное для травмы повторяющееся поведение.



Критерии посттравматического стрессового расстройства в DSM-IV:

В. Травматическое событие настойчиво повторяется в переживании одним (или более) из следующих способов.

- 4) Интенсивные тяжелые переживания**, которые были вызваны внешней или внутренней ситуацией, напоминающей о травматических событиях или символизирующей их.
- 5) Физиологическая реактивность** в ситуациях, которые внешне или внутренне символизируют аспекты травматического события.

Критерии посттравматического стрессового расстройства в DSM-IV (продолжение)

С. Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, и numbing — блокировка эмоциональных реакций, оцепенение (не наблюдалось до травмы). Определяется **по наличию трех (или более)** из перечисленных ниже особенностей.

- 1) Усилия по избеганию мыслей**, чувств или разговоров, связанных с травмой.
- 2) Усилия по избеганию действий**, мест или людей, которые пробуждают воспоминания о травме.
- 3) Неспособность вспомнить** о важных аспектах травмы (психогенная амнезия).



Критерии посттравматического стрессового расстройства в DSM-IV (продолжение)

C.

- 4) **Заметно сниженный интерес** или участие в ранее значимых видах деятельности.
- 5) **Чувство отстраненности** или отделенности от остальных людей;
- 6) **Сниженная выраженность аффекта** (неспособность, например, к чувству любви).
- 7) **Чувство отсутствия перспективы в будущем** (например, отсутствие ожиданий по поводу карьеры, женитьбы, детей или пожелания долгой жизни).

Критерии посттравматического стрессового расстройства в DSM-IV (продолжение)

D. Постоянные симптомы возрастающего возбуждения (которые не наблюдались до травмы). Определяются по наличию по крайней мере двух из нижеперечисленных симптомов.

- 1) Трудности с засыпанием или плохой сон** (ранние пробуждения).
- 2) Раздражительность** или вспышки гнева.
- 3) Затруднения с сосредоточением внимания.**
- 4) Повышенный уровень настороженности, гипербдительность, состояние постоянного ожидания угрозы.**
- 5) Гипертрофированная реакция испуга.**

Критерии посттравматического стрессового расстройства в DSM-IV (продолжение)

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

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

ПТСР (течение)

- **ПТСР возникает** в период от нескольких недель до 6 месяцев после психотравмирующего события. Острое ПТСР длится до 3-х месяцев.
- ❖ Более длительное волнообразное многолетнее хроническое течение заканчивается переходом в стойкие изменения личности.

Последствия воздействия повторяющего пролонгированного стрессора

- страх повторения травмы,
- чувство беспомощности в ее предотвращении,
- диссоциация как преобладающий характер мыслительной деятельности в период воздействия стрессора (со временем диссоциация может стать одним из основных способов совладания с травматической ситуацией),



Последствия воздействия повторяющего пролонгированного стрессора (продолжение)

- **возможное изменение «Я»-концепции** и образа мира индивида, сопровождаемые чувствами вины, стыда и снижением самооценки.
- **высокая вероятность** возникновения долгосрочных проблем личностного и интерперсонального характера, что проявляется в отстраненности от других, в сужении и нарушении лабильности и модуляции аффекта, диссоциация, отрицании, намбинге, отстраненности, злоупотреблении алкоголем и другими психоактивными веществами.

Депрессивный невроз

(невротическая депрессия) характеризуется сниженным подавленным настроением

- Возникает у изначально акцентуированной личности
 - склонных сдерживать эмоции,
 - с низкой самооценкой,
 - испытывающие трудности в принятии решений
- на фоне продолжительного психотравмирующего события
- не достигает глубины психотических расстройств
- всегда предполагает наличие психологического конфликта
- симптомы со стороны нервной системы более выражены, чем со стороны внутренних органов.

Ипохондрический невроз характеризуется тревожными опасениями по поводу состояния своего здоровья, степень которых явно не соответствует реальным основаниям

- возникает у тревожных и астеничных лиц, склонных к преувеличению личных проблем.
- предъявляют жалобы на разнообразные неприятные ощущения в теле, расстройства сна, сниженное настроение, тревогу,
- заняты поиском у себя симптомов возможного тяжелого заболевания.

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

Обсессивно-компульсивное расстройство

характеризуется навязчивыми мыслями, воспоминаниями, движениями и действиями, а также разнообразными патологическими страхами

- развивается у преморбидно психастенических личностей
- навязчивости психологически понятны, созвучны личным качествам больного и содержанию психотравмирующей ситуации
- внутриличностный конфликт заключается в стремлении к точности, совершенству - с одной стороны, и желанием обойтись малыми затратами времени, усилий и психической энергии – с другой.



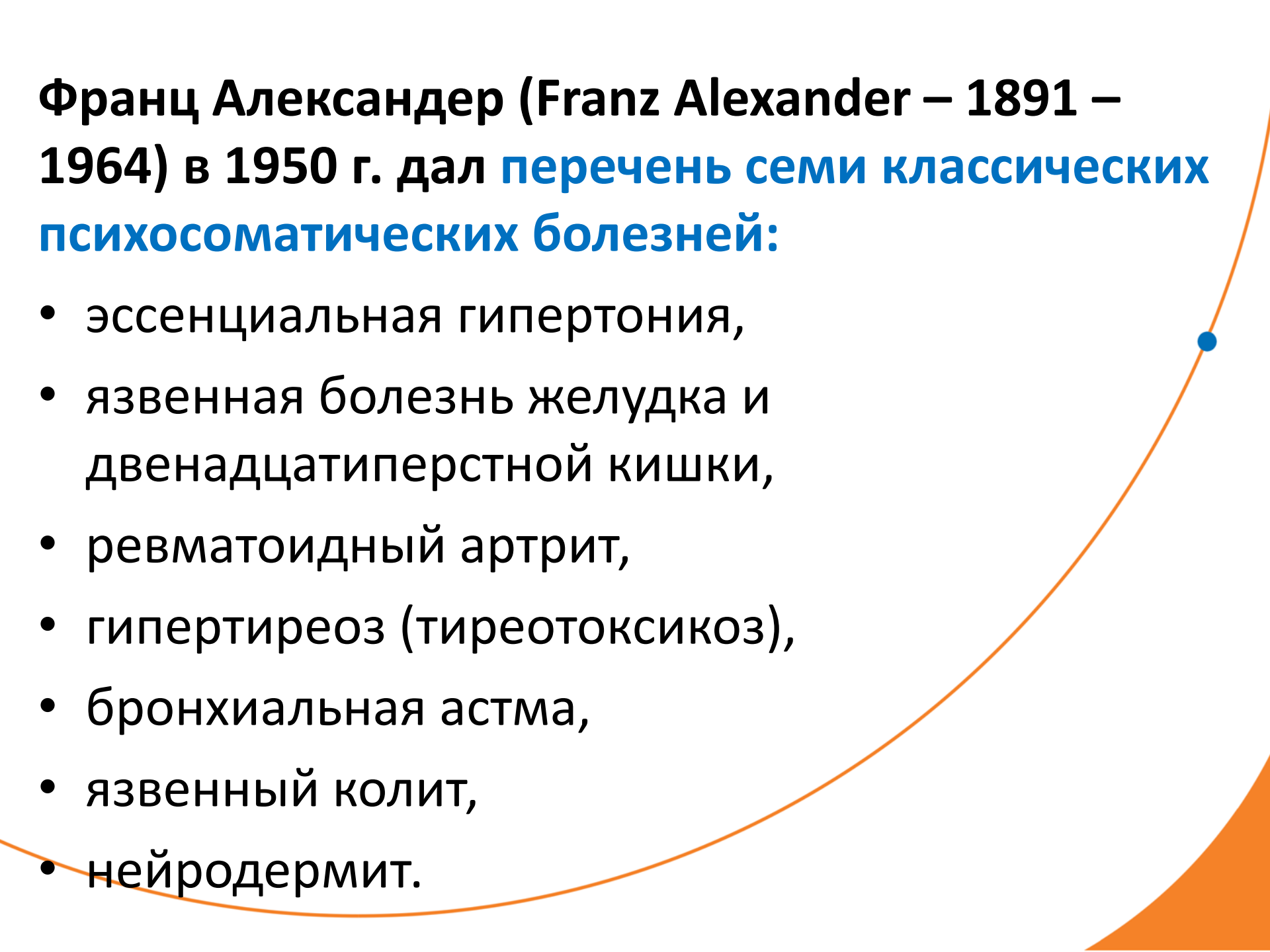
Обсессивно-компульсивное расстройство (продолжение)

- В условиях эпидемии инфекционного заболевания навязчивости проявляются тягостными мыслями с аффектом страха загрязнения или заражения, опасениями за свою жизнь или жизнь и благополучие близких, суевериями, повторяющимися действиями по обеспечению собственной безопасности (навязчивое мытье рук, поддержание порядка, патологическое обеззараживание своего тела, предметов быта) и т.д.
- обсессии и компульсии чаще переживаются как чужеродные, абсурдные и иррациональные. Пациент страдает от них и им сопротивляется.

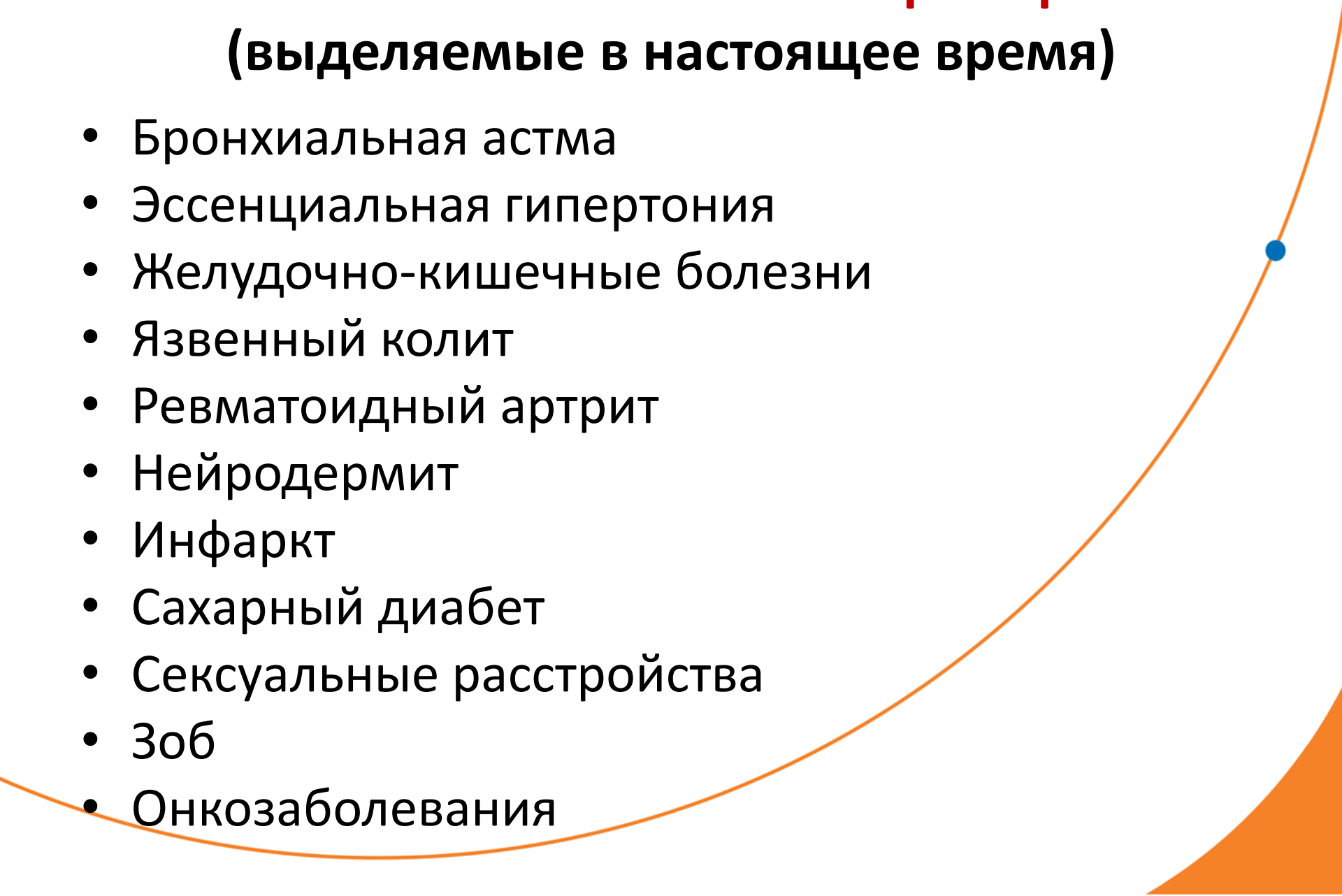
Психосоматические расстройства

- органические соматические заболевания или заболевания с известным патофизиологическим нарушением, развитие и течение которых связано с влиянием психологических факторов, переживанием психологической травмы.
- **Патогенетические механизмы развития** психосоматических расстройств: пролонгированный стресс, вызывающий неспецифическую генерализованную тревогу, сопровождающую внутриличностные конфликты разного типа.
- **Связующим звеном** между стрессом и психосоматической болезнью являются вегетативная нервная и эндокринная системы.

Франц Александер (Franz Alexander – 1891 – 1964) в 1950 г. дал перечень семи классических психосоматических болезней:

- эссенциальная гипертония,
 - язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки,
 - ревматоидный артрит,
 - гипертиреоз (тиреотоксикоз),
 - бронхиальная астма,
 - язвенный колит,
 - нейродермит.
- 

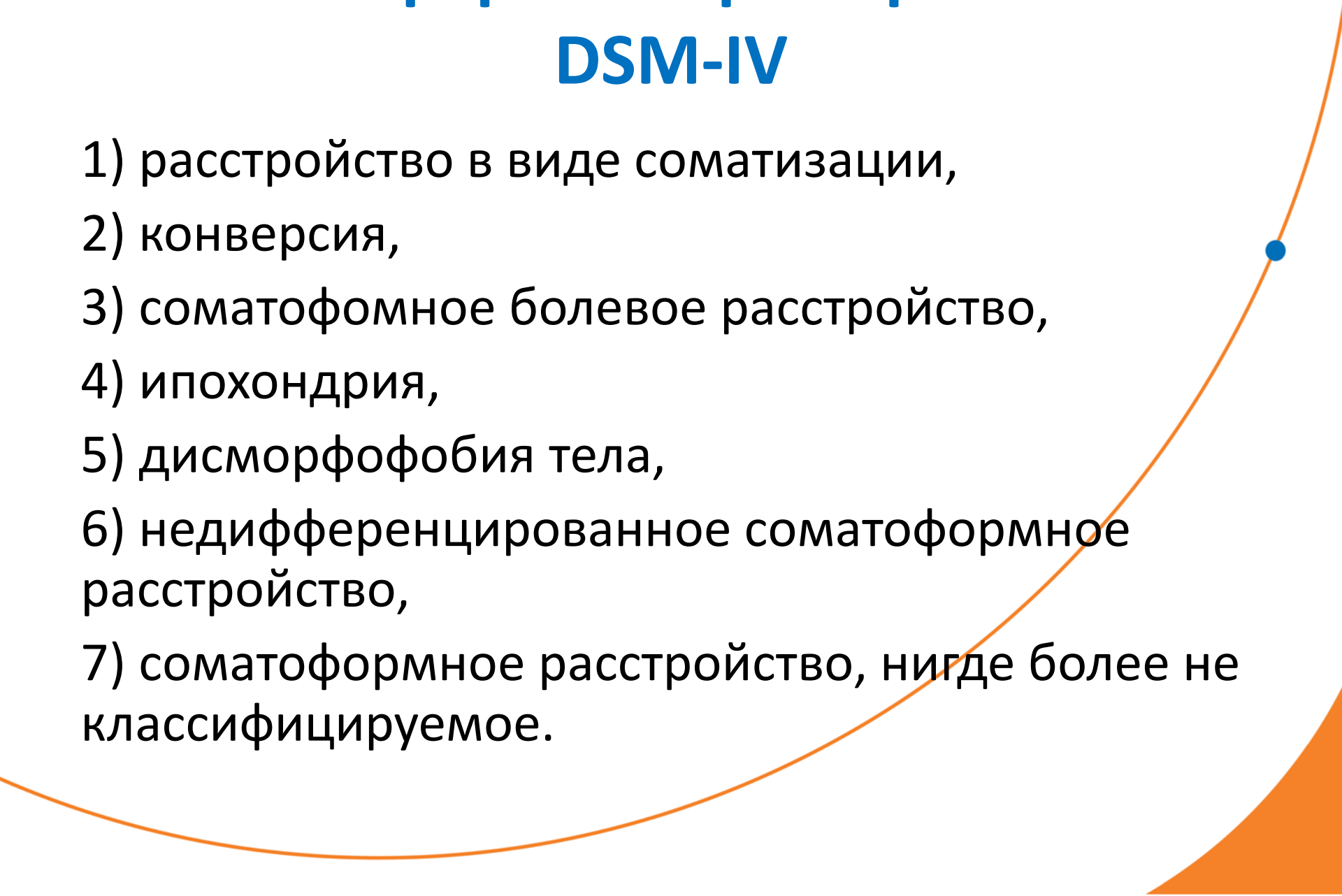
Основные психосоматические расстройства (выделяемые в настоящее время)

- Бронхиальная астма
 - Эссенциальная гипертония
 - Желудочно-кишечные болезни
 - Язвенный колит
 - Ревматоидный артрит
 - Нейродермит
 - Инфаркт
 - Сахарный диабет
 - Сексуальные расстройства
 - Зоб
 - Онкозаболевания
- 
- A decorative orange curve starts from the bottom left, goes up to the right, and then curves back down to the bottom right, ending in a solid orange triangle.

Соматоформные расстройства

- Характеризуются физическими патологическими симптомами, которые напоминают соматическое заболевание, но при этом не обнаруживается никаких органических проявлений, которые можно было бы отнести к известной медицине болезни (Каплан, Сэдок, 1994)

Соматоформные расстройства в DSM-IV

- 1) расстройство в виде соматизации,
 - 2) конверсия,
 - 3) соматоформное болевое расстройство,
 - 4) ипохондрия,
 - 5) дисморфофобия тела,
 - 6) недифференцированное соматоформное расстройство,
 - 7) соматоформное расстройство, нигде более не классифицируемое.
- 

Соматоформные расстройства в МКБ-10

- **F45.0** соматизированное расстройство,
- **F45.1** недифференцированное соматоформное расстройство,
- **F45.2** ипохондрическое расстройство,
- **F45.3** соматоформная вегетативная дисфункция (сердца и сердечно-сосудистой системы, верхней части желудочно-кишечного тракта, нижней части желудочно-кишечного тракта, дыхательной системы, уrogenитальной системы, другого органа или системы),
- **F45.4** хроническое соматоформное болевое расстройство,
- **F45.8** другие соматоформные расстройства,
- **F45.9** соматоформное расстройство неуточненное.

Соматоформное болевое расстройство

- стойкие мономорфные патологические алгии,
- постоянные по интенсивности и локализации,
- протекающие без психовегетативной симптоматики,
- проецируются по отношению к конкретному органу или анатомическому образованию,
- начинается обычно остро, в последующем отмечается нарастание интенсивности.



АКАДЕМИЯ
ПОСТДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ФГБУ ФНКЦ ФМБА РОССИИ

Отдел повышения квалификации, ординатуры
и образовательных технологий

 (495) 601-91-79 ;
(495) 491-35-27
 opk@medprofedu.ru

 www.medprofedu.ru

 Москва,
Волоколамское
шоссе, д. 91

Кафедра психиатрии,
наркологии и психотерапии

 8 (903) 793-99-47

 8 (916) 679-37-30

 narkolog.ipk@mail.ru

 Москва,
Волоколамское шоссе, д. 91