



**АЛТАЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ, МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
И НАРКОЛОГИИ С КУРСОМ ДПО**

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО. ИСТОРИЯ ВОПРОСА, СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ

И. И. ШЕРЕМЕТЬЕВА

РЕКТОР АГМУ

Д. М. Н., ПРОФЕССОР, ЗАВЕДУЮЩИЙ КАФЕДРОЙ



А. В. ПЛОТНИКОВ

К. М. Н., ДОЦЕНТ



термин СТРЕСС...



Уолтер Брэдфорд Кэннон впервые ввел термин «**стресс**» в физиологию и психологию, он использовал его в своих классических работах по универсальной реакции «бороться или бежать».

Чуть позже канадский физиолог **Ганс Селье** посодействовал систематическому употреблению данного термина для обозначения общего адаптивного напряжения.

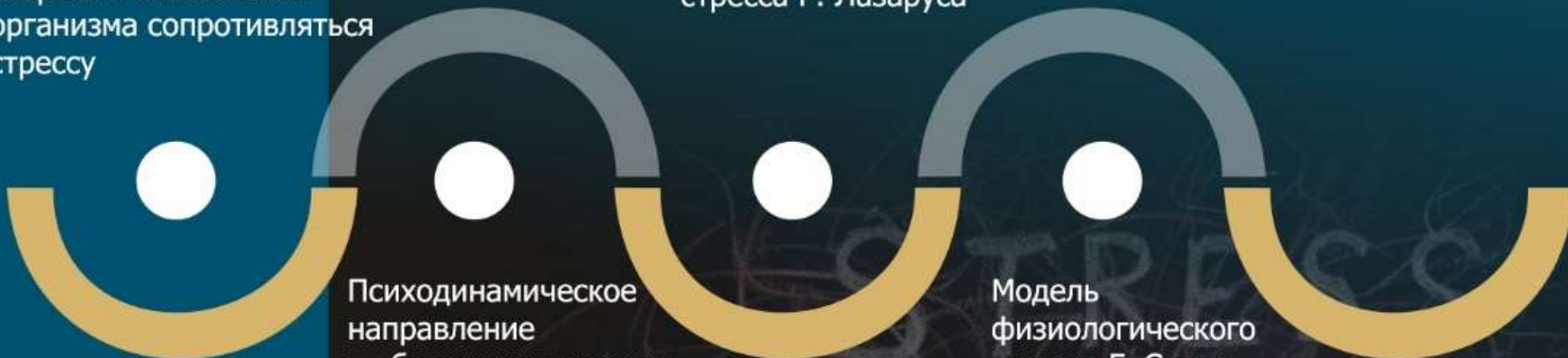
совокупность неспецифических (общих) реакций организма на воздействие (физическое или психологическое) - стрессоры, нарушающее его гомеостаз, а также соответствующее состояние нервной системы организма (или организма в целом)

**СТРЕСС - НАГРУЗКА,
STRESS - ДАВЛЕНИЕ,
НАПРЯЖЕНИЕ**



Генетически-конституциональное направление представляет теорию о способности организма сопротивляться стрессу

Когнитивная теория психологического стресса Р. Лазаруса



Психодинамическое направление в объяснении стрессов основанное на теории Зигмунда Фрейда

Модель физиологического стресса Г. Селье

● ТЕОРИИ И МОДЕЛИ СТРЕССА



КОНЦЕПЦИЯ Г. СЕЛЬЕ

1. Все биологические организмы имеют врожденные механизмы поддержания состояния внутреннего баланса или равновесия функционирования своих систем. Сохранение внутреннего равновесия обеспечивается процессами гомеостаза. Поддержание гомеостаза является жизненно необходимой задачей организма.
2. Стрессоры, то есть сильные внешние раздражители, нарушают внутреннее равновесие. Организм реагирует на любой стрессор, приятный или неприятный, неспецифическим физиологическим возбуждением. Эта реакция является защитно-приспособительной.
3. Развитие стресса и приспособление к нему проходит несколько стадий. Время течения и перехода на каждую стадию зависит от уровня резистентности организма, интенсивности и длительности воздействия стрессора.

СТАДИИ СТРЕССА

ПО Г. СЕЛЬЕ

Исходный уровень до начала воздействия

СТАДИЯ ТРЕВОГИ

СТАДИЯ АДАПТАЦИИ

СТАДИЯ ИСТОЩЕНИЯ

острые стрессовые реакции

- физиологические
- эмоциональные
- ступор

стадия сопротивления

Синтаксическая реакция:

- приспособление
- избегание

Катаксическая реакция:

- борьба

истощение и коллапс

- психосоматические болезни
- личностные деформации и т.д.

БОЛЕЗНЬ

05



время



STRESS

СОПРОТИВЛЯЕМОСТЬ

организма по отношению к повреждающим факторам



ВИДЫ СТРЕССА

1

Эмоционально-положительные стрессы и эмоционально отрицательные стрессы

2

Кратковременные (острые) стрессы и долгосрочные (хронические) стрессы

3

Физиологические (соматические, средовые) стрессы, психоэмоциональные стрессы и смешанные



1

«стресс, вызванный положительными эмоциями» и «несильный стресс, мобилизующий организм»

2

психологический, физический (например, физические упражнения), или биохимический/радиологический (гормезис)

ЭУСТРЕСС

- Это положительный когнитивный ответ на стресс, который не наносит вред здоровью, или дает чувство удовлетворения, или другие положительные чувства.
- Эустресс определяется не типом стрессора, а тем, как воспринимается этот стрессор.
- Для положительного восприятия стрессора нужно, чтобы цель выглядела для человека достижимой. Проявления эустресса — чувства осмысленности, надежды, уверенности в своих силах. Эустресс также положительно коррелирует с удовлетворением жизнью и благополучием.

1

Это негативный тип стресса, с которым организм не в силах справиться. Он подрывает здоровье человека и может привести к тяжёлым заболеваниям.

2

От стресса страдает иммунная система.



ДИСТРЕСС

состояние страдания, при котором человек не может полностью адаптироваться к стрессовым факторам и вызванному ими стрессу и демонстрирует дезадаптивное поведение



ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ СТРЕСС

боль, шум, вибрация,
гипоксия высокая и низкая
температура воздуха
непереносимый запах



ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТРЕСС

эмоциональная опасность
гибель товарищей
ранение, травма
участие в насилии
уничтожение врага
высокая ответственность

информационный
внезапность
новизна обстановки
недостаток информации
избыток информации

СТРЕСС STRESS





ПСИХОГЕННЫЙ ФАКТОР

Это реальное воздействие данной травмирующей ситуации (на конкретную личность), участвующее в качестве внешнего патологического агента в развитии психического расстройства

ПСИХОГЕННЫЕ ИЛИ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ

неблагоприятные психологические явления и события, способные оказывать негативное влияние на психику человека, в первую очередь на его эмоциональную сферу

СТРЕСС STRESS



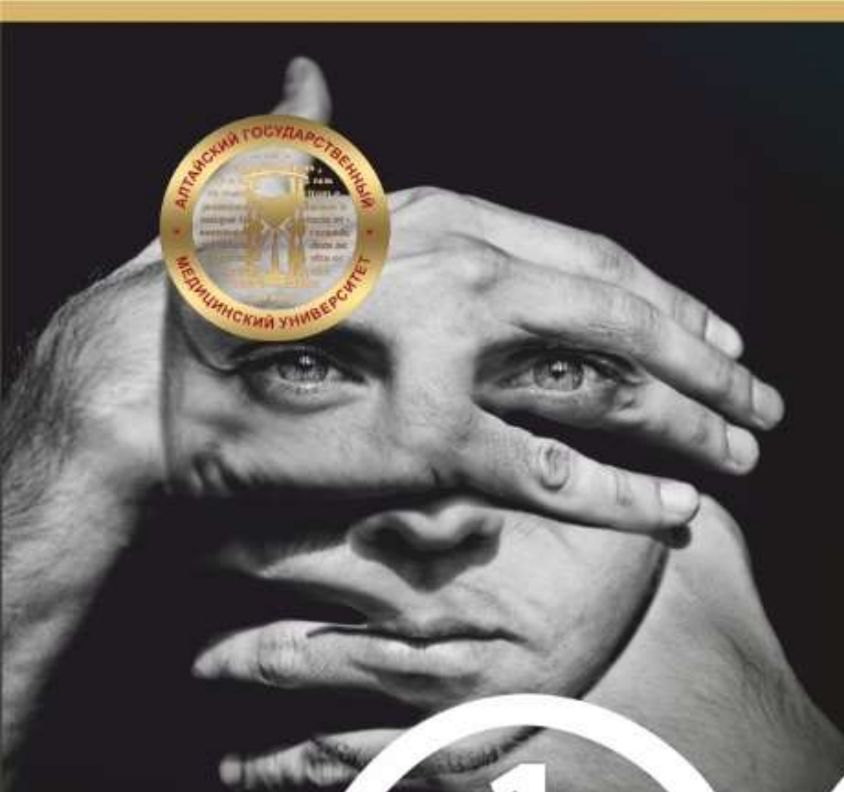
ПСИХИЧЕСКИЕ ТРАВМЫ

неожиданные интенсивные психологические воздействия крайне негативного содержания, вызывающие выраженные, а подчас и бурные, отрицательные эмоциональные реакции

ПСИХОТРАВМИРУЮЩИЕ СИТУАЦИИ

характеризуются длительно существующими, иногда тянущимися годами, неблагоприятными психологическими обстоятельствами, способными вызывать негативные эмоции

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХОГЕННЫХ ФАКТОРОВ



4

ХАРАКТЕРИСТИКИ ТРАВМЫ, СПОСОБНОЙ ВЫЗВАТЬ ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС:

1

Произошедшее событие осознается, то есть человек знает, что с ним произошло и из-за чего у него ухудшилось психологическое состояние

2

Это состояние обусловлено внешними причинами

3

Пережитое разрушает привычный образ жизни

4

Произошедшее событие вызывает ужас и ощущение беспомощности, бессилия что-либо сделать или предпринять

12



БОЕВОЙ СТРЕСС

совокупность состояний, переживаемых военнослужащими в процессе адаптации к неблагоприятным для их жизнедеятельности и угрожающим их жизненно важным ценностям условиям боевой обстановки

Интенсивность переживания боевого стресса зависит от взаимодействия двух основных факторов – силы и длительности воздействия на психику военнослужащего боевых стрессоров и особенностей реагирования военнослужащего на их воздействие.

Это естественные реакции организма и психики военнослужащего на негативные факторы боевых действий, основными из которых являются угроза жизни и здоровью, разрушение базовых человеческих ценностей. Такие реакции могут проявиться у любого военнослужащего вне зависимости от звания, должности, возраста и опыта





БОЕВОЙ СТРЕСС

включает ожидаемые и прогнозируемые эмоциональные, интеллектуальные, физические и поведенческие реакции лиц, которые были подвержены стрессогенному воздействию событий и факторов военных операций или операций поддержания мира и стабильности.

БОЕВОЙ СТРЕСС

СТРЕСС-ФАКТОРЫ

1. Психологические,
2. Эмоциональные,
3. Когнитивные,
4. Факторы среды и условий обитания.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ БОЕВЫЕ СТРЕССОРЫ

1. ситуации, угрожающие жизни и здоровью военнослужащего;
2. ранения, контузии, увечья и дозы облучения;
3. гибель близких людей и сослуживцев; ужасающие картины смерти и человеческих мучений;
4. случаи гибели сослуживцев, мирных граждан, ответственность за которые военнослужащий приписывает себе;
5. события, в результате которых пострадали честь и достоинство военнослужащего



● НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ БОЕВЫЕ СТРЕССОРЫ:

1. повышенный уровень перманентной угрозы для жизни; длительная напряженная деятельность;
2. длительная неудовлетворённость основных биологических и социальных потребностей;
3. резкие и неожиданные изменения условий службы и жизнедеятельности;
4. тяжелые экологические условия жизнедеятельности; отсутствие контактов с близкими;
5. невозможность изменить условия своего существования;
6. интенсивные и длительные межличностные конфликты; повышенная ответственность за свои действия;
7. возможность погибнуть, получить ранения или попасть в плен в бессмысленной, по мнению военнослужащего, войне.





У лиц, принимающих длительное участие в боевых действиях, **«ЗАКРЕПЛЯЕТСЯ ПАМЯТНЫЙ СЛЕД НОВЫХ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАВЫКОВ И СТЕРЕОТИПОВ**, имеющих первостепенное значение для выживания и выполнения поставленных задач»:

1. восприятие окружающей среды как враждебной;
2. гиперактивация внимания, тревожная настороженность;
3. готовность к импульсивному защитному отреагированию на угрожающий стимул в виде укрытия, бегства, агрессии и физического уничтожения источника угрозы;
4. сужение эмоционального диапазона, стремление к уходу от реальности и оценки ряда нравственных проблем;
5. эффективное межличностное взаимодействие в микрогруппе, включающее способность к коллективной индукции;
6. способность к моментальной полной мобилизации сил с последующей быстрой релаксацией;
7. соответствующее экстремальному режиму психического функционирования нейровегетативное обеспечение.



АДАПТАЦИЯ К БОЕВЫМ УСЛОВИЯМ ЗАКРЕПЛЯЕТ В ХАРАКТЕРЕ

1. повышенную ранимость,
2. недоверчивость,
3. отгороженность,
4. разочарование,
5. страх перед будущим,
6. нарушение социальной коммуникации,
7. склонность к агрессивному, саморазрушающему поведению,
8. злоупотреблению психоактивными веществами
9. усиление тревожности, подавленности, чувства вины, повышенной чувствительности к несправедливости, «застревание» в негативных переживаниях и др.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО (ПТСР)



**(PTPD - posttraumatic
personality disorder) –**

это непсихотическая отсроченная реакция на травматический стресс, способный вызвать психические нарушения практически у любого человека. Это комплекс реакций человека на травму, где травма определяется как переживание, потрясение, которое у большинства людей вызывает страх, ужас и беспомощность.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ ЛИЧНОСТНОЕ РАССТРОЙСТВО

**(PTPD - posttraumatic
personality disorder) –**

длящееся на протяжении
всей последующей жизни человека,
пережившего массированную
психотравму





ПСИХОТРАВМИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ПТСР

- участие в боевых действиях;
- природные (климатические, сейсмические), экологические и техногенные катаклизмы;
- пожары;
- террористические действия;
- присутствие при насильственной смерти других в случае разбойного нападения;
- несчастные случаи, в т.ч. при транспортных и производственных авариях;
- сексуальное насилие;
- манифестирование угрожающих жизни заболеваний
- семейные драмы

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ПТСР



1. Неподготовленность к воздействию травмы
2. Предыдущий негативный опыт
3. Пассивность выработанных в течении жизни стратегий преодоления
4. Психические заболевания
5. Соматические заболевания
6. Акцентуация характера по возбудимому и психастеническому типам
7. Генетическая предрасположенность
8. Детский возраст
9. Длительные детские травмы
10. Отсутствие социальной поддержки
11. Отсутствие эмоциональной поддержки
12. Подверженность другим стрессорным воздействиям (голод, холод)
13. Женский пол
14. Возраст от 40 до 60 лет (из-за ответственности за окружающих)
15. Принадлежность к малым этническим группам
16. Бедность, низкий социально-экономический статус
17. Наличие ребёнка в семье
18. Позднее начало психо- и фармакотерапии.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ



- до 61% людей в разные периоды своей жизни сталкиваются с травматическими событиями, которые потенциально могут быть причиной развития ПТСР;
- процент заболевших сильно варьирует от 13 до 50% (у тех, кто столкнулся);
- в благоприятные периоды жизни общества морбидность ПТСР составляет в населении 0,5% среди мужчин и 1,2% среди женщин;
- ПТСР практически в два раза чаще встречается у женщин, за исключением специфической группы комбатантов; в детском возрасте наоборот мальчики оказываются более уязвимыми к манифестации ПТСР, чем девочки.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПТСР ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ СИТУАЦИЙ



27,6%

Ветераны
Афганской
войны

(Цыганков Б.Д.,
1992)

35,1%

Ветераны
чеченского
конфликта

(Григорьев М.Э,
Цыганков Б.Д.)

2,13%

Беженцы из
«горячих точек»

(Цыганков Б.Д.,
Былим А.И.)

3,8%

Женщины, пережившие
сексуальное насилие

(Тюнева А.И.,
Цыганков Б.Д.)

КЛАССИФИКАЦИЯ ПТСР



1



ОСТРОЕ

развивающееся в сроки до трех месяцев (его не следует смешивать с острым стрессовым расстройством, которое развивается в течение одного месяца после критического инцидента);

2



ХРОНИЧЕСКОЕ

имеющее продолжительность более трех месяцев

3



ОТСРОЧЕННОЕ

возникающее спустя шесть и более месяцев после травматизации

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ПТСР ПО МКБ-10

- 01.** 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
- 02.** 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
- 03.** Больной должен обнаруживать фактическое избегание или стремление избежать обстоятельств, напоминающих либо ассоциирующихся со стрессором
- 04.** 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), которая может проявляться в появлении кошмаров со своим участием, тревожностью, появлением флешбэк симптома (повторное переживание травмы) и т. д.



ТИПЫ ПТСР

в зависимости от преобладания симптомов

ТРЕВОЖНЫЙ

СОМАТОФОРМНЫЙ

АСТЕНИЧЕСКИЙ

ДИСФОРИЧЕСКИЙ





ТРЕВОЖНЫЙ ТИП ПТСР

Характеризуется высоким уровнем соматической и психической немотивированной тревоги на гипотимно окрашенном аффективном фоне с переживанием, не реже нескольких раз в сутки, произвольных, с оттенком навязчивости, представлений, отражающих психотравматическую ситуацию. Характерна дисфорическая окраска настроения с чувством внутреннего дискомфорта, раздражительности, напряженности. Расстройства сна характеризуются трудностями при засыпании с доминированием в сознании тревожных мыслей о своем состоянии, опасениями за качество и продолжительность сна, страхом перед мучительными сновидениями (эпизоды боевых действий, насилия, зачастую расправы с самими пациентами).



ДИСФОРИЧЕСКИЙ ТИП ПТСР

Характеризуется постоянным переживанием внутреннего недовольства, раздражения, вплоть до вспышек злости и ярости, на фоне угнетенно-мрачного настроения. Больные отмечают высокий уровень агрессивности, стремления выместить на окружающих обуревающую их раздражительность и вспыльчивость. В сознании доминируют представления агрессивного содержания в виде картин наказания мнимых обидчиков, драк, споров с применением физической силы, что пугает больных и заставляет сводить свои контакты с окружающими к минимуму. Зачастую они не способны контролировать себя и на замечания окружающих дают бурные реакции, о которых впоследствии сожалеют. Наряду с этим непроизвольно представляются сценно-подобного характера эпизоды психотравмирующих ситуаций. Нередки сцены насилия с активным участием самих больных. Внешне больные мрачные, мимика с оттенком недовольства и раздражительности, поведение отличается отгороженностью. Типичны избегающее поведение, замкнутость, малословность. Активно жалоб не предъявляют и попадают в поле зрения специалистов в связи с поведенческими расстройствами, регистрируемыми близкими или сослуживцами.



АСТЕНИЧЕСКИЙ ТИП ПТСР

Отличается доминированием чувства вялости и слабости. Фон настроения снижен, появляется безразличие к ранее интересовавшим событиям в жизни, равнодушие к проблемам семьи и рабочим вопросам. Поведение отличается пассивностью, характерно переживание утраты чувства удовольствия от жизни. В сознании доминируют мысли о собственной несостоятельности. В течение недели несколько раз непроизвольно представляются эпизоды психотравмирующей ситуации. Однако, в отличие от тревожного типа, в данных случаях представления лишены яркости, детальности, эмоциональной окрашенности и определяются больными как «возникающие в сознании картины с оттенком навязчивости». Расстройства сна характеризуются гиперсомнией с невозможностью подняться с постели, мучительной дремой, порой в течение всего дня. Избегающее поведение нехарактерно, больные редко скрывают свои переживания и, как правило, самостоятельно обращаются за помощью.



СОМАТОФОРМНЫЙ ТИП ПТСР

Характеризуется массивными соматоформными расстройствами с преимущественной локализацией неприятных телесных ощущений в области сердца, желудочно-кишечного тракта и головы. Эти расстройства сочетаются с психовегетативными пароксизмами. Классические симптомы ПТСР возникают у данных больных спустя 6 месяцев после психотравмирующего события, что позволяет эти случаи обозначить как Отсроченный вариант ПТСР. Типично формирование избегающего поведения на фоне панических атак, а симптомы эмоционального оцепенения и феномены флэшбэк встречаются достаточно редко и не носят столь тягостного эмоционального характера. Депрессивный аффект представлен недифференцированной гипотимией с отчетливыми тревожно-фобическими включениями

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ



1. Опросник на скрининг ПТСР (Trauma Screening Questionnaire, Brewin C. et al., 2002).
2. Шкала для клинической диагностики ПТСР (clinical-administered ptsd scale – caps).
3. Структурированное клиническое диагностическое интервью (СКИД), модуль I «ПТСР».
4. Шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС) (Impact of Event Scale-R – IES-R).
5. Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций (гражданский и военный варианты).
6. Шкала оценки интенсивности боевого опыта (Combat Exposure Scale – CES).
7. Шкала оценки выраженности психофизиологической реакции на стресс.
8. Опросник перитравматической диссоциации.
9. Шкала диссоциации (Dissociative Experience Scale – DES).
10. Шкала безнадежности Бека (Beck Hopelessness Scale, BHS).
11. Опросник для оценки терапевтической динамики ПТСР (Treatment Outcome PTSD Scale – TOP-8).

ТЕРАПИЯ ПЕРВОЙ ЛИНИИ

- пароксетин** 20-50 мг/сут;
- сертралин** 25-200 мг/сут;
- флуоксетин** 20-40 мг/сут;
- венлафаксина 75-225 мг/сут;
- диазепам** 5-15 мг/сут (при психомоторном возбуждении, связанном с тревогой, коморбидных острых тревожно-фобических, тревожно-депрессивных состояниях);
- лоразепам** 2-10 мг/сут (при тревоге, раздражительности, нарушениях сна, вегетативных нарушениях);
- клоназепам** 1-4 мг/сут (при выраженном / пароксизмальном страхе,

психомоторном возбуждении на фоне реактивных психозов);

· алпразолам 0,25-4,5 мг/сут (при тревожных расстройствах, коморбидном паническом расстройстве или депрессивном расстройстве доза может достигать до 6-10 мг/сут);

· тофизопам 50-300 мг/сут (при состояниях, сопровождающихся эмоциональным напряжением, тревогой, вегетативными расстройствами, апатией, усталостью и подавленным настроением);

· алимемазин 15-80 мг/сут (при состояниях, сопровождающихся тревогой, эмоциональным напряжением,

вегетативными расстройствами, соматоформными нарушениями, невыраженным психомоторным возбуждением, беспокойством, нарушениями сна);

· этифоксин (150-200 мг/сут) для устранения тревоги, страха, внутреннего напряжения, раздражительности, а также признаков повышенных настороженности и вегетативного возбуждения;

· гидроксизина** (25-100 мг/сут) при наличии коморбидных тревожных расстройств для снижения уровня тревоги; буспирон (20-30 мг/сут) при наличии коморбидных тревожных расстройств для снижения уровня тревоги

ТЕРАПИЯ **ВТОРОЙ** ЛИНИИ

- амитриптилин** 75-150 мг/сут;
- имипрамин** 75-250 мг/сут;
- миртазапин (30-60 мг/сут.).



ТЕРАПИЯ **ТРЕТЬЕЙ** ЛИНИИ

- ламотриджин в дозировке 25-500 мг/сут;
- топирамат** (200-400 мг/сут);
- рисперидон** (0,5- 8 мг/сут);
- кветиапин** (50-300 мг/сут);
- Пациентам с резистентным к терапии ПТСР рекомендовано назначение #оланзапина** в дозировке 5-20 мг/сут вместе с

антидепрессантами СИОЗС или в качестве монотерапии с целью преодоления резистентности;

Пациентам с ПТСР при проявлениях в клинической картине эксплозивности и поведенческих расстройств рекомендовано назначение тиаприда (200-300 мг/сут), #хлорпротиксена (15-100 мг/сут), алимемазина (15-80 мг/сут);

МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ

- когнитивно-поведенческая психотерапия;
- психообразование;
- когнитивная психотерапия;
- когнитивно-процессуальная психотерапия;
- методика биообратной связи;
- индивидуальная когнитивно-поведенческая психотерапия с пролонгированной экспозицией;
- индивидуальная нарративная экспозиционная терапия;
- индивидуальная диалектическая бихевиоральная терапия (ДБТ);
«Десенсибилизация и переработка движениями глаз» (ДПДГ)



МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

- медико-психологическая реабилитация,
- раннее психологическое вмешательство (клиническим психологом и/или врачом-психотерапевтом) в отделении интенсивной терапии,
- психосоциальная реабилитация,
- лечебная физическая культура (ЛФК),
- ритмическая транскраниальная магнитная стимуляция (рТМС),
- технологии БОС-терапии,
- транскраниальная терапия постоянным электрическим током,
- аудиовизуальная полисенсорная релаксация (неселективная фототерапия);
- воздействие излучением видимого диапазона;
- гидротерапия;
- терапия с применением технологий виртуальной реальности;
- технологии дистанционной реабилитации;
- санаторно-курортное лечение.

УЧАСТНИКИ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

ДЕСТРУКТИВНЫЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ
ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ

(ПО Л.А. КИТАЕВУ-СМЫК)



«НАДЛОМИВШИЕСЯ»

Постоянное переживание
страха, неполноценности,
склонность к жестокости,
неуравновешенности

«ДУРАШЛИВЫЕ»

Имеют склонность к
инфантильным поступкам,
неуместным шуткам.
Как правило, недооценивают
реальную опасность для жизни

«ОСТЕРВЕНЕВШИЕ»

За время боевых действий
выработали в себе
гиперагрессивность

СТРЕССО-УСТОЙЧИВОСТЬ

Индивидуальная чувствительность к стрессу, или **стрессоустойчивость** - это совокупность личностных качеств, позволяющих человеку переносить значительные интеллектуальные, волевые и эмоциональные нагрузки (перегрузки), обусловленные особенностями профессиональной или учебной деятельности

ПОРОГ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К СТРЕССУ:

Тот уровень напряженности, при котором эффективность деятельности повышается, а также критический порог истощения, когда эффективность деятельности снижается.

СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ ВКЛЮЧАЕТ:

Волевою составляющую.
Психофизиологический элемент.
Интеллект.
Эмоциональный компонент.





**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ
И ЛЕЧЕНИЮ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО
РАССТРОЙСТВА**

И. И. ШЕРЕМЕТЬЕВА

РЕКТОР АГМУ
Д.М.Н., ПРОФЕССОР, ЗАВЕДУЮЩИЙ КАФЕДРОЙ

А. В. ПЛОТНИКОВ

К.М.Н., ДОЦЕНТ

**СПАСИБО
ЗА ВНИМАНИЕ**