

Л.Д. Фирсова

ПОСТСТРЕССОВЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ГБУЗ Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова
Департамента здравоохранения г. Москвы

В лекции клинического психолога, адресованной врачам разных специальностей, рассматриваются особенности течения психических расстройств, развивающихся вследствие пережитого стресса, в том числе связанного с пандемией COVID-19, даются четкие рекомендации по укреплению психического ресурса в сложившейся ситуации.

Ключевые слова: *стресс, адаптационный синдром, пандемия COVID-19, постстрессовые психические расстройства, укрепление психического ресурса.*

POST-STRESS MENTAL DISORDERS IN SOMATIC PRACTICE

L.D. Firsova

Moscow Clinical Scientific and Practical Center named after A.S. Loginov

A lecture by a clinical psychologist addressed to doctors of various specialties discusses the features of the mental disorders that have developed as a result of the stress experienced by the COVID-19 pandemic, and give clear recommendations on strengthening the mental resource in this situation.

Key words: *stress, adaptation syndrome, COVID-19 pandemic, post-stress mental disorders, strengthening of mental resources.*

Обсуждение нарушений психической адаптации и реадaptации после стрессовых событий сейчас актуально, как никогда, поскольку ситуация, сложившаяся в связи с распространением коронавирусной инфекции, не имеет аналогов по высочайшему уровню стрессогенности. К сожалению, появление широкого спектра психических постстрессовых расстройств также как и рост числа соматических заболеваний, для которых стрессовые ситуации выступают в роли триггера, неизбежно. Можно прогнозировать рост коморбидности постстрессовых психических расстройств с соматическими заболеваниями в любой сфере клинической медицины. Опыт интернистов свидетельствует о том, что больные неохотно соглашаются на консультацию психиатра, зачастую (даже при необходимости) отказываются от нее. В этом отношении ничего не изменится и в будущем. Очевидно, что диагностикой и лечением последствий пережитого стресса, связанного с COVID-19, придется заниматься врачам различных специальностей, к которым больные будут обращаться по поводу обострений соматических заболеваний.

Понятия: стресс, адаптационный синдром

Для группы психических расстройств, развитие которых полностью обусловлено воздействием стресса, в Международной классификации болезней 10-го пересмотра выделена отдельная рубрика «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации» (F 43). Под «тяжелым стрессом» понимается воздействие стрессового фактора значительной интенсивности и/или продолжительности. Перечень заболеваний данной группы выглядит следующим образом:

- F 43.0 – острая реакция на стресс;
- F 43.1 – посттравматическое стрессовое расстройство;
- F 43.2 – расстройство приспособительных реакций (расстройство адаптации);
- F 43.8 – другие реакции на тяжелый стресс;
- F 43.9 – реакция на тяжелый стресс неуточненная.

Для более глубокого понимания сути постстрессовых расстройств необходимо обсудить ряд теоретических вопросов, касающихся стресса, психической адаптации и дезадаптации.

Наука о стрессе связывается с именем канадского ученого Ганса Селье. Однако первые «кирпичики» в изучение реакции организма на угрожающие ситуации были заложены американским психофизиологом Уолтером Кэнноном почти за 20 лет до появления теории Г. Селье. Проведя эксперименты с созданием подопытным животным угрозы для жизни, У. Кэннон обнаружил и впервые описал характерную реакцию в виде драки или бегства, обеспечивающую возможность спасения жизни. В настоящее время данный ответ на угрозу принято называть реакцией «бей-бег».

Описанный физиологический механизм – лишь часть сложного процесса адаптации к резким переменам внешней среды. Фундаментальное развитие данного направления принадлежит Г. Селье, который на основании экспериментальных данных сформулировал теорию адаптационного синдрома. Ее основу составляют два открытия: однотипность стрессовой реакции животных и человека на любое неблагоприятное воздействие и четко определенная динамика постстрессовых изменений в виде трех стадий адаптационного синдрома: тревоги (мобилизация защит-

ных сил организма); резистентности (сопротивление воздействию стрессора); истощения адаптационных возможностей.

В работах Селье физиологический компонент стресса изучен в эксперименте на животных с последующим переносом полученных результатов на жизнедеятельность человека. Ответ на стрессовую ситуацию у человека в современных представлениях рассматривается как сложная психофизиологическая реакция, при которой физиологическая и психическая составляющие функционируют в едином направлении и ритме. На этом основании можно считать, что психическая реакция на стресс проходит аналогичные стадии: мобилизация психической защиты – сопротивление действию стрессора с последующей психической адаптацией (при благоприятном исходе) или истощением ресурсов психики и дезадаптацией.

Первая стадия адаптационного синдрома

Основное ее содержание – мобилизация защитных сил в ответ на возникшую угрозу. Интенсивность мобилизации идет в полном соответствии с силой стрессового воздействия, при этом происходит концентрация внимания на источнике стресса путем сужения зоны восприятия.

При максимально интенсивном стрессе, представляющем прямую угрозу жизни, первой реакцией может быть шок как на физическом уровне («остолбенел», «замер на месте»), так и на психическом уровне («ошеломленность»). Для осуществления реакции «бей-беги» в организме происходят значительные изменения – резкий подъем концентрации адреналина и кортизола, и норадреналина. Данные биологически активные вещества в ситуации стресса выступают как синэргисты. Результатом их деятельности является перераспределение крови в организме с целью улучшения функциональной способности скелетных мышц и усиления кровоснабжения сердца и мозга. Усиливая энергетически органы, обеспечивающие активную сторону реакции спасения, эти же гормоны способствуют отсечению «всего лишнего» путем расслабления гладкой мускулатуры пищеварительной и мочевыделительной систем. Психическое сопровождение изменений в телесном функционировании аналогично: мобилизация в виде резкого подъема психической энергии («упоение в бою») и освобождение «от лишнего» в виде блокировки восприятия подробностей происходящего.

К счастью, ситуации, требующие включения данного механизма защиты в его максимальном проявлении, встречаются редко. Несравнимо чаще ощущение угрозы в жизни современного человека возникает в связи с негативными переменами жизненных обстоятельств. Ответом организма на угрозу является выделение описанных выше «гормонов стресса», которые не могут реализоваться в действии, так как реакция «бей-беги» в социальном взаимодействии неприемлема. Возникший дисбаланс между готовностью действовать и вынужденным

бездействием приводит к сбою функционирования практически всех систем организма.

Клинические наблюдения подтверждают, что именно такой вид стресса (перемена жизненных обстоятельств) негативно влияет на состояние здоровья. Увольнение с работы, выход на пенсию, уход из жизни близкого человека, развод, отчисление из высшего учебного заведения часты в анамнезе соматических больных. Уровень напряжения в данных обстоятельствах зависит от степени рассогласования между бывшей, привычной для человека реальностью, и вновь созданными условиями жизни, напряженными и непонятными. Фактором, усиливающим вероятность формирования психического стресса, является внезапность произошедших перемен.

Травмирующим для психики является не только острый стресс, но и хроническое напряжение нашей повседневной жизни в постоянно меняющихся условиях взаимодействия с окружением. Многоплановое функционирование нуждается в более сложном составе реализующих его биологически активных веществ. В связи с этим на фоне базовой триады стресса (адреналин, кортизол, норадреналин) в меньших концентрациях, чем при остром стрессе, активно проявляют себя другие гормоны и медиаторы нервных процессов: дегидроэпиандростерон (ДГЭА) – синэргетический близнец кортизола, нейрональный фактор роста (НФР), окситоцин, дофамин, эндорфины. Такой сложный состав позволяет реализовать многообразие вариантов поведенческих реакций в напряженных ситуациях, сопровождающихся сложной гаммой человеческих эмоций и мыслей.

На этапе совершенствования предложенной им теории Селье признавал, что стрессовая реакция возникает не только на негативные, но и на позитивные перемены, отличающиеся интенсивностью. Так появилось представление о «хорошем», не вызывающем разрушений стрессе (эустресс) и «плохом» (дистресс). Несмотря на обоснованность данного разделения, в реальной жизни до сих пор в понятие «стресс» чаще вкладывается негативный смысл.

Вторая стадия адаптационного синдрома

Когда защитные силы способны противодействовать стрессу, начинается 2-я стадия адаптационного синдрома – стадия сопротивления. Ее содержание составляет борьба двух противоположно направленных сил: разрушительного действия стресса и механизмов противодействия ему. На физическом уровне происходящие перемены характеризуются постепенным восстановлением нарушенного гомеостаза. Противодействие психическому стрессу осуществляют два механизма защиты психики – аллопсихическая и интрапсихическая адаптация.

Под аллопсихической адаптацией понимаются внешние действия, обеспечивающие выход из психотравмирующей ситуации (подразумевающий прекращение действия стрессора) или воздействие на нее с целью изменения в более благоприятную для себя сторону. Фактически аллопсихическая адаптация

является более «продвинутой» в эволюционном отношении формой реакции «бей-бег» – активное изменение ситуации («бей») или выход из нее («бег»). Эффективность адаптации возрастает при осознанных и спланированных действиях. Чрезвычайно травматичными для психики человека являются ситуации, когда аллопсихическая адаптация по той или иной причине невозможна, как, например, в ситуации с пандемией COVID-19.

К счастью, второй путь психической адаптации (интрапсихическая адаптация) доступен каждому человеку в любой ситуации. И не просто доступен, а начинает действовать на бессознательном уровне самостоятельно при минимальных признаках тревоги. Интрапсихическая адаптация реализуется путем включения психических защит, т. е. неосознанных процессов, направленных на минимизацию психических переживаний. В качестве примера интрапсихической адаптации рассмотрим защиты в форме отрицания и вытеснения факторов, вызывающих тревогу, которые в той или иной мере присутствуют у всех людей. Психическая защита «отрицание» функционирует как неосознанная сортировка информации, поступающей извне. При наличии угрозы в ее содержании она не допускается не только на сознательный, но и на подсознательный уровень. Как следствие, тревожащая информация для данного человека просто не существует, что позволяет отгородиться даже от стресса, приближающегося к пределу возможностей психики или превышающего его. Не менее важной защитой является вытеснение факторов, вызывающих тревогу. В отличие от отрицания при данном механизме защиты тревожащая информация вытесняется в подсознание уже после того, как была воспринята. В результате содержащийся в ней тревожный радикал принят психикой, но полностью скрыт от сознания и перестает создавать эмоциональное напряжение.

Обе описанные защиты резко искажают реальность и по сути, являются самообманом. Однако в самом начале встречи с разрушительной информацией их «спасающее» значение трудно переоценить. Они могут оставаться активными и при пролонгировании стрессовой ситуации, но в таком случае их действие неоднозначно с точки зрения конечного результата. Дело в том, что вытесненный материал стремится к открытому выражению, и психика тратит большое количество энергии на удержание информации в подсознании. При дальнейшем нарастании потока тревожной информации «плотина», с которой можно сравнить вытеснение, временами не выдерживает. Хлынувший из подсознания поток энергии тревоги (истинная причина которого в данный момент человеку непонятна) может проявиться по-разному – неожиданными рыданиями, всплеском немотивированных негативных эмоций, агрессией, резким ухудшением самочувствия. Пароксизм тревоги в данном случае обусловлен высоким уровнем ее интенсивности, что всегда сопровождается выраженными вегетативными реакциями. Возникший вегета-

тивный дисбаланс может вызвать функциональные нарушения в работе органов и систем, а также стать триггером для развития соматических заболеваний.

Характерным проявлением активности отрицания и вытеснения тревоги является восприятие потенциально тревожной информации в варианте: «Это может случиться, но не со мной». В ситуации COVID-19 это свойственно людям, нарушающим самоизоляцию в противовес принятию ее правил как осознанной необходимости.

Механизмы защиты психики максимально активны на двух первых стадиях развития адаптационного синдрома. На стадии сопротивления спектр способов противодействия стрессу значительно расширяется (в настоящее время описано более 30 психических защит с разным механизмом действия). Исход стадии сопротивления может быть различным, так как дальнейшее развитие событий зависит от того, кто побеждает в этой борьбе двух противоположно направленных сил – негативное действие стрессора или сила защитных механизмов психики. При умеренной интенсивности стресса эффективная адаптация приводит к стабилизации состояния и реадaptации в измененных условиях. Временами сверхактивная мобилизация психологических защит может даже превосходить силу действия стрессора. Вследствие этого возможен вариант, когда человек эпизодически чувствует себя лучше, чем обычно, и на физиологическом, и на психологическом уровнях. Из-за усиленной мобилизации ресурсов возможно даже временное исчезновение симптоматики имевшихся ранее функциональных нарушений практически во всех органах и системах.

Выход из ситуации стресса – процесс постепенный, растянутый во времени, так как у психики человека появляется новая задача, включающая в себя анализ полученного опыта для его использования в будущем. Биологический профиль периода восстановления в своей основе имеет те же гормоны стресса и достаточно долго их уровень остается повышенным, хотя и в меньшей степени, чем раньше. Смысл этого повышения состоит в поддержании эмоционального напряжения, фокусом которого является стрессовое событие. Именно поэтому даже при благоприятном исходе человек долго не может забыть ситуацию, что может проявляться навязчивыми воспоминаниями.

В динамике постепенно на первое место в биологическом профиле выходят норадреналин, который изменяет свойства синапсов в нейронных сетях коры больших полушарий и мозжечка, и нейротрофины. Данные биологически активные вещества необходимы для запоминания действий, которые привели к успеху, с тем, чтобы они могли использоваться в будущем. Одним из направлений внутренней работы является закрепление в подсознании тех механизмов совладания со стрессом, которые дали позитивный результат.

К сожалению, нередко гораздо менее благоприятные исходы стрессовой ситуации. При стрессе,

превалирующем над эффективностью защитных механизмов в умеренной степени, развиваются различные психопатологические состояния (чаще всего тревожно-депрессивного спектра). Действие стрессора, приближающегося по силе к пределам адаптационных возможностей или превышающего его, приводит к постстрессовым психическим расстройствам.

Третья стадия адаптационного синдрома

Когда защитные силы в течение длительного времени функционируют на пределе своих возможностей, наступает стадия истощения. Она характеризуется прогрессирующим ухудшением как на физическом, так и на психическом уровне: происходит уменьшение мышечной массы, потеря мышечного тонуса, спад психической активности, отсутствие эмоций, ослабление когнитивных функций. Максимально благоприятным фактором для динамики данной стадии является полное прекращение действия стрессора. При пролонгации стрессовой ситуации и полном истощении психического ресурса человек не может восстановить нарушенную адаптацию без посторонней помощи.

Клинические проявления постстрессовых психических расстройств

Самым частым среди соматических больных разного профиля является *расстройство приспособительных реакций (расстройство адаптации)*. Расстройство адаптации формируется, как правило, в течение месяца после стрессового события или изменения жизни. Его суть – нарушение адаптации, которое обусловлено двумя моментами: с одной стороны, наличием гормонов стресса, которые держат организм в напряжении и не позволяют отвлечься от ситуации, с другой – недостаточной эффективностью психических защит.

Фиксация внимания на стрессовом событии проявляется навязчивыми мыслями о происшедшем, пессимистическим прогнозом относительно его последствий, невозможностью планирования будущего. Характерные для расстройства приспособительных реакций симптомы сочетаются с умеренными или слабыми проявлениями депрессивных расстройств. На этом фоне возможны вспышки агрессии или преувеличенная демонстрация своих переживаний. Вследствие перечисленных нарушений отмечается сбой повседневного функционирования (конфликты в семье, потеря интереса к ранее важным моментам социальной жизни, проблемы в профессиональной сфере), что является важным диагностическим признаком патологических реакций на стресс.

Среди соматических проявлений расстройства адаптации лидируют «кардиальные» (ощущение дискомфорта в области сердца, нарушения сердечного ритма) и «мозговые» нарушения (головная боль, бессонница) в связи с тем, что именно эти части тела были максимально востребованы и приведены в состояние «боевой готовности» для реализации

программы спасения. Относительно реже возникают проблемы в сферах преимущественно парасимпатической иннервации (система органов пищеварения, мочевыделения).

Расстройство адаптации – единственное из постстрессовых расстройств, при котором выраженность симптоматики зависит не только от силы стрессора, но и в некоторой степени от преморбидных особенностей личности. К ним относятся сверхчувствительность, склонность к тревожному реагированию на различные ситуации и длительным переживаниям по поводу жизненных неудач. Все эти личностные особенности усиливаются во стократ в период расстройства психики.

В случае позитивных изменений жизненной ситуации симптоматика психической дезадаптации успешно купируется, создавая некоторые трудности в дифференциальном диагнозе расстройства адаптации и депрессивной реакции на обострение соматического заболевания, спровоцированного стрессовой ситуацией. Скорость восстановления нарушенных функций определяется и приобретенным в течение жизни опытом борьбы с неблагоприятными жизненными обстоятельствами. Продолжительность симптоматики расстройства приспособительных реакций, как правило, не превышает 6 месяцев; в редких случаях, обусловленных продолжающимся действием стрессового фактора, часть симптомов сохраняется до 2 лет. Если проявления психического расстройства остаются значимыми свыше месяца, в качестве коморбидного заболевания следует рассматривать не только расстройство приспособительных реакций, но дебют целого ряда психических заболеваний, в первую очередь – депрессивного, соматоформного и генерализованного тревожного расстройства. С целью проведения дифференциального диагноза необходима консультация психиатра.

Расстройство приспособительных реакций в ситуации COVID-19

Практически у всех пациентов, обращающихся за помощью к соматическим врачам во время карантина в ситуации COVID-19, присутствовала та или иная степень *расстройства приспособительных реакций*. К доказательствам данного предположения можно отнести и тот факт, что действующий в настоящее время стрессовый фактор можно отнести к самому высокому уровню интенсивности – тяжелому травматическому стрессу. Данная форма стрессовой реакции развивается в случае, когда стресс перегружает адаптационные возможности психики, вследствие следующих обстоятельств: полное разрушение привычного образа жизни и появление в реальности темы смерти, когда человек становится свидетелем чьей-то смерти (особенно близких ему людей) или возможности его собственной смерти. В эмоциональной сфере травматический стресс может находить отражение не только в запредельно высоком уровне хронической тревоги и страха, но и в эпизодически возникающем ощущении не-

отвратимости приближающейся катастрофы, в ряде случаев с прогнозированием возможного ухода из жизни.

Несмотря на фоновое действие одинакового для всех коллективного стресса, особенности проживания данной ситуации отличались у разных людей по множеству параметров, различными были и ответные психические реакции на стрессовое воздействие. В данной ситуации можно без сомнения прогнозировать разнообразие новых проявлений расстройства приспособительных реакций, примером этого явилась «ковидофобия» – развившийся у многих людей страх заражения коронавирусом.

В острой стрессовой ситуации, превышающей адаптационные возможности организма, могут развиваться пароксизмальные состояния, напоминающие паническую атаку. Дифференциальный диагноз острой реакции на стресс с паническим расстройством основан на облигатной связи пароксизма с интенсивным стрессом и присутствии специфических симптомов данной психической реакции («ошеломление», дезориентированность поведения, сужение области сознания и внимания). Через несколько недель или месяцев от начала развития стрессовой ситуации может сформироваться еще одна специфическая реакция на стресс – посттравматическое стрессовое расстройство.

Посттравматическое стрессовое расстройство (F 43.1)

Условием его развития является переживание ситуации исключительно угрожающего характера (теракты, боевые действия, природные катаклизмы запредельной силы), когда высокая степень катастрофичности данной ситуации может вызвать глубокий стресс почти у каждого человека. Суть заболевания состоит в том, что переживание психической травмы продолжает жить в психике данного больного в настоящем времени, всплывая время от времени в виде ярких воспоминаний, навязчивых мыслей. Эпизоды воспоминаний сопровождаются ощущением угрозы и страхом, что является вторым важным симптомом данного расстройства, наряду с кошмарными сновидениями, связанными содержанием с пережитой травмой. Характерным является и то, что человек старается избегать ситуаций, напоминающих о травматичном воздействии. К высочайшему уровню травматичности можно отнести современную ситуацию глобального распространения коронавирусной инфекции. Опасность развития посттравматического расстройства будет зависеть не только от ее фонового воздействия, но и от степени травматичности личной истории каждого человека в процессе ее проживания.

Вне всякого сомнения, больные с развернутой клинической картиной посттравматического стрессового расстройства должны наблюдаться и лечиться у психиатра. Вероятнее всего, больной окажется на приеме у врача-интерниста уже на фоне приема психофармакологических препаратов. Тем не менее

не исключена ситуация, когда даже такую симптоматику больной рассматривает как нормальное последствие пережитой им психотравмирующей ситуации. Предположить данное заболевание можно уже по первому впечатлению от больного, основанному на восприятии одновременного присутствия отстраненности и возбуждения. Это подтверждает ход дальнейшей беседы, в течение которой больные зачастую остаются отчужденными и раздражительными. Имея предположение о посттравматическом стрессовом расстройстве, необходимо уточнить анамнез на предмет наличия события (или особенностей проживания длительной ситуации) и по характеру ответа оценить степень травматичности ситуации. Скорее всего, больной сообщит об этом неохотно и малословно, драматизация больным данной категории несвойственна. Здесь важно именно событие, его травмирующая сила, а не премоурбидные особенности личности.

С учетом особенностей проявления заболевания можно дать некоторые рекомендации для укрепления комплаентных отношений с пациентом:

- поскольку у больного еще сохраняется ощущение угрозы, расспрашивать о подробностях психотравмы не рекомендуется, т. к. это может спровоцировать эпизод воспоминания с усилением возбуждения, что негативно скажется на дальнейшем взаимодействии с больным;
- ошибкой является и рекомендация постараться «отключиться» от воспоминаний, поскольку именно этого больной и не может сделать;
- рекомендация обращения к психиатру также может оказаться травматичной для больного. Тем не менее консультация крайне необходима, так как больные с выраженной депрессией (что в рамках данного расстройства является одним из определяющих его признаков) склонны к суициду, злоупотреблению алкоголем и приему наркотиков. **Обосновывая необходимость консультации психиатра, следует подчеркнуть, что расстройство психики является** достаточно характерным ответом на травму такого рода и зависит только от высокой степени травматичности стрессового события, а не от индивидуальных особенностей в виде «особой чувствительности» или малодушия. Максимально доказательной является предоставление информации о том, что при правильном и длительном лечении в большинстве случаев можно ожидать полного выздоровления. Не рекомендуется использовать в качестве доказательства необходимости консультации психиатра информацию о возможном негативном варианте развития событий, который заключается в хронизации симптоматики и переходе в устойчивое изменение личности.

Особого внимания во врачебной беседе с больным с постстрессовым расстройством заслуживает тема непосредственного воздействия на психические функции: предостережение от приема алкоголя с целью снятия эмоционального напряжения

(что, к сожалению, является более частым в психотравмирующих ситуациях) и неконтролируемого приема психофармакологических препаратов. Подход к включению в комплексное лечение психофармакологических препаратов, выбор разовой и суточной дозы, а также продолжительности курса лечения должны быть строго индивидуальными. При длительном течении посттравматического стрессового расстройства собственная энергия восстановления нарушенных функций полностью исчерпана, прогрессирующее усугубление личностных нарушений свидетельствует об истощении функциональных ресурсов. Эффективная помощь может прийти только извне – больные должны постоянно находиться под наблюдением психиатра. Роль врача-интерниста в лечении данной категории больных (при наличии у них соматических жалоб) ограничивается кругом вопросов своей специальности.

Рекомендации по укреплению психического ресурса в ситуации COVID-19

Как говорилось ранее, в возникшей ситуации практически все люди были лишены возможности аллопсихической адаптации, поэтому укрепление психического ресурса полностью связано с повышением эффективности интрапсихической адаптации. В абсолютном большинстве случаев психические защиты бессознательны. Экстраординарная ситуация, которая сложилась в мире в настоящее время, – редчайший случай приобретения огромного жизненного опыта по осознанному (точнее, частично осознанному) повышению эффективности психических защит.

К защитами, которые достаточно легко контролировать, относится подавление эмоций. Суть подавления состоит в создании преграды к нарастанию тревоги намеренным удалением избытка тревожащей информации. Это осуществляется путем переключения внимания с эмоции на другой план, например, какое-то активное действие. Отвлечение внимания путем избегающего поведения не является самообманом, т. к. удаленные мысли и чувства доступны для произвольного возврата в сознание, и при необходимости вспомнить нужную информацию не составляет труда (этим подавление отличается от вытеснения). Подавление – один из механизмов психологической защиты, не приводящий к искажению реальности. Умение пользоваться данной защитой – признак зрелой личности. Подавление эмоции успешно работает совместно с механизмом компенсации. Психическая компенсация представляет собой эффективную замену утраченной функции (аналогично последствиям физической травмы, например, в виде обострения слуха при потере зрения).

По аналогии с повреждением физического тела травмой психического плана можно считать фрустрацию (невозможность удовлетворения значимой потребности). Фрустрация значимых потребностей по причине необходимых ограничений – характерная черта нашей действительности в условиях COVID.

Общение в режиме on-line, как вынужденная замена реального общения, является ярким примером успешной компенсации.

Похожей на механизм компенсации является психологическая защита «сублимация», то есть направление энергии (в данном случае – тревоги) в другое русло. В отличие от компенсации, которая является прямой заменой рода деятельности, сублимация означает перемену поля деятельности. Ее характерной чертой является творческий подход к новому роду занятий, ведущий к проявлению скрытых способностей.

Вышеописанные психические защиты не искажают реальность, поэтому они, действительно, помогают человеку примириться с травмирующей психику действительностью и пережить трудный период жизни. Более того, при их осознанном применении в ситуации выраженного и длительного стресса у человека может раскрыться огромный, ранее не использованный потенциал эволюционного развития личности.

Умение осознанно пользоваться защитами высшего порядка (компенсация, сублимация) в условиях длительной самоизоляции может быть реализовано в «стратегии стремления к цели». При этом конкретная цель (изучение иностранного языка, освоение стенографии, создание собственных представлений о какой-нибудь интересующей теме в сфере искусства, работа над книгой или мемуарами, совершенствование любых трудовых навыков и др.) становится стратегией при наличии следующих составляющих: осмысление мотивации, выбор цели, принятие решения следовать ей, составление программы действий, ежедневное пошаговое выполнение предполагаемых действий, контроль за выполнением намеченного и анализ результата в динамике. Главное состоит в том, что поставленная цель должна быть значима, а перспектива ее достижения важна для этого человека. Активные и планомерные действия в рамках «стратегии стремления к цели» отвечают потребности организма в реализации высокого уровня стрессовых гормонов. При отсутствии требуемого действия развивается снижение физической активности, ощущение постоянной усталости, подавленное настроение. На этом фоне нереализуемая энергия временами «пробивается» через психические защиты вспышками раздражительности и агрессии. Данная стратегия по существу является аллопсихической адаптацией в пределах ограниченного пространства собственной личности, т. е. способом воздействия на собственную реальность («бей») и выходом из ситуации постоянной тревоги («беги»). На основании того, что данная стратегия полностью соответствует профилю биологически активных веществ, при ее реализации отмечается подъем физической активности, улучшение состояния здоровья, нормализация настроения. С учетом сказанного ее можно считать действенным способом успешного проживания неординарной ситуации COVID-19.

Заключение

Пандемия COVID-19 обязательно закончится. Но, без всякого сомнения, в своей будущей работе врачам, наряду с вопросами своей узкой специализации, предстоит заниматься диагностикой и лечением больных с последствиями пережитого стресса. Особенность данной ситуации состоит в том, что перечисленные трудности переживали и продолжают переживать и сами врачи. Это является, хоть и тяжелым, но бесценным опытом, который найдет

свое применение не только в работе, но и во всей последующей жизни.

Фирсова Людмила Дмитриевна (контактное лицо) – д. м. н., заведующая лабораторией клинической психологии ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы»; 111123, Москва, шоссе Энтузиастов, д. 86. Тел. +7 (495) 304-31-84; e-mail: l.firsova@mknc.ru.

УДК 616.12–008.331.1–06:616.61–002.2

К.С. Данилина, Н.И. Стеблецова, О.Б. Поселюгина

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ, ОСЛОЖНЕННАЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Кафедра госпитальной терапии и профессиональных болезней ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России

Представленные в обзоре материалы отражают данные литературы о распространенности, факторах риска, особенностях патогенеза, диагностике и общих принципах терапии артериальной гипертонии у пациентов с хронической болезнью почек. Наличие хронической болезни почек у больных артериальной гипертонией является серьезной медицинской проблемой, поскольку многократно увеличивает риск развития сердечно-сосудистых осложнений и ухудшает прогноз.

Ключевые слова: *артериальная гипертония, хроническая болезнь почек, сердечно-сосудистые осложнения.*

ARTERIAL HYPERTENSION COMPLICATED BY CHRONIC KIDNEY DISEASE (LITERATURE REVIEW)

K.S. Danilina, N.I. Stebletsova, O.B. Poselugina

Tver State Medical University

The materials presented in the review reflect literature data on the prevalence, risk factors, features of pathogenesis, diagnosis and general principles of the treatment of arterial hypertension in patients with chronic kidney disease. The presence of chronic kidney disease in patients with arterial hypertension is a serious medical problem, since it significantly increases the risk of developing cardiovascular complications and worsens the prognosis.

Key words: *arterial hypertension, chronic kidney disease, cardiovascular complications.*

Эссенциальная артериальная гипертония (АГ) является одним из наиболее распространенных хронических неспецифических заболеваний человека, на долю которых в целом, по данным ВОЗ, приходится 30% всех смертельных исходов [1–5]. Распространенность АГ среди взрослого населения составляет 30–45% [1–2]. В российской популяции среди мужчин в возрасте 25–65 лет частота встречаемости АГ несколько выше (в некоторых регионах она достигает 47%), тогда как среди женщин – около 40% [2]. Частота встречаемости АГ увеличивается с возрастом, достигая 60% и выше у лиц старше 60 лет [1].

Повышенное артериальное давление (АД) является основным фактором риска (ФР) преждевременной смерти почти 10 миллионов пациентов, и более чем у 200 миллионов в мире приводит к инвалидизации

[4–6], причем эпидемиологическая ситуация в России наряду с высокой смертностью, характеризуется еще и «омоложением» этой патологии [6]. АГ является ведущим ФР развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) таких как инфаркт миокарда, инсульт, ишемическая болезнь сердца (ИБС), хроническая сердечная недостаточность, цереброваскулярных (ишемический или геморрагический инсульт, транзиторная ишемическая атака). Кроме того, АГ приводит к поражению почек как органа-мишени (ПОМ) и развитию хронической болезни почек (ХБП) [4–6].

Известно, что при наличии ССЗ распространенность ХБП у больных АГ достигает 26% [7], ССЗ являются самой частой причиной смерти пациентов при ХБП. Заболевания сердца и почек имеют общие ФР, такие как сахарный диабет (СД), ожирение, гиперлипидемия и др., а при их сочетании происходит