

# Психогенные заболевания:

---

*Реактивные психозы,  
острые реакции на стресс,  
посттравматическое стрессовое  
расстройство,  
расстройства адаптации и неврозы.*

# Триада К.Ясперса (1910)

---

- Психогенное заболевание развивается непосредственно после воздействия психической травмы.
- Проявления болезни непосредственно вытекают из содержания психотравмы, между ними имеются психологически понятные связи.
- Течение заболевания тесно связано с выраженностью и актуальностью психотравмы. Ее разрешение приводит к прекращению или значительному ослаблению проявления болезни.

# Наиболее общие нарушения, характерные для границных состояний

---

Взаимосвязь собственно психических расстройств с вегетативными дисфункциями, нарушениями ночного сна и соматическими проявлениями.

- Ведущая роль психогенных факторов в возникновении и декомпенсации болезненных нарушений.
- Наличие в большинстве случаев «органической предрасположенности» (минимальных неврологических дисфункций мозговых систем), способствующих развитию и декомпенсации болезненных проявлений.
- Взаимосвязь болезненных расстройств с личностно-типологическими особенностями больного.
- Сохранение больными критического отношения к своему состоянию.

## ***F4 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства***

### **F40 Тревожно-фобические расстройства**

---

F40.0 Агорафобия

F40.1 Социальные фобии

F40.2 Специфические (изолированные) фобии

### **F41 Другие тревожные расстройства**

F41.0 Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога)

○ F41.1 Генерализованное тревожное расстройство

### ○ **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

### ○ **F43 Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации**

○ F43.0 Острая реакция на стресс

○ F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство

○ F43.2 Расстройства адаптации

### ○ **F44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства**

○ амнезия, фуга, ступор, Трансы и состояния овладения, расстройства моторики, судороги и др

### ○ **F45 Соматоформные расстройства**

○ F45.0 Соматизированное расстройство

○ F45.2 Ипохондрическое расстройство

○ F45.3 Соматоформная вегетативная дисфункция (по органам и системам)

### ○ **F48 Другие невротические расстройства**

○ F48.0 Неврастения

○ F48.8 Другие специфические невротические расстройства

Психогенные психические расстройства возникают как результат взаимодействия личности пациента и психотравмы.



# аффективно-шоковые реакции (острая реакция на стресс)

---

По сути дела, это три описанных Кенноном базовых реакции живого существа на стресс – бегство, нападение и оцепенение (мнимая смерть).

- В крайних формах это клинически проявляется как хаотическое агрессивное или паническое возбуждение, а так же ступор.
- В менее выраженных - как состояния физиологического аффекта (горя, ярости, страха) и деперсонализации.

# Посттравматическое Стрессовое Расстройство

---

- представляет собой результирующую двух процессов.
- 1. Попытка личности интегрировать в структуру мира произошедшее, понять что случилось, почему, правильно ли он поступил, что делать чтобы избежать этого в дальнейшем.
- 2. Стремление избежать неприятных переживаний, связанных с этим процессом.
- Эти две тенденции находят свое отражение в двух основных группах симптомов: симптомах вторжения травмы (воспоминания, мысли, сновидения, внезапное действие или чувство себя так, будто травмирующее событие повторяется вновь), и симптомах избегания всего, напоминающего о событии, вплоть до полного ухода от контактов с внешним миром.
- Кроме того, имеется и третья группа неспецифических симптомов, отражающих общий уровень напряжения психики, в связи с этими процессами (бессонница, раздражительность, тревога).

## ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО

- Развитие ПТСР может быть отставленным по времени
- Распространенность – у 20-30% ветеранов войн, у 37% работников «скорой помощи» и спасателей, у 57% жертв насилия
- Коморбидность со злоупотреблением алкоголем (27%), наркотиками (8%), крах карьеры, распад семей
- Коморбидность с депрессией, трансформация в большую депрессию
- Факторы риска – женский пол, тяжесть и экспозиция травмы
- Лечение:
  - Когнитивно-бихевиоральная и семейная психотерапия
  - Десенситизация «избегающего поведения»
  - СИОЗС
  - Избегать использования бензодиазепинов

# Реакция утраты

---

– нормальная личностная реакция на утрату близкого человека. Представлена переживанием горя, отражающим принятие утраты.

- Однако человек склонен избегать как принятия утраты, так и переживаний горя в связи с этим. Это может осуществляться тремя путями.
  1. Уход от реальности, жизнь с ощущением присутствия умершего (воспоминания, сны, мысленные беседы).
  2. Поиск виновных (месть, самообвинение).
  3. Подавление переживания горя («замершее горе»).

- 
- **И ПТСР и реакция утраты часто могут осложняться вторичным злоупотреблением алкоголем и наркотиками.**
  - **При отсутствии успешного разрешения ситуации возможно затяжное многолетнее течение с присоединением невротических расстройств и психосоматических заболеваний, а также формирование личностных изменений.**



○ если личностные защиты не справляются с напряжением, связанным с этими состояниями, то возможно развитие трех типов состояний:

- реактивного параноида,
- реактивной депрессии
- реактивных истерических психозов.

# Реактивный параноид

---

Возникает на более или менее отягощенной почве, как реакция на психологический стресс.

- Представляет собой формирование несистематизированного, эмоционально насыщенного бреда:
- При социальной изоляции (бред эмигрантов, тугоухих), индуцированный бред.

## Истерические реактивные психозы (примитивно-личностные реакции).

Для истерических реактивных психозов \_\_\_\_\_ необходимым условием является примитивность личностных структур, незрелость, несформированность. По сути они скорее являются реактивными личностными психотическими реакциями чем реактивными психозами.

- Их клиника полиморфна и представлена истерическими сумеречными состояниями, состояниями регресса (псевдодеменция, пуэрилизм, синдром одичания).
- Истерические психозы представляют собой попытку психики справиться с ситуацией путем перекалывания ответственности на окружающих (регресс).

# Паранойяльная реакция

---

Патологическая личностная реакция на психотравмирующую ситуацию. Например человек, не получивший повышения по службе, или находящийся под угрозой увольнения, считает, что против него на работе заговор, от него хотят избавиться по причине его выдающихся способностей и вклада в работу учреждения. Начинается бесконечная борьба за восстановление справедливости.

В основе ее лежит возникновение сверхценных идей.

# Реактивная депрессия.

---

- Чаще представляет собой затяжную реакцию горя в одном из ее патологических вариантов (вина, тоска или «замершее горе»).
- При этом личность не справляется с интенсивностью переживаний. Они тесно связаны с перенесенной психотравмой. Идеи самообвинения и самоуничижения отражают ее.

# Неврозы

---

Непсихотические расстройства, нередко связанные с длительными, тяжело переживаемыми конфликтными ситуациями.

Носят функциональный характер, обычно сопровождаются нарушениями в сомато-вегетативной сфере.

Больные сохраняют критику, понимают болезненный характер симптомов, стремятся избавиться от них

# Неврозы

---

**В своей динамике неврозы подразделяют на**

- **невротические реакции** – отдельные симптомы, эпизодически возникающие у здоровых людей (на фоне усталости, психотравмы и пр.).
- **Собственно неврозы**
- **невротические развития.**



---

По клинической картине выделяют три основных типа невроза.

- Обсессивно-фобический (невроз навязчивых состояний)
- Истерический невроз
- Неврастения

## Обсессивно-фобический невроз. (невроз навязчивых состояний)

---

- Характеризуется жалобами на тревогу, навязчивые явления (обсессии) и страхи (фобии). В современной классификации в зависимости от их преобладания выделяют:
- Генерализованное тревожное расстройство.
- Паническое расстройство.
- Фобическое расстройство.  
Агорафобия.  
Социофобия.  
Простые фобии.
- Обсессивно-компульсивное расстройство.

## ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОЕ РАССТРОЙСТВО

- Распространенность в течение жизни – 2%
- Психастенический радикал, магическое мышление
- Хроническое течение
- Вероятность развития у дизиготных близнецов – 47%, у монозиготных – 88%
- Серотонинергическая дисфункция
- Дифференцировать с депрессией, с шизофренией
- Лечение:
  - Флуоксетин
  - Кломипрамин
  - Рисперидон
  - Стереотоксическая цингулотомия, передняя капсулотомия или лимбическая лейкотомия (84% эффективности при тяжелом ОКР)

# Истерический невроз.

---

- Характеризуется двумя основными процессами: диссоциацией и конверсией.
- При диссоциации в результате вытеснения определенная функция оказывается подавленной (нарушение чувствительности, амнезия, паралич, парез, астазия-абазия).
- При конверсии – происходит трансформация вытесненного в симптом (спазмы, боли: блефароспазм, ларингоспазм, ком в горле, писчий спазм, тики, судороги).

## Астенический невроз (неврастения).

---

Сочетание раздражительности с повышенной утомляемостью и истощаемостью («астеническая слабость»). Проявляется головными болями, бессонницей, расстройствами внимания, непереносимостью сильных раздражителей. Резко снижена работоспособность, жалобы на интеллектуальную несостоятельность. Множество сомато-вегетативных жалоб.

# Невротическое развитие

---

- Хроническое болезненное состояние, длящееся годы. Патологические стереотипы поведения становятся привычными. Больные «сжимаются» с неврозом, меняется стиль жизни, подстраивают все свое поведение под требования болезни.

# МИШЕНИ ТЕРАПИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

СОЦИАЛЬНЫЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ	БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ	ПСИХОТЕРАПИЯ	
		Суггестивная	Личностно-ориентированная
<b>Устранение причин</b>	<b>Нормализация функциональной активности адаптивных систем</b>		<b>Осознание пациентом психосоциальных механизмов болезни</b> <b>Реконструкция нарушенных отношений личности</b>

## ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ ПСИХОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ

---

- Визиты пациента к врачу должны быть короткими, но частыми; по мере улучшения состояния интервалы между визитами следует увеличивать
- У пациента должен быть только один врач
- Избегать назначения лишних обследований и консультаций
- Сопереживание со стороны врача - с сосредоточением на психосоциальных проблемах, а не на физических симптомах
- Помнить, что для пациента симптомы реальны и причиняют ему беспокойство, но не говорить с ним «на языке симптомов», не заявлять, что «все это в голове» у пациента и не переубеждать; лучшая тактика беседы – «я попробую Вам помочь»
- Схема медикаментозного лечения должна быть простой, с приоритетом монотерапии; минимизировать назначение бензодиазепинов, седативных и снотворных средств



