

ПСИХОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА

Врач - детский невролог
Толстенева А.И.

Психогения (психо — душа, относящийся к душе, генея-порождение, порождающий) — болезненное состояние в виде кратковременной реакции или длительного состояния (болезни), обязанного своим возникновением воздействию факторов, травмирующих психику (психотравма).

- По своим клиническим проявлениям психогении могут предстать в виде расстройств психической сферы как невротического уровня — **неврозы (невротические и соматоформные расстройства)**, так и психотического уровня — **реакции на стресс (реактивные психозы)**, а также в виде проявлений соматического страдания — **психосоматические варианты соматических болезней**

- **Психотравма** - травмирующее психику эмоционально негативно окрашенное переживание по поводу какого-либо жизненного события (явления, ситуации), обладающего субъективной личностной значимостью (эмоциональная значимость).
- **Острая** психотравма - внезапно возникающую, однократно (ограниченное время) воздействующая психотравма значительной интенсивности. Их разделяют на: **шоковые, угнетающие и тревожащие**. На их основе возникают **реактивные состояния и психозы** (*острые реакции на стресс*).
- **Хроническая** психотравма - психотрама меньшей интенсивности, но существующей продолжительное время. Они приводят к развитию **неврозов** (*невротических и соматоформных расстройств*).

реактивные (психотензивные) психозы (связанные со стрессом расстройства)

- группа болезненных расстройств психики, возникающих под влиянием психической травмы и проявляющихся в виде реакций и (или) состояний, достигающих *психотического уровня*:
- аффективно-измененное сознание
- утрата способности адекватно оценивать ситуацию и свое состояние
- нарушение поведения
- наличие продуктивной психопатологической симптоматики (галлюцинации, бред, психомоторные нарушения и пр.)

Диагностика

Триада Ясперса:

- 1) состояние вызывается (следует по времени за ситуацией)- психической травмой,
- 2) психогенно-травмирующая ситуация прямо или косвенно отражается в клинической картине заболевания, в содержании его симптомов.
- 3) состояние прекращается с исчезновением вызвавшей его причины

1. Аффективно-шоковые психогенные реакции (*Острая реакция на стресс*)

Факторы риска:

- ослабление соматическим заболеванием
- длительное недосыпание
- утомление
- эмоциональное напряжение
- наличие органически неполноценной почвы (пожилые).

Клинические формы

- Гипокинетический вариант — проявляется внезапно возникшей двигательной заторможенностью («оцепенел от ужаса»), достигающих в отдельных случаях полной обездвиженности (*ступор*) и невозможностью говорить (*мутизм*). В состоянии ступора больные не воспринимают окружающее, не реагируют на стимулы, на лице выражение ужаса, глаза широко открыты. Наблюдается бледность кожных покровов, обильное холодное потоотделение, могут произойти непроизвольные мочеиспускание и дефекация (вегетативный компонент).
- Гиперкинетический вариант — проявляется выраженной агитацией, психомоторным возбуждением. Довольно часто у большого количества людей одновременно — т.н. «паника толпы». Больные бесцельно мечутся, куда-то бегут, движения абсолютно нецеленаправленны, хаотичны, часто что-то кричат, рыдают с выражением ужаса на лице. Состояние, так же как при первом варианте, сопровождается обильными вегетативными проявлениями (тахикардия, бледность, потливость и пр.). Ранне-эволюционный стратегический смысл такого реагирования в виде «двигательной бури» — «авось какое-то движение спасет».

- Длительность таких реакций в среднем до 48 часов при сохранении стрессорного воздействия. При его прекращении симптомы начинают уменьшаться в среднем через 8-12 часов. После перенесенного состояния развивается полная или частичная амнезия.

2. Прimitивно-истерические психозы (*Диссоциативные расстройства*)

- возникают в ситуациях, угрожающих свободе личности («тюремные психозы»).

Клинические формы

- **Псевдодеменция** — мнимое слабоумие. Это относительно более легкое и неглубокое расстройство. Поведение становится неправильным, таращит глаза, оглядывается по сторонам, изображая как бы слабоумного (не может зажечь спичку, отпереть дверь и т. п.). В беседе перестает правильно отвечать на вопросы, на простые вопросы выдает нелепые ответы, но в плоскости вопроса. Однако бросается в глаза типичный для данного состояния контраст между проявлениями слабоумия в простых ситуациях при одновременной сохранности правильных действий в гораздо более сложных ситуациях. Развитие постепенное.
- **Пуэрилизм** — состояние, в котором больной изображает как бы ребенка: речь становится детской, коверкает слова, шепелявит, называет всех «дяденька» и «тетенка». Поведение так же приобретает детские черты: просится «на ручки», «в кроватку», ковыряется в носу, хнычет, сосет пальцы, играют предметами и т.п.
- **Синдром Ганзера** — остро возникающий, более тяжелый вариант псевдодеменции, который характеризуется явлениями *мимоговорения*, «приблизительными ответами». Может включать в себя явления пуэрилизма.
- **Синдром регресса психики (синдром «одичания»)** — состояние, при котором человек своим поведением напоминает животное. Ходит на четвереньках, рычит, кусается, скалится, обнюхивает предметы, лакает из миски и т.п.
- **Синдром бредоподобных фантазий** — возникновение бредоподобных идей на основе чрезмерного фантазирования, как способа психологической защиты. При этом нет убежденности. Однако рассказывают довольно убедительно, красочно, демонстративно о своих изобретениях, успехах, бегствах, произошедших с ними невероятных приключениях. В содержании как правило так или иначе отражается травмирующая ситуация с измененным сюжетом и своей роли в ней.

3. Затяжные реактивные психозы

- А) Реактивные депрессии. (Расстройство адаптации. Депрессивный эпизод).
- Наиболее частыми вариантами психотравмы при таких расстройствах являются многообразные психосоциальные стрессоры в виде ситуации эмоционального лишения (смерть близкого, его отъезд, уход, положение беженца, просто переезд, особенно вынужденный и пр.)

- Психогенная депрессия может предстать в виде **астено-апатического** состояния, с вялостью, утомляемостью, бездеятельностью, безразличием ко всему.
- При **простой (чистой)** депрессии тоскливое настроение сопровождается двигательной заторможенностью и замедлением течения мыслительных процессов. Все переживания сконцентрированы вокруг психотравмирующей ситуации. Не удается переключить внимание и отвлечь мысли на что-то другое. Отмечаются нарушения сна, снижение аппетита, вегетативные проявления (гипертензия, тахикардия, диспноэ и т.п.). Могут возникнуть гипнагогические галлюцинации, отражающие случившееся событие. Наблюдаются обычно у гармоничных личностей но с особенностями в виде сдержанности, собранности, аккуратности, целеустремленности, четкой эмоциональной привязанности к близким.
- При **тревожной** депрессии отмечается двигательное беспокойство на фоне тревоги, достигающей до ажитации с приступами отчаяния. В таком состоянии больные не могут усидеть на месте, причитают об утрате, периодически начинают метаться, впадают в отчаяние с попытками покончить с собой (данный вариант наиболее опасен в отношении совершения суицида). Чаще возникают у лиц эмоционально неустойчивых, тревожно-мнительных, склонных к сомнениям, неуверенных в себе.
- При **истерической** депрессии аффект тоски менее глубокий и может сочетаться с раздражительностью, капризностью, недовольством. В поведении наблюдается демонстративность, театральность, стремление вызвать сочувствие окружающих. Могут наблюдаться истерические расстройства моторной (параличи, парезы и т.п.), сенсорной (афония, глухота и пр.), Чаще наблюдается у лиц с чертами психического инфантилизма и истерическими чертами.
- При **дисфорическом** варианте человек помимо основных переживаний депрессивного спектра проявляет еще раздражительность, напряженность, злобность. У подростков реакция горя может вылиться просто в агрессивность и антисоциальные поступки.
- При **ипохондрическом** варианте постепенно собственно горе и переживание по поводу утраты сменяются жалобами на проявления какой-либо болезни (обычно у пожилых людей).
- В ряде случаев может развиваться т.н. **диссимулятивный** вариант реактивной (психогенной) депрессии, особенно у подростков. При таком варианте отсутствуют жалобы на подавленность, тоску, больные держатся тихо и незаметно, избегают разговоров на травмирующую тему. При этом они могут вынашивать суицидальные тенденции с неожиданной для окружающих их реализацией.

- Б) Реактивные бредовые психозы. (Острые преимущественно бредовые расстройства ассоциированные со стрессом)
- Это группа психозов, при которых вследствие психической травматизации развивается бредовое состояние различной структуры.

- *Реактивное параноидальное бредообразование (сверхценное образование)* — возникновение бреда (сверхценной идеи), не выходящего за рамки травмирующей ситуации, психологически понятного и сопровождающегося живой эмоциональной реакцией. Эти идеи доминируют в сознании, но на первых этапах больные еще могут поддаваться некоторому разубеждению. Во всем остальном поведение больного, не связанной со сверхценной идеей, заметных отклонений не обнаруживает.
- *Реактивные параноиды* — возникновение идей преследования, отношения, иногда и физического воздействия на фоне выраженного страха и растерянности, вызванной психотравмой. Содержание идей отражает психотравмирующую ситуацию. В некоторых случаях могут возникнуть обильные слуховые и зрительные галлюцинации и псевдогаллюцинации на фоне измененного сознания.
- Вариантами таких параноидов могут быть: параноид в условиях изоляции (например в тюрьме), «железнодорожный» параноид, сенситивный бред Кречмера — *параноид внешней обстановки (ситуационный)*, *бред преследования тугоухих* (у лиц со слабым слухом вследствие затрудненного речевого контакта с окружающими) и *бред преследования в иноязычной среде* (аналогичное состояние из-за незнания языка).
- Как реактивная параноидальная реакция может возникнуть *ипохондрическая реакция* (часто как ятрогения) у лиц с повышенным вниманием к своему здоровью.

4. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

- отставленная и/или затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию (кратковременную или продолжительную) исключительно угрожающего или катастрофического характера (например, природные или искусственные катастрофы, сражения, серьезные несчастные случаи, наблюдение за насильственной смертью других, роль жертвы пыток, терроризма, изнасилования или другого преступления).

Клиника

Начало расстройства возникает вслед за травмой после латентного периода, который может варьировать от нескольких недель до месяцев (но редко более 6 месяцев).

- · эпизоды повторного переживания травмы в виде навязчивых воспоминаний (реминисценций), снов или кошмаров,
- · хроническое чувство «ощепенелости» и эмоциональной притупленности
- · отчуждение от других людей
- · отсутствия реакции на окружающее
- · ангедонию (неспособность переживать радость)
- · уклонения от деятельности и ситуаций, напоминающих о травме (индивидуум боится и избегает того, что ему напоминает об изначальной травме).
- Изредка бывают драматические, острые вспышки страха, паники или агрессии, провоцируемые стимулами, вызывающими неожиданное воспоминание о травме или о первоначальной реакции на нее.

Лечение

- Устранение причины — психотравмирующей ситуации, чего иногда бывает достаточно.
- *Аффективно-шоковые реакции* в силу их кратковременности либо заканчиваются, либо переходят в другой вид реактивного расстройства. Лишь в отдельных случаях возникает необходимость лечения, особенно при гиперкинетическом варианте с целью купирования возбуждения - нейрорептиков (аминазин, тизерцин, оланзапин), транквилизаторов (реланиум).
- *Реактивные депрессии* лечатся активно, медикаментозно (антидепрессантами, транквилизаторами) с последующим подключением психотерапии.
- При *истерических психозах и реактивных бредовых состояниях* необходимо лечение в условиях стационара с применением медикаментозного (нейрорептики) лечения.
- При **ПТСР** применяется сочетание медикаментозной терапии (антидепрессанты, транквилизаторы) и психотерапии, направленной на правильное принятие и отреагирование травматического опыта.

Экспертиза

- На период реактивного психоза больные нетрудоспособны. В отдельных случаях аномальных развитии личности может быть поставлен вопрос о временной инвалидности.
- Судебно-психиатрическая экспертиза больных с реактивными психозами признает невменяемыми в случае совершения ими преступления во время болезненного состояния. В случае развития реактивного психоза в период следствия или суда возможно приостановление следственных и судебных действий до выздоровления с последующим их возобновлением.

Неврозы (невротические расстройства)

- психогенное, (как правило, конфликтогенное) нервно-психическое пограничное расстройство, в основе которого лежит нарушение высшей нервной деятельности, возникающее в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека и проявляющееся в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических (галлюцинации, бред, кататония, мания) явлений.

Критерии диагностики

- **психогенная** природа (вызванная психотравмированием), которая определяется существованием связи между клинической картиной невроза, особенностями системы отношений личности и затяжной патогенной конфликтной ситуацией. Причем, возникновение невроза обычно определяется не прямой и непосредственной реакцией личности на неблагоприятную ситуацию, а более или менее длительной переработкой данной личностью сложившейся ситуации и ее последствий и неспособностью адаптироваться к новым условиям,
- обратимость патологических нарушений, не зависимо от его длительности, т. е. **функциональный** характер расстройства (что является отражением природы невроза, как срыва высшей нервной деятельности, который может продолжаться дни, недели и даже годы),
- **парциальность** нарушений (в отличие от тотальности при психопатиях),
- специфичность клинических проявлений, состоящей в доминировании **эмоционально-аффективных и сомато-вегетативных** расстройств на обязательном **астеническом** фоне
- **критическое отношение к болезни** — стремление к преодолению болезни, переработке личностью сложившейся ситуации и возникшей болезненной симптоматики.
- наличие характерного типа **внутриличностного невротического конфликта**. Конфликт — существование одновременно противоположно направленных и несовместимых тенденций в психике личности или между людьми, протекающих с острыми отрицательно окрашенными эмоциональными переживаниями с возможным травмированием психики.

Выделяют три основных типа невротических конфликтов:

- 1) *истерический* — завышенный уровень притязаний при недооценке реальных условий и неспособности тормозить при этом желания («хочу и не дают»);
- 2) *обсессивно-психастенический* — противоречие между желанием и долгом («не хочу, но должен»);
- 3) *неврастенический* — несоответствие между возможностями, стремлениями личности и завышенными требованиями к себе («хочу и не могу»)

Динамика развития

- этап (уровень) *психологический*-напряжение адаптационных психических механизмов и попытка справиться с психотравмой при помощи психологических защитных механизмов
- этап (уровень) *вегетативных* проявлений (тахикардии, ощущения замирания сердца, гиперемии или бледность кожных покровов и мн.др.)
- этап (уровень) *сенсомоторных* проявлений (суетливость, повышенная чувствительность к внешним раздражителям)
- этап (уровень) *эмоционально-аффективных* проявлений (тревога, эмоциональное напряжение).
- Если состояние достигло последнего этапа, то оно обозначается, как **невротическая реакция**. В дальнейшей динамике присоединяется: этап (уровень) идеаторного (интеллектуального) оформления (обработки, оценки) случившегося
- В этом случае состояние обозначают, как **невротическое состояние** или собственно **невроз**.
- При длительном (многолетнем) течении невроза может развиваться т.н. «**невротическое развитие личности**». В этом случае происходит усложнение клинической картины невроза и повышается реактивность психики (личность становится более чувствительной к разнообразным стрессовым воздействиям на организм и психику).
- При хроническом течении более 5 лет может сформироваться т.н. «**нажитая психопатизация**» личности, т.е. личность становится психопатической.

Лечение

- Транквилизаторы, антидепрессанты в малых дозах
- Аутогенная тренировка, гипнотерапия, психоанализ