

Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской
психологии

Учебная дисциплина “Психиатрия. Наркология”

Лектор: доцент, к.м.н. Голоденко Ольга Николаевна

F4 НЕВРОТИЧЕСКИЕ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства имеют общее историческое происхождение с концепцией невроза, существенной является связь этих расстройств с психологическим стрессом.

Критерии К.Ясперса для диагностики психогенных расстройств

Психогении возникают непосредственно после психической травмы

Психическая травма должна отражаться в переживаниях пострадавшего человека

После прекращения травмирующего воздействия прекращаются и психогенные расстройства

- F40** Тревожно-фобические расстройства
- F41** Другие тревожные расстройства
- F42** Обсессивно-компульсивные расстройства
- F43** Реакция на тяжелый стресс и нарушение адаптации
- F44** Диссоциативные [конверсионные] расстройства
- F45** Соматоформные расстройства
- F48** Другие невротические расстройства

F40 Тревожно-фобические расстройства

F40.0 Агорафобия

F40.1 Социальные фобии

F40.2 Специфические (изолированные) фобии

F40.8 Другие тревожно-фобические расстройства

F40.0 Агорафобия

- Боязнь открытых пространств.
- Агорафобия включает разные фобии, которые связаны со страхом покидать дом (боязнь входить в магазины, находиться в толпе и в общественных местах, самостоятельно путешествовать в поездах, автобусах, в метро или в самолетах).
- Отсутствие немедленно доступного выхода – одна из ключевых черт многих ситуаций, связанных с боязнью открытого пространства.
- Поведение избегания фобических ситуаций иногда приводит к тому, что пациент становится полностью прикованным к помещению.
- Большинство пациентов – женщины. Начало – в юношеском возрасте.
- Высока сопутствующая заболеваемость с паническим расстройством. Могут также присутствовать депрессивные и обсессивные симптомы и социальные фобии.

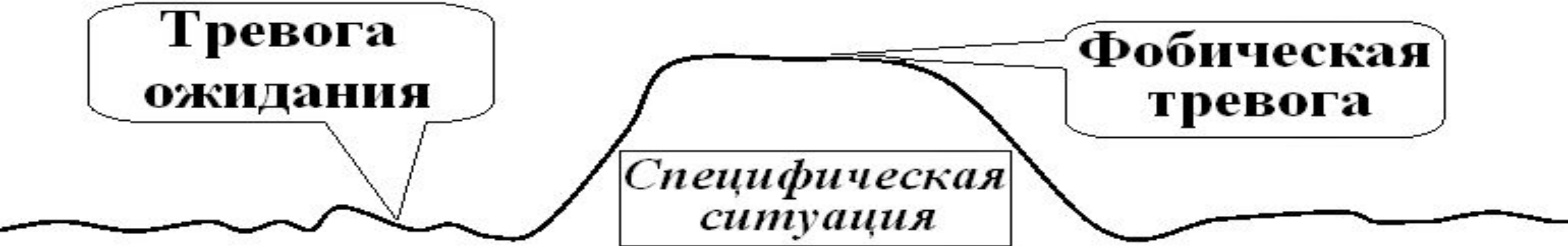


Агорафобия

**Тревога
ожидания**

**Фобическая
тревога**

*Специфическая
ситуация*



F40.1 Социальные фобии

- Страх оказаться объектом внимания окружающих, что приводит к избеганию социальных ситуаций.
- Напряжение возникает при непосредственном контакте.
- Для личности больного характерна низкая самооценка и боязнь критики.
- Симптомы могут прогрессировать вплоть до панических атак.
- Уклонение от социальных ситуаций может приводить к почти полной социальной изоляции.
- Обычно начинается в детстве или в юности.
- Одинаково распространены среди лиц обоего пола.
- Нередко наблюдается вторичный алкоголизм – употребление алкоголя с анксиолитической целью.




Социальные фобии

**Тревога
ожидания**

**Фобическая
тревога**

*Социальный
стресс*



F40.2 Специфические (изолированные) фобии

- Боязнь некоторых животных:
 - пауков (арахнофобия),
 - насекомых (энтомофобия),
 - змей (офидиофобия).
- Боязнь некоторых ситуаций:
 - высоты (акрофобия),
 - грозы (кераунофобия),
 - темноты (никтофобия),
 - замкнутых пространств (клаустрофобия).
- Боязнь болезней, травм или медицинских обследований:
 - посещения дантиста,
 - вида крови (гемофобия) или раны (боли – одинофобия),
 - заражения венерическими болезнями (сифилофобия) или СПИДофобия,
 - танатофобия – страх смерти.



Что за фобия?



Константин Маковский. Дети, бегущие от грозы



Тревожно-фобические расстройства обычно появляются в детстве или в юности и могут продолжаться в течение десятилетий, если их не лечить.

F41 Другие тревожные расстройства

Проявления тревоги, возникающие вне связи с какой-либо особой ситуацией.

F41.0 Паническое расстройство

F41.1 Генерализованное тревожное расстройство

F41.2 Смешанное тревожно-депрессивное расстройство

F41.0 Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога)

- Повторные приступы сильной тревоги (панические атаки), не ограничивающиеся какой-то специфической ситуацией или какими-то специфическими обстоятельствами.
- Типичными симптомами являются сердцебиение, боль в груди, удушье, головокружение и ощущение нереальности.
- Отдельные атаки обычно длятся лишь минуты. Частота атак существенно варьирует.
- Частые и ожидаемые панические атаки вызывают страх оставаться в одиночестве или появляться в общественных местах.
- Лица, страдающие данным расстройством, часто думают, что у них серьезная соматическая болезнь.
- Течение панического расстройства длительное, в половине случаев осложненное агорафобией.

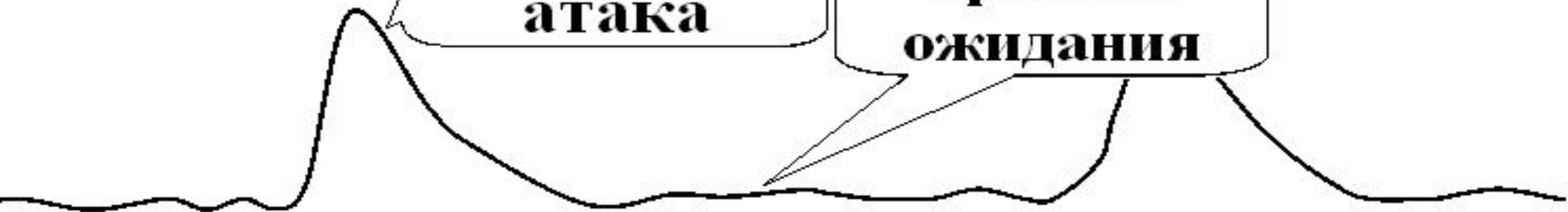
Паническая атака при агорафобии



Паническое расстройство

Паническая атака

Тревога ожидания



F41.1 Генерализованное тревожное расстройство (ГТР)

- Тревога, *длящаяся более 6 месяцев*, является генерализованной и постоянной, но не ограничивается какими-то специфическими внешними обстоятельствами.
- Симптомы: непрерывное ощущение нервозности, дрожь, мышечное напряжение, потливость, сердцебиение, головокружение и дискомфорт в эпигастральной области.
- Часто пациент испытывает страх, что он или его родственники вскоре заболеют или с ними произойдет несчастный случай; возможно также наличие разнообразных иных тревог и предчувствий.
- Расстройство чаще возникает у женщин и часто связано с хронической внешней стрессовой ситуацией.
- Течение обычно колеблется и по времени связано с первоначальными симптомами тревоги; может усугубляться употреблением алкоголя и других психоактивных веществ.

F41.2 Смешанное тревожно-депрессивное расстройство

- Присутствуют симптомы как тревоги, так и депрессии, но ни один из симптомов, взятый отдельно, не является доминирующим или достаточно выраженным, чтобы поставить диагноз депрессивного эпизода или специфического тревожного расстройства.
- Типичны вегетативные симптомы, такие как тремор, сердцебиение, сухость во рту.
- Пациенты с таким сочетанием сравнительно мягких симптомов чаще обращаются к врачам общей практики.

Этиология тревожных расстройств

- Этиология тревожных расстройств точно не известна.
- Различные напряженные жизненные события в течение ранних или более поздних стадий онтогенеза.
- Генетические факторы.
- В развитие этих расстройств вовлечены несколько нейротрансмиттерных систем (норадренэргическая, серотонинэргическая); изучается роль гамма-аминомасляной кислоты.
- Обсуждается роль CO_2 в этиологии панического расстройства.

Клиническое лечение тревожных расстройств

■ *различные психотерапевтические методы*

- когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)
- психодинамически ориентированная психотерапия;

■ *психофармакотерапия*

- бензодиазепины (**diazepam**, alprazolam, clonazepam) – в течение нескольких недель (возможность злоупотребления, развития толерантности и зависимости)
- Buspirone (анксиолитик, дофаминомиметик) необходимо более длительное использование; малая возможность злоупотребления
- бета-блокаторы (индерал (пропранолол)) – для краткосрочного лечения проявлений тревоги, особенно соматических симптомов, таких как тремор
- антидепрессанты – СИОЗС (**fluoxetine**, paroxetine, sertraline), хорошо переносятся, нет возможности злоупотребления.

Рекомендации по лечению тревожных расстройств:

- начать лечение с короткого курса бензодиазепинов, а также антидепрессантами в течение более длительного периода;
- комбинировать фармакотерапию с различными видами психотерапии.

F42 **Обсессивно-компульсивные расстройства (ОКР)**

- F42.0 Преимущественно навязчивые мысли или размышления (умственная жвачка)
- F42.1 Преимущественно компульсивные действия (обсессивные ритуалы)
- F42.2 Смешанные обсессивные мысли и действия

Клинические особенности ОКР

- Навязчивые мысли – это идеи, образы или побуждения, которые снова и снова приходят на ум больного в стереотипной форме.
- Распознаются как собственные мысли человека, хотя они непроизвольны и часто нестерпимы. Обычные obsessions включают страх инфекции, нанесение вреда другим лицам или грех перед Богом.
- Компulsive побуждения – это повторяющиеся, целенаправленные и преднамеренные поведенческие действия, которые выполняются в ответ на obsessions или согласно определенному правилу, которого следует строго придерживаться. Компulsive побуждения призваны нейтрализовать или уменьшить дискомфорт в связи с навязчивыми мыслями или предотвратить страшное событие или ситуацию.
- Часто присутствуют вегетативные симптомы тревоги.
- Очень часто obsessive-комulsive расстройства сочетаются с депрессией (около 80%), могут возникать суицидальные мысли.
- Obsessive-комulsive симптомы могут возникать на ранних стадиях шизофрении.
- Одинаково распространены среди мужчин и женщин.
- Течение чаще хроническое.

Этиология ОКР

Напряженные, стрессовые события жизни в течение ранних или более поздних стадий онтогенеза.

Биохимическая модель (нарушение обмена серотонина – SRI).

Клиническое лечение ОКР

- Фармакотерапия: антидепрессанты, воздействующие на центральную серотонинэргическую систему (ТЦА – **анафранил** (clomipramine) и СИОЗС - **fluoxetine**, paroxetine, sertraline); при ОКР нужны более высокие дозы лекарств, чем при депрессиях, реакция часто бывает задержанной.
- Когнитивно-поведенческая психотерапия.
- Семейная психотерапия.
- Группы поддержки пациента.

F43 Реакция на тяжелый стресс и нарушение адаптации

- Включает расстройства, определяемые не только по симптоматике и течению, но и на основании следующих признаков:
- Наличие:
 - исключительного психотравмирующего события (природная или техногенная катастрофа, боевые действия, несчастный случай, или человек становится свидетелем насильственной смерти, или жертвой пыток, терроризма, изнасилования или другого преступления), которое влечет острую стрессовую реакцию;
 - существенное изменение жизни, приведшее к обстоятельствам, результатом которых является расстройство адаптации.
- Стрессовое событие считается первичным и основным причинным фактором, поскольку расстройство не возникло бы без этого толчка.

F43 Реакция на тяжелый стресс и нарушение адаптации

F43.0 Острая реакция на стресс

F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

F43.2 Расстройства адаптации



Карл Брюллов. Последний день Помпеи

F43.0 Острая реакция на стресс

- Тяжелое кратковременное расстройство, которое развивается у человека, не страдающего какими-либо иными психическими расстройствами, кроме реакции на стресс.
- Развивается не у всех, переживших стресс, а в зависимости от индивидуальной уязвимости и адаптивных способностей.
- Симптомы:
 - начальное состояние „оглушения” с некоторым сужением сферы сознания и внимания, неспособностью воспринимать раздражители и дезориентацией;
 - затем может следовать или отрыв от окружающей действительности (экстремальный вариант – диссоциативный ступор), или ажитация и гиперактивность;
 - вегетативные признаки – тахикардия, потливость, покраснение лица;
 - другие тревожные и депрессивные симптомы.
- Симптомы появляются в первые минуты воздействия стрессора и исчезают через несколько часов, максимум через 2-3 суток.

F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

- ПТСР – это задержанная и/или длительная реакция на стрессовое событие чрезвычайно угрожающего или катастрофического характера.
- Основные признаки ПТСР:
 - повторное переживание травмы во сне или в мысленно повторяемых и назойливых мыслях (“стоп-кадрах”);
 - эмоциональное оцепенение, как например чувство отделенности от других;
 - симптомы вегетативного гипервозбуждения, такие как раздражительность и избыточная реакция испуга, бессонница.
- Обычно присутствует страх и уклонение от напоминаний о первоначальной травме.
- Тревога и депрессия обычно совмещаются с указанными выше симптомами.
- Чрезмерное употребление алкоголя и наркотиков может быть осложняющим фактором.
- Расстройство начинается вслед за травмой с латентным периодом от нескольких недель до месяцев, но редко больше полугода.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)



Клиническое лечение ПТСР

- Фармакологический подход:
 - антидепрессанты;
 - краткосрочный прием бензодиазепинов;
 - стабилизаторы настроения (carbamazepine, valproate);
 - антипсихотики.
- Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ).
- Групповая и семейная психотерапия.

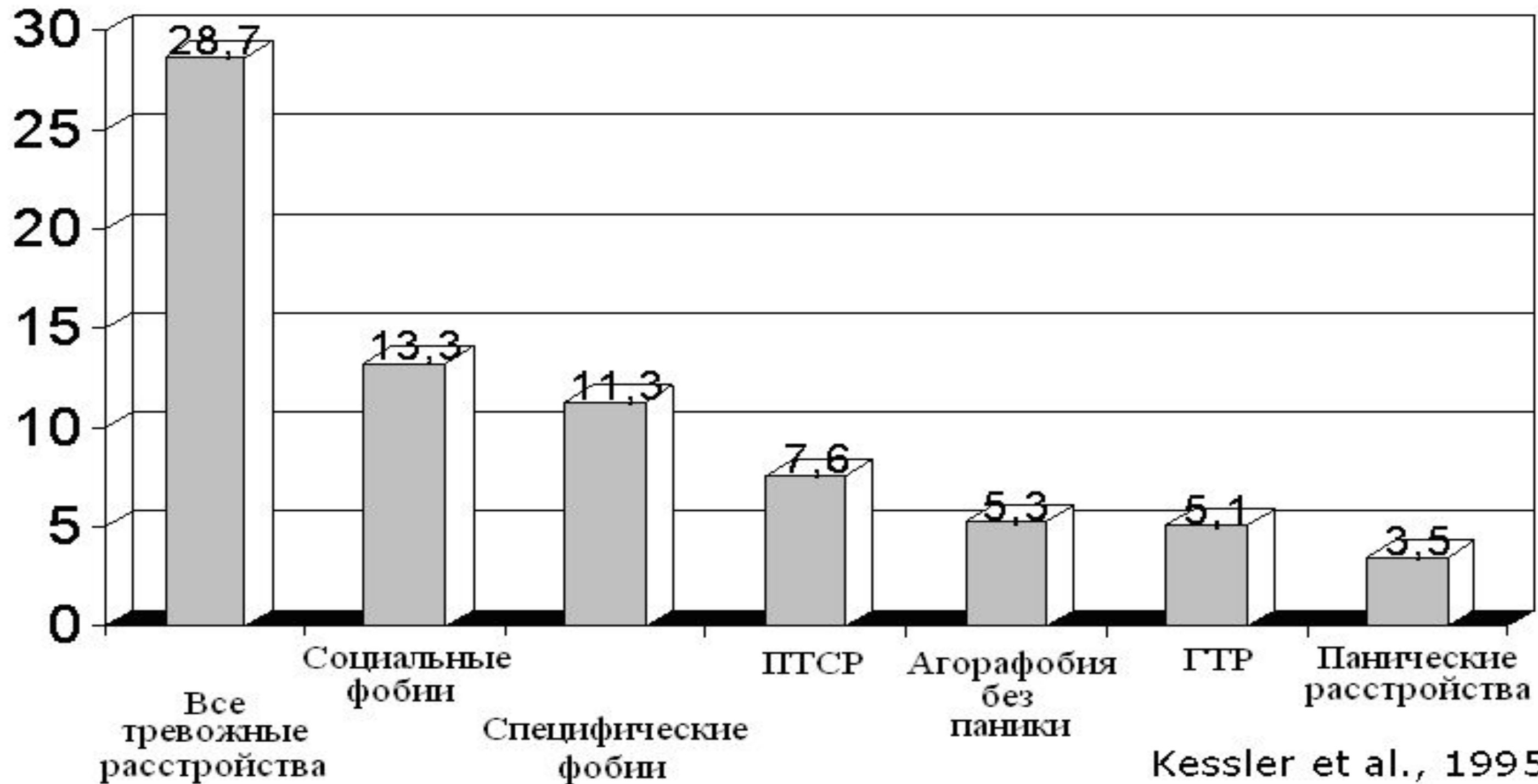
F43.2 **Расстройства адаптации**

- Расстройство адаптации – состояния субъективного дистресса и эмоционального расстройства, возникающие в период адаптации к существенным изменениям в жизни или к последствиям стрессового события, например тяжелой физической болезни, тяжелой потери или развода, миграции или получения статуса беженца.
- Клиническая картина:
 - подавленное настроение;
 - бессонница;
 - тревога;
 - ощущение неспособности справиться с имеющимися проблемами, строить планы на будущее;
 - некоторая неспособность к исполнению ежедневных рутинных обязанностей.
- Начало – в пределах 1 месяца после стрессового события; длительность – до 6 месяцев.
- Чаще страдают женщины, неженатые и молодые люди.
- Лечение:
 - психотерапия;
 - кратковременный прием бензодиазепинов, снотворных.

Эпидемиология

Распространенность на протяжении жизни

(%)



ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство;
ГТР – генерализованное тревожное расстройство.

F44 Диссоциативные [конверсионные] расстройства

- Для диссоциативных расстройств характерна частичная или полная утрата нормальной интеграции между памятью на прошлое, осознанием самоидентичности, непосредственными ощущениями и контролем над движениями тела.
- Для диссоциативных состояний характерны внезапное начало и окончание.
- Термина “конверсионная истерия” следует избегать, потому что он может быть воспринят как оскорбительный.

F44 Диссоциативные [конверсионные] расстройства

F44.0 Диссоциативная амнезия

F44.2 Диссоциативный ступор

F44.3 Транс и состояния овладения

F44.0 Диссоциативная амнезия

- Диссоциативная амнезия – потеря памяти, обычно на важное недавнее событие, которая не обусловлена органическим психическим расстройством и слишком обширна, чтобы ее можно было объяснить обычной забывчивостью или усталостью.
- Амнезия сосредоточена на травматических событиях (несчастные случаи, участие в боевых действиях, неожиданная тяжелая утрата близких), обычно является частичной или селективной.
- Амнезия обычно развивается внезапно и может длиться от нескольких минут до нескольких дней.
- Дифференциальный диагноз:
 - органическая диссоциативная амнезия;
 - симуляция.

F44.2 Диссоциативный ступор

- Диссоциативный ступор – сокращение или полное отсутствие произвольных движений и нормального реагирования на внешние раздражители, такие как свет, шум, прикосновение.
- Признаки:
 - значительная неподвижность (в положении сидя или лежа) в течение длительных периодов времени;
 - полное отсутствие речи и спонтанных, целенаправленных движений;
 - нормальный мышечный тонус, статическая поза и дыхание сохранены;
 - часто отмечаются и координированные движения глаз.
- Наличие в анамнезе недавних стрессовых событий, чрезвычайных межличностных или социальных проблем.

F44.3 Транс и состояния овладения

- Характеризуется временной потерей как чувства личной идентичности, так и полного осознания окружающей действительности.
- Состояние овладения – человек может действовать так, как если бы им овладело другое лицо, дух, божество или “сила”.
- Транс – неконтролируемые сознанием, внушенные, повторяемые комплексы необычных движений, поз и высказываний.



Этот рисунок французского художника Жанрона воспроизводит сцену прорицания в Дельфийском оракуле. В центре – впавшая в транс прорицательница пифия, рядом с ней – девы-помощницы и те, кто пришел за советом. Пифия вдыхала дым от костра из еловых дров, в который подмешивали ладан, опий, белену и другие галлюциногенные снадобья. Её высказывания, подчас невразумительные, жрецы затем облекали в стихотворную форму.



Диссоциативные расстройства движений и ощущений

F44.4 Диссоциативные расстройства моторики

F44.5 Диссоциативные судороги

**F44.6 Диссоциативная анестезия и потеря
чувственного восприятия**

**F44.7 Смешанные диссоциативные (конверсионные)
расстройства**

- Характеризуется потерей движений или препятствием движениям, или потерей ощущений (обычно кожных).

- **F44.80 Синдром Ганзера** – „приблизительные” или грубо неверные ответы.
- **F44.81 Расстройство множественной личности** – очевидное существование в человеке двух или более разных личностей, причем лишь одна из них проявляется в определенный момент. Каждая личность является целостной, с собственными воспоминаниями, поведением и преобладающими желаниями, но ни одна из них не имеет доступа к воспоминаниям другой, и обе почти никогда не подозревают о существовании друг друга. Переход от одной личности к другой обычно является внезапным и связан с травматическими событиями.

F45 Соматоформные расстройства

- Соматоформные расстройства – множественные, повторяющиеся и частые соматические жалобы, не связанные с каким-либо соматическим расстройством, с постоянным требованием провести медицинское обследование.
- Типичной является медицинская история многократных контактов с первичной помощью и специализированными учреждениями здравоохранения, прежде чем пациент был направлен к психиатру.
- Характеристики соматоформных расстройств:
 - соматические жалобы относительно многих болезней без связи с серьезным расстройством органа;
 - психологические проблемы и конфликты, которые являются важными в возникновении, обострении и поддержании расстройства.

F45 Соматоформные расстройства

F45.0 Соматизированное расстройство

F45.2 Ипохондрическое расстройство

F45.3 Соматоформная вегетативная дисфункция

F45.4 Хроническое соматоформное болевое расстройство

F45.0 Соматизированное расстройство

- Характеризуется наличием:
 - многочисленных и разнообразных соматических симптомов, для которых не было найдено никакого адекватного физического объяснения, в течение как минимум 2 лет;
 - упрямого отказа принять советы или заверения нескольких врачей об отсутствии физического объяснения для имеющихся симптомов;
 - некоторого ухудшения социального и семейного функционирования.
- Течение соматизированного расстройства – хроническое, рецидивное, начинающееся в юности или зрелом возрасте.
- Течение характеризуется появлением новых симптомов во время эмоционального дистресса.
- Типичные эпизоды длятся от 6 до 9 месяцев; бессимптомный период – от 9 до 12 месяцев.

F45.2 Ипохондрическое расстройство

- **Характеризуются:**
 - постоянной озабоченностью и страхом развития или наличия одной или нескольких серьезных и прогрессирующих соматических болезней;
 - настойчивыми жалобами на соматические проблемы или постоянной обеспокоенностью своим внешним видом;
 - страхом, основанным на неправильном толковании соматических симптомов и ощущений.
 - отсутствием соматического расстройства при объективном исследовании с сохранением страха и убежденности в наличии болезни, невзирая на заверения.
- Течение обычно длительное, с эпизодами, продолжающимися в течение нескольких месяцев или лет. Часто случаются рецидивы после психосоциального дистресса.
- Характерен решительный отказ пациентов от помощи профессиональных психиатров и предпочтение наблюдения в первичном звене здравоохранения.

Дифференциальный диагноз между:

- органическим заболеванием;
- соматизированным расстройством;
- симуляцией.

F45.3 Соматоформная вегетативная дисфункция

Характеризуется наличием:

- постоянно беспокоящих симптомов вегетативного возбуждения (сердцебиение, потливость, дрожь, покраснение);
- дополнительных субъективных симптомов, относящихся к специфическому органу или системе, которые в значительной мере или полностью контролируются вегетативной иннервацией, то есть сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, дыхательной и мочеполовой системой;
- озабоченности симптомами и возможностью серьезного (часто неспецифического) расстройства, несмотря на повторяющиеся объяснения и заверения врачей об отсутствии существенного нарушения структуры или функции системы или органа;
- во многих случаях психологического стресса или текущих проблем, связанных с расстройством.

F45.4 Хроническое соматоформное болевое расстройство

- Доминирующий симптом – постоянная жестокая и нестерпимая боль, которую нельзя полностью объяснить физиологическим процессом соматической болезни.
- Боль возникает в связи с эмоциональными конфликтами или психосоциальными проблемами.
- Выраженность хронической боли может варьировать для разных лиц и культур.
- Пациент не симулирует, жалобы на интенсивность боли искренние.
- Включает: психалгию, психогенную боль в пояснице или головную боль, кардиалгию и пр.

F48.0 Неврастения

Существуют два основных типа неврастении.

1. Гиперстеническая форма:

- повышенная утомляемость при умственной работе;
- снижение профессиональной продуктивности;
- ухудшение способности справляться с решением повседневных задач.

2. Гипостеническая форма:

- физическая слабость и истощение при малейшем усилии, сопровождающиеся мышечной болью;
- неспособность к расслаблению.

Общие признаки:

- неприятные физические ощущения, в частности головокружение, головные боли, напряжение и чувство общей неустойчивости;
- озабоченность в связи с умственным и соматическим неблагополучием;
- раздражительность;
- ангедония – неспособность переживать наслаждение;
- подавленное настроение и тревога;
- нарушение сна.



Ангедония



Ангедония

F48.1 Синдром деперсонализации-дереализации

Характеризуется:

- жалобами на ощущение качественной измененности психической деятельности, тела или окружения, в результате чего они кажутся нереальными, незнакомыми или неестественными;
- потерей эмоциональности и чувством отчужденности от собственных мыслей, своего тела либо от реального мира;
- осознанием нереальности всех этих изменений;
- сохранением в пределах нормы сферы восприятия, как и способности к выражению эмоций.



Борис Кустодиев. *Большевик*. 1920 г.

Благодарю за внимание!



Какие будут вопросы?