



# Диссоциативные (конверсионные) расстройства

Выполнил: Корилов Е.Ю.

- **Диссоциация** — психический процесс, относимый к механизмам психологической защиты. В результате работы этого механизма человек начинает воспринимать происходящее с ним так, будто оно происходит не с ним, а с кем-то посторонним. Такая «диссоциированная» позиция защищает от избыточных, непереносимых эмоций.
- Термин «диссоциация» был предложен в конце XIX века французским психологом и врачом П. Жане, который заметил, что комплекс идей может отщепляться от основной личности и существовать независимо и вне сознания (но может быть возвращён в сознание с помощью гипноза).

Диссоциация — довольно распространённая, хотя и не применяемая большинством людей в обычных условиях защита. Люди, испытавшие на себе работу этого механизма, обычно описывают диссоциированное состояние фразами вроде: «как будто это происходило не со мной». В некоторых случаях человек может настолько диссоциироваться от себя, что начинает как бы видеть себя со стороны, вплоть до ощущения выхода из тела.

- **Как адаптивный процесс**
  - Диссоциация в норме — реакция на психологическую травму, на сильное негативное переживание в условиях, требующих эмоциональной собранности и контроля над собственными действиями. Переходя к восприятию событий своей жизни как бы со стороны, человек получает возможность трезво оценивать их и реагировать с холодным расчётом.
- 

- **Как защитный механизм**

- Хотя адаптивная функция диссоциации сама по себе является защитной, этот механизм может применяться некоторыми людьми для защиты не только от действительно сложных и опасных ситуаций, требующих немедленной трезвой оценки, но и от просто эмоционально невыносимых событий.
- Люди с повышенной чувствительностью к негативным эмоциям могут диссоциировать в самых обычных для других людей ситуациях, требующих от них эмоционального вовлечения. Такие люди с трудом налаживают эмоциональный контакт, кажутся исключительно холодными и хладнокровными. Обеспечивая способность «трезво» оценить любую ситуацию, диссоциация зачастую блокирует возможность адекватно оценить эмоциональную её составляющую. Особенно склонны диссоциировать люди, неоднократно перенёсшие (особенно в детстве) тяжёлую [психологическую травму](#): подвергавшиеся [насилию](#), пережившие катастрофу и т. п.

Общие признаки, которые характеризуют диссоциативные и конверсионные расстройства, заключаются в частичной или полной потере нормальной интеграции между памятью на прошлое, осознании идентичности и непосредственных ощущений, с одной стороны, и контролировании движений тела, с другой.

Обычно существует значительная степень сознательного контроля над памятью и ощущениями, которые могут быть выбраны для непосредственного внимания, и над движениями, которые надо выполнить. Предполагается, что при диссоциативных расстройствах этот сознательный и элективный контроль нарушен до такой степени, что он может меняться от дня ко дню и даже от часа к часу. Степень потери функции, находящейся под сознательным контролем, обычно трудно оценить.

Часто можно делать предположения и интерпретации относительно индивидуальных способов преодоления непереносимого стресса, но концепции, выводящиеся из частных теорий, таких как "бессознательная мотивация" и "вторичная выгода", не включены в число диагностических указаний или критериев.

Начало и окончание диссоциативных состояний часто внезапны, но они редко наблюдаются за исключением специально разработанных способов взаимодействия или процедур, таких как гипноз. Изменение или исчезновение диссоциативного состояния может ограничиваться длительностью этих процедур.

Все типы диссоциативных расстройств имеют тенденцию к ремиттированию спустя несколько недель или месяцев, особенно, если их возникновение было связано с травматическим жизненным событием. Могут развиваться иногда более постепенно и более хронические расстройства, особенно параличи и анестезии, если начало связано с неразрешимыми проблемами или расстроеными межперсональными взаимосвязями. Диссоциативные состояния, которые сохранялись в течение 1-2 лет перед обращением к психиатру, часто резистентны к терапии.

Пациенты с диссоциативными расстройствами обычно отрицают проблемы и трудности, которые очевидны для других. Любые проблемы, которые распознаются ими, приписываются больными диссоциативным симптомам. Деперсонализация и дереализация сюда не включаются, поскольку при них обычно нарушаются лишь ограниченные аспекты личностной идентичности, и потери продуктивности в ощущениях, памяти или движениях при этом нет.

# Общие диагностические указания:

Для достоверного диагноза должны быть:

- а) наличие клинических признаков, изложенных для отдельных расстройств в F44.-;
- б) отсутствие какого-либо физического или неврологического нарушения, с которым могли бы быть связаны выявленные симптомы;
- в) наличие психогенной обусловленности в форме четкой связи по времени со стрессовыми событиями или проблемами или нарушенными взаимоотношениями (даже если она отрицается больным).

При наличии известных расстройств центральной или периферической нервной системы диагноз диссоциативного расстройства должен устанавливаться с большой осторожностью. При отсутствии данных о психологической обусловленности диагноз должен быть временным, и следует продолжать исследование физических и психологических аспектов.

## F44.0 Диссоциативная амнезия

Основной признак потеря памяти, обычно на недавние важные события. Она не обусловлена органическим психическим заболеванием и слишком выражена, чтобы быть объясненной обычной забывчивостью или усталостью. Амнезия обычно фокусируется на травматических событиях, таких как несчастные случаи или неожиданная потеря близких, обычно она является парциальной и селективной.

Генерализованность и полнота амнезии часто варьируют день ото дня и при оценке разными исследователями, но постоянным общим признаком является невозможность вспомнить в состоянии бодрствования. Полная и генерализованная амнезия является редкой и обычно представляет собой проявление состояния фуги (F44.1). В этом случае она должна быть классифицирована в качестве таковой

Аффективные состояния, которые сопровождают амнезию, очень разнообразны, но тяжелая депрессия является редкой. Могут быть очевидными растерянность, дистресс и разные степени поведения, направленного на поиск внимания, но иногда бросается в глаза позиция спокойной примиренности. Чаще всего заболевают в молодом возрасте, причем самые крайние проявления обычно имеют место у мужчин, подверженных стрессу сражений. У пожилых неорганические диссоциативные состояния являются редкими. Может наблюдаться бесцельное бродяжничество, обычно сопровождающееся гигиенической запущенностью и редко продолжающееся более одного-двух дней.

# Дифференциальный диагноз:

При органических психических расстройствах обычно имеются другие признаки нарушения нервной системы, что сочетается с явными и согласующимися с ними признаками помрачения сознания, дезориентировки и колебания осознания. Потеря памяти на совсем недавние события более характерна для органических состояний, безотносительно к каким-либо травматическим событиям или проблемам.

Алкогольные или наркоманийные палимпсесты по времени тесно связаны со злоупотреблением психоактивными веществами, и утраченная память не может быть восстановлена. Потеря краткосрочной памяти при амнестическом состоянии (синдроме Корсакова), когда непосредственное воспроизведение остается нормальным, но утрачивается через 2-3 минуты, не обнаруживается при диссоциативной амнезии.

- Амнезия после сотрясения или серьезной травмы мозга обычно является ретроградной, хотя в тяжелых случаях может быть и антероградной;
- диссоциативная амнезия обычно преимущественно ретроградная. Только диссоциативная амнезия может модифицироваться гипнозом. Амнезия после припадков у больных эпилепсией и при других состояниях ступора или мутизма, обнаруживаемая иногда у больных шизофренией или депрессией, обычно может дифференцироваться за счет других характеристик основного заболевания.

Диагностические указания:

Для достоверного диагноза требуются:

- а) амнезия, парциальная или полная, на недавние события травматической или стрессовой природы (эти аспекты могут выясниться при наличии других информантов);
- б) отсутствие органических расстройств мозга, интоксикации или чрезмерной усталости.

## F44.1 Диссоциативная фуга

- **Диссоциативная фуга** (от [лат. fuga](#) — «бегство») — болезнь, характеризующаяся внезапным, но целенаправленным переездом в незнакомое место, после чего больной полностью забывает всю информацию о себе, вплоть до имени. Память на универсальную информацию (литература, науки и т. д.) сохраняется. Сохраняется и способность запоминать новое. Во всех остальных отношениях, кроме [амнезии](#), больной ведёт себя нормально.
- Больные в состоянии фуги могут придумать себе другое имя и биографию и не знать, что они больны. Они могут найти другую работу (обычно никак не связанную с прежней) и вести внешне нормальную жизнь.

# Критерии

- а) признаки диссоциативной амнезии (F44.0);
- б) целенаправленное путешествие вне пределов обычной повседневности (дифференциация между путешествием и блужданием должна проводиться с учетом местной специфики
- в) поддержание ухода за собой (питание, умывание и пр.) и несложное социальное взаимодействие с незнакомыми людьми (например, больные покупают билеты или бензин, спрашивают как проехать, заказывают еду).

17 января 1887 года священник Ансел Бурн из Грина, штат Род-Айленд, снял со своего счёта в банке в Провиденсе \$551, которые он должен был уплатить за участок земли в Грине, оплатил несколько счетов и сел в конный экипаж, направлявшийся в Потакет. Это было последнее событие, которое он помнит. В этот день он не вернулся домой, и о нём ничего не было слышно в течение двух месяцев.

Утром 14 марта в Норристауне, штат Пенсильвания, человек, называвший себя А. Дж. Брауном, который шестью неделями раньше взял в аренду небольшой магазин, заполнил его канцелярскими принадлежностями, кондитерскими изделиями, фруктами, мелкими товарами и вёл всё это время скромную торговлю, не давая повод окружающим заметить что-то необычное, проснулся в испуге, позвал соседей по дому и попросил их сказать ему, где он находится. Он сообщил, что его зовут Ансел Бурн, что ему ничего неизвестно о Норристауне, что он ничего не понимает в торговле и последнее, что он помнит, — ему казалось, это было только вчера, — это то, как он брал деньги в банке в Провиденсе... Он был очень слаб, по-видимому, потеряв в весе более 20 фунтов за время своей эскапады, и пришёл в такой ужас от мысли о кондитерском магазине, что отказался там больше появляться (James, 1890, p. 391—393).

## Г44.2 Диссоциативный ступор

Поведение больного отвечает критериям ступора, но осмотр и обследование не выявляют его физической обусловленности. Как и при других диссоциативных расстройствах, дополнительно обнаруживается психогенная обусловленность в форме недавних стрессовых событий или выраженных межперсональных или социальных проблем.

Ступор диагностируется на основании резкого снижения или отсутствия произвольных движений и нормальных реакций на внешние стимулы, такие как свет, шум, прикосновение. Длительное время больной лежит или сидит по существу неподвижно. Полностью или почти полностью отсутствуют речь и спонтанные и целенаправленные движения.

Хотя может присутствовать некоторая степень нарушения сознания, мышечный тонус, положение тела, дыхание, а иногда и открывание глаз и координированные движения глаз таковы, что становится понятным, что больной не находится ни в состоянии сна, ни в бессознательном состоянии.

## Диагностические указания:

Для достоверного диагноза должны быть:

- а) вышеописанный ступор;
- б) отсутствие физического или психического расстройства, которое могло бы объяснить ступор;
- в) сведения о недавних стрессовых событиях или текущих проблемах.

# Дифференциальный диагноз:

Диссоциативный ступор следует дифференцировать от кататонического, депрессивного или маниакального. Ступору при кататонической шизофрении часто предшествуют симптомы и поведенческие признаки, предполагающие шизофрению.

Депрессивный и маниакальный ступор развиваются относительно медленно, поэтому решающее значение могут иметь сведения, полученные от других информантов. В связи с широким распространением терапии аффективного заболевания на ранних стадиях депрессивный и маниакальный ступор встречаются во многих странах все реже

## F44.3 Транс и одержимость

Расстройства, при которых имеется временная потеря как чувства личностной идентичности, так и полного осознания окружающего. В некоторых случаях отдельные поступки управляются другой личностью, духом, божеством или "силой". Внимание и осознание могут ограничиваться или фокусироваться на одномдвух аспектах из непосредственного окружения и часто наблюдается ограниченный, но повторяющийся набор движений, лоз и высказываний.

Сюда должны включаться только те трансы, которые являются непроизвольными или нежелательными и затрудняют повседневную деятельность за счет того, что возникают или сохраняются и вне рамок религиозных или других культурально приемлемых ситуаций.

Сюда не должны включаться трансы, развивающиеся в течение шизофрении или острых психозов с бредом и галлюцинациями, или расстройства множественной личности. Эту категорию не следует использовать и в тех случаях, когда предполагается, что состояние транса тесно связано с любым физическим расстройством (таким как височная эпилепсия или черепно-мозговая травма) или интоксикацией психоактивными веществами.

## F44.4 - F44.7 Диссоциативные расстройства движений и ощущений

При этих расстройствах имеются потеря или затруднения движений или утрата ощущений (обычно кожной чувствительности). Поэтому больной представляется страдающим от физического заболевания, хотя таковое, объясняющее возникновение симптомов, не может быть обнаружено. Симптомы часто отражают представления больного о физическом заболевании, что может находиться в противоречии с физиологическими или анатомическими принципами

- В разных случаях степень нарушения продуктивности, вытекающая из всех этих типов расстройств, может варьировать в зависимости от количества и состава присутствующих людей и эмоционального состояния больного.
- Другими словами, помимо основной и неизменной потери чувствительности и движений, которая не находится под произвольным контролем, в той или иной мере может отмечаться поведение, направленное на привлечение внимания

- У некоторых больных симптоматика развивается в тесной связи с психологическим стрессом, у других эта связь не обнаруживается. Спокойное принятие тяжелого нарушения продуктивности ("красивое равнодушие") может бросаться в глаза, но не является обязательным; оно обнаруживается и у хорошо адаптированных лиц, перед которыми встает проблема явного и тяжелого физического заболевания.

- Обычно обнаруживаются преморбидные аномалии личностных взаимосвязей и личности; причем физическое заболевание, с симптоматикой напоминающей таковую у больного, может иметь место у близких родственников и друзей.
- Легкие и транзиторные варианты этих расстройств часто наблюдаются в подростковом возрасте, особенно у девочек, но хронические варианты обычно встречаются в молодом возрасте. В отдельных случаях устанавливается рецидивирующий тип реакции на стресс в виде этих расстройств, который может проявляться в среднем и пожилом возрасте.

- Сюда включаются расстройства лишь с потерей чувствительности, тогда как расстройства с дополнительными сенсациями, такими как боль, или другими сложными сенсациями, в формировании которых участвует вегетативная нервная система, помещены в рубрику соматоформных расстройств (F45.-).

# Дифференциальный диагноз:

- От диссоциативных расстройств движений и ощущений следует отличать начальные стадии прогрессирующих неврологических расстройств, особенно рассеянного склероза и системной красной волчанки. Особенно трудную проблему представляют больные, у которых реакция на начальные проявления рассеянного склероза проявляется дистрессом и поведением, направленным на привлечение внимания; прежде чем диагностические решения станут ясными, здесь может потребоваться относительно долгий период для оценок и наблюдения.

# F44.4 Диссоциативные двигательные расстройства

- Самым частым вариантом диссоциативного расстройства моторики является утрата способности к движению конечности или ее части или к движению конечностей. Паралич может быть полным или частичным, когда движения слабы или замедленны.
- Могут проявляться различные формы и степени нарушения координации (атаксия), особенно в ногах, что обуславливает вычурную походку или неспособность стоять без посторонней помощи (астазия-абазия). Может иметь место преувеличенное дрожание одной или более конечностей или всего тела. Сходство может быть близким с почти любым вариантом атаксии, апраксии, акинезии, афонии, дизартрии, дискинезии или паралича

## F44.5 Диссоциативные конвульсии

- Диссоциативные судороги (псевдоприпадки) могут очень точно двигательно имитировать эпилептические припадки, но при диссоциативных судорогах нет прикусывания языка, тяжелых кровоподтеков в связи с падениями и испускания мочи, потеря сознания отсутствует или имеют место состояния ступора или транса.

# F44.6 Диссоциативная анестезия или потеря чувственного восприятия

- Области кожной анестезии часто имеют такие границы, что становится ясным, что они скорее отражают представления больного о телесных функциях, нежели находятся в соответствии с медицинскими знаниями. Могут быть изолированные потери в сферах чувств, которые не могут обуславливаться неврологическими повреждениями.
- Утрата чувственного восприятия может сопровождаться жалобами на парестезии. Потеря зрения при диссоциативных расстройствах редко бывает тотальной и при нарушениях зрения чаще речь идет об утрате остроты зрения, его общей неясности или о "сужении поля зрительного восприятия". Вопреки жалобам на потерю зрения часто удивительно хорошо сохраняются общая подвижность больного и его моторная продуктивность. Гораздо реже, чем потеря чувствительности или зрения, встречаются диссоциативная глухота и anosmia.

# F44.80 Синдром Ганзера

- Синдром Ганзера – Впервые был выявлен немецким [психиатром](#) С. Ганзером в 1897 году при обследовании пациентов, находящихся в условиях тюремного заключения, поэтому известен под названиями «тюремный психоз» и «тюремный синдром». При синдроме Ганзера больные имитируют тяжелое психическое расстройство, однако такая имитация не является симуляцией. Пациенты искренне убеждены в наличии заболевания, добросовестно сотрудничают с врачом, соглашаются на осмотр опытными специалистами, прохождение комиссии и т. д.

- Самыми яркими проявлениями синдрома Ганзера являются мимоговорение и мимодействия. Мимоговорение проявляется в заведомо нелепых, абсурдных ответах на самые простые вопросы. Например, больной не может правильно ответить, сколько пальцев у него на руке. Мимодействия встречаются реже мимоговорения и проявляются в неправильных действиях в ответ на элементарные указания. Например, пациент поднимает руку вместо ноги, пытается надеть рубашку на ноги, а брюки – на руки. При исследовании кожной чувствительности больной с синдромом Ганзера не реагирует на холод, тепло и болевые раздражители (укол булавкой)

- Ориентировка в окружающем нарушена, связь с внешним миром резко ограничена, восприятие реальности затруднено. Пациент полностью сосредоточен на узком круге проблем. Возникают аффективные нарушения, наблюдаются колебания от тревоги и страха к радости и оптимизму. При синдроме Ганзера также могут выявляться галлюцинаторные расстройства. Галлюцинации преимущественно зрительные, как правило, связанные с реальной ситуацией, нередко устрашающие. Носят сценopodobный характер, могут включать в себя судебные заседания, чтение приговора и т. п

- При синдроме Ганзера возможны кратковременные приступы экстравагантного поведения с имитацией тяжелых психических расстройств, например, [шизофрении](#). Больной может выглядеть растерянным, рассказывать о своем величии и исключительном положении, лгать о галлюцинациях и имитировать амнезию, например, утверждать, что он не помнит, где родился или как провел последний месяц. Симптомы синдрома Ганзера обычно сохраняются в течение нескольких суток, после выхода из сумеречного состояния наблюдается амнезия.

- Диагноз устанавливается на основании анамнеза и опроса пациента. Отличительными признаками синдрома Ганзера являются явная связь с типичной психотравмирующей ситуацией (обычно – тюремным заключением) и характерная клиническая картина с мимоговорением и мимодействиями. Дифференциальный диагноз синдрома Ганзера проводят с кататонической шизофренией, псевдодеменцией, пуэрилизмом и патологическими состояниями, обусловленными органическим поражением головного мозга.

# Г44.81 Расстройство множественной личности

Диссоциативное расстройство идентичности (также используются диагнозы расстройство множественной личности, раздвоение личности, расщепление личности) — очень редкое психическое расстройство из группы диссоциативных расстройств, при котором личность человека разделяется, и складывается впечатление, что в теле одного человека существует несколько разных личностей (или, в другой терминологии, *эго-состояний*). При этом в определённые моменты в человеке происходит «переключение», и одна личность сменяет другую. Эти «личности» могут иметь разный пол, возраст, национальность, темперамент, умственные способности, мировоззрение, по-разному реагировать на одни и те же ситуации<sup>151</sup>. После «переключения» активная в данный момент личность не может вспомнить, что происходило, пока была активна другая личность.

Диссоциация характеризуется дезинтеграцией Эго. С точки зрения психологии, целостность Эго при этом может быть определена как способность человека успешно инкорпорировать внешние события или социальные переживания в своё восприятие и затем действовать в постоянной манере во время таких событий или социальных ситуаций. Предполагается, что человек (ребёнок), неспособный успешно с этим справиться, может испытывать как эмоциональную дисрегуляцию, так и потенциальный коллапс эго-целостности — состояние эмоциональной дисрегуляции в некоторых случаях может быть столь интенсивным, что может форсировать дезинтеграцию Эго.

Различие между психотическим проявлением и диссоциативным проявлением, по мнению многих психологов, заключается в том, что, хотя переживающий диссоциацию человек и отрывается мысленно от травмирующей ситуации, которую он не может контролировать, некоторая часть сознания этого человека всё же остаётся связанной с реальностью. При психотической же реакции разрыв полный. И поскольку человек, испытывающий диссоциацию, полностью не отрывается от реальности, он, согласно этой теории, в некоторых случаях может создать внутри себя другую личность, которая могла бы лучше справиться с данной ситуацией.

# Критерии

- А. Существование двух или более различных личностей внутри индивида, но только одна присутствует в данное время.
- В. Каждая личность имеет собственную память, предпочтения и особенности поведения и временами (периодически) захватывает полный контроль над поведением индивида.
- С. Имеется неспособность вспомнить важную для личности информацию, что по масштабам превосходит обычную забывчивость.
- D. Симптомы не обусловлены органическими психическими расстройствами (F0) (например, эпилепсией) или расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ (F1) (например, интоксикацией или отменой).

- Некоторые психологи и психиатры считают, что диссоциативное расстройство идентичности имеет [ятрогенный](#) или надуманный характер, или утверждают, что случаи истинной множественной личности очень редки и большинство задокументированных случаев следует рассматривать в качестве ятрогенных.
- Критики модели диссоциативного расстройства личности утверждают, что диагноз состояния множественной личности — это феномен, в большей степени характерный для англоговорящих стран. До 1950-х годов случаи раздвоения личности и множественной личности описывались и лечились как редкость в [Западном мире](#)<sup>[18]</sup>. В [1957 году](#) публикация книги «[Три лица Евы](#)» ([англ.](#) «*The Three Faces of Eve*») и позднее выход одноимённого фильма способствовали росту публичного интереса к феномену множественных личностей. В [1973 году](#) издаётся впоследствии [экранизированная](#) книга «Сибил» ([англ.](#) «*Sybil*»), описывающая жизнь женщины с расстройством множественной личности. Однако сам диагноз «расстройство множественной личности» не был включён в «Диагностический и статистический справочник психических расстройств» вплоть до [1980 года](#). В период с [1980-х](#) по [1990-е](#) количество зарегистрированных случаев расстройства множественной личности возросло до двадцати—сорока тысяч

Все мы стали иначе воспринимать мир. Оказываясь в разных местах мы заново давали всему оценку.

