

Психогенные заболевания – это различные расстройства психической деятельности, включающие острые и затяжные психозы, психосоматические нарушения, неврозы, аномальные реакции (патохарактерологические и невротические) и психогенное развитие личности, возникающие под влиянием психической травмы или в психотравмирующей ситуации.

Реактивные психозы - психические нарушения психотического уровня, которые возникают вследствие воздействия сверхсильных потрясений, эмоционально значимых для личности психических травм.

В «психологическую защиту» входят специфические приемы переработки переживаний, нейтрализующие их патогенное влияние. **Психологическая защита является нормальным повседневным психологическим механизмом**, играющим большую роль в сопротивлении организма болезни и способным предотвращать дезорганизацию психической деятельности.

Общим признаком всех психогенных расстройств является обусловленность их аффективным психогенным состоянием.

Триада Ясперса

1. Психические расстройства возникают после психической травмы, т.е., имеется чёткая временная связь между этими явлениями.
2. Течение психических расстройств имеет обратимый характер. Чем дальше по времени отстоит психическая травма, тем более заметно ослабление признаков психических расстройств и затем чаще всего наступает полное выздоровление.
3. Существует психологически понятная связь между содержанием психической травмы и содержанием болезненных переживаний.

При аномальном развитии, связанном с психотравмой личность утрачивает свои собственные ей качества, способствующие ее адаптации к окружающей среде.

Аффективно-шоковые реакции

Это кратковременные психотические состояния, возникающие в ситуациях, остро угрожающих жизни. Они характеризуются переживанием ужаса, отчаяния, глубоким аффективно-суженным состоянием сознания, из-за чего утрачивается контакт с окружающими, двигательными и вегетативными расстройствами. Воспоминания об этом периоде не сохраняются.

- Гипокинетический вариант характеризуется внезапно возникшей двигательной заторможенностью, достигающей в ряде случаев полной обездвиженности (аффектогенный ступор). Больные не воспринимают окружающее, на лице у них выражение страха, глаза широко открыты, кожные покровы бледные и покрыты холодным потом, наблюдаются непроизвольное мочеиспускание, дефекация.
- Гиперкинетический вариант отличается острым психомоторным возбуждением — «двигательной бурей». Больные бесцельно мечутся, стремятся куда-то бежать, движения хаотичны, нецеленаправленны. На лице выражение ужаса, часто издают нечленораздельные звуки, кричат, рыдают. Состояние сопровождается выраженными вегетативными реакциями тахикардией, потливостью, бледностью или гиперемией кожных покровов, непроизвольными мочеиспусканием и дефекацией.

Продолжительность аффективно-шоковых реакций — от нескольких минут до нескольких часов, реже дней.

Истерические (диссоциативные)

ПСИХОЗЫ

- **Психогенный ступор** проявляется в виде неподвижности, негативизма, сопровождается отказом от пищи. Внешне напоминает кататонию, но отличается показным характером поведения. **Главное отличие от кататонического ступора заключается в благоприятном исходе при перемене ситуации.**
- Психогенный субступор: больные заторможены, но без полного оцепенения. Сохраняется способность двигаться, выполнять элементарные действия. Речь резко ограничена. Лицо имеет скорбное или безразличное выражение.
- **Истерические (диссоциативные) двигательные нарушения** проявляются в виде истерических припадков, параличей и т.д.
- **Синдром Ганзера** характеризуется признаками помрачения сознания с грубым по выраженности нарушением поведения, психомоторным возбуждением, неопрятностью. Выражение лица бессмысленное, злобное, поведение нелепое. Может развиваться **синдром «одичания»** - больные ведут себя как животные, ходят на четвереньках, подбирают несъедобные предметы с земли, мычат что-то непонятное.
- **Псевдодеменция (ложное слабоумие)** сопровождается нарушением сознания с утратой ориентировки в окружающем, характеризуется заторможенностью, будто бы выключением интеллектуальной деятельности. Они не узнают предметов и не могут ими пользоваться. Выражена пассивность, малоподвижность. Иногда отказываются ходить и стоять, падают, когда их ставят на ноги, впадают в состояние ступора. От еды они не отказываются. Типичной особенностью является контраст между неправильными ответами, поступками и действиями в простых обстоятельствах при одновременном сохранении сложных решений и действий.
- **Пуэрилизм (детское поведение):** больные начинают вести себя как маленькие дети. Внешне неуклюжи, плохо ориентируются в месте нахождения, выражение лица плаксивое, недовольное.

Реактивный параноид

- Предшествует период выраженной тревоги, беспокойства, «предчувствия несчастья». Затем остро возникает бред отношения, преследования, особого значения, сопровождающийся галлюцинациями. Наблюдается более или менее выраженное изменение сознания по типу аффективно-суженного.
- В бредовых идеях отражается содержание травмирующей ситуации. Бредовое поведение больного определяется особой трактовкой окружающего.
- Настроение тревожно-тоскливое с выраженным аффектом страха.
- На высоте психоза наблюдаются расстройства сна, который становится тревожным и поверхностным, с кошмарными сновидениями. Иногда по ночам возникают устрашающие зрительные галлюцинации.
- Возможны суицидальные тенденции, «чтобы избежать наказания».
- В формировании реактивного параноида играет значительную роль преморбидный склад личности больного.
- Болезнь может продолжаться от нескольких месяцев до года и более.
- Особую форму представляет **железнодорожный параноид**, где в

Реактивные депрессии

Наиболее частой психической травмой, приводящей к депрессии, является ситуация эмоционального лишения.

- Депрессивная симптоматика возникает обычно через несколько дней после известия о случившемся несчастье.
- В момент известия о трагическом событии у части больных наблюдаются кратковременные аффективно-шоковые реакции (гипо- и гиперкинетические).

Два варианта реактивной депрессии:

- открытая, все признаки депрессивного состояния;
- диссимулятивная, при которой отсутствуют активные жалобы на тоску, больные переживания не раскрывают, суицидальные мысли скрываются.

Варианты развития депрессивной симптоматики:

- чистая, или простая, депрессия,

Реактивные депрессии

- **При чистой, или простой, депрессии** нет аффективно-шоковой реакции, клиническая картина исчерпывается депрессивными расстройствами. Все переживания сконцентрированы на случившемся. Будущее рисуется в мрачных красках, возникают идеи самообвинения. Тоскливое настроение усиливается к вечеру и при оживлении воспоминаний о психотравме. Сопровождается вегетативными симптомами.
 - Наблюдается обычно у личностей, близких к гармоничным.
- **При истерическом варианте** депрессии аффект тоски бывает менее глубоким, сочетается с недовольством, раздражительностью и капризностью. Тоска сопровождается демонстративным поведением, театральностью, стремлением вызвать к себе сочувствие, могут обвинять окружающих в своих несчастьях. Идеи самообвинения отсутствуют или носят нарочитый характер. Могут наблюдаться истерические «стигмы», расстройства походки, блефароспазм, параличи, афония и др. Психогенные галлюцинации обычно яркие и сценopodobны.
 - Обычно наблюдается у лиц с чертами психического инфантилизма и истерическими акцентуациями.
- **При тревожной депрессии** наиболее часто наблюдаются аффективно-шоковые реакции гиперкинетического типа. Нарастающая депрессия сопровождается двигательным беспокойством, тревогой до ажитированных приступов отчаяния. Эти больные наиболее опасны в отношении совершения самоубийств.
 - Чаще возникает у лиц эмоционально неустойчивых или тревожно-

Этиология, патогенез, лечение

- Причиной реактивных психозов является психическая травма, однако все зависит не только от психической травмы, но и от ее значимости в данный момент для данного человека и от состояния нервной системы. Легче возникают болезненные состояния у людей, ослабленных соматическими болезнями, длительным недосыпанием, утомлением, эмоциональным напряжением.
- Если в бредовых расстройствах появляется иная фабула, не связанная с психической травмой, это дает основание заподозрить заболевание непсихогенной природы.
- При лечении реактивных психозов применяются антипсихотические средства в средних дозах в комбинации с антидепрессантами. По мере удаления по времени от психической травмы наблюдается разрешение депрессии, после чего снижается дозировка антидепрессантов. После исчезновения симптомов эмоционального угнетения антидепрессанты постепенно отменяют.
- Прогноз реактивных психозов обычно благоприятен.

Неврозы

- **Неврозы** — обратимые пограничные психические расстройства, обусловленные воздействием психотравмирующих факторов, протекающие с осознанием больным факта своей болезни, без нарушений отражения реального мира и проявляющиеся в основном психогенно обусловленными эмоциональными и соматовегетативными расстройствами.
- **Невротическое развитие личности** – полное выздоровление не наступает, патологические типы поведения больных становятся привычными.

Три основных невроза:

- астенический невроз (неврастения),
- истерический невроз,
- невроз навязчивых состояний.

Неврастения

- Вначале появляются вегетативные расстройства. Даже при небольшом волнении или лёгкой физической нагрузке возникает тахикардия, потливость, похолодание конечностей, исчезает сон, ухудшается аппетит. Гиперестезия в одних анализаторах может сочетаться с гипестезией в других. Остро может развиваться чувство голода, головная боль, усиливающаяся при волнении, при умственной нагрузке.
- На следующем этапе болезни появляются сенсомоторные расстройства, повышается чувствительность к ощущениям со стороны внутренних органов, присоединяются аффективные нарушения. При попытке выполнять прежние нагрузки усиливаются явления вегетативной дисфункции, сенсомоторных и аффективных расстройств, затруднения в интеллектуальной деятельности, сосредоточении внимания. Появляются раздражительность, недовольство собой и окружающим, слабость, чувство разбитости. Общение с друзьями на какое-то время отвлекает, затем начинает надоедать и раздражать.
- При длительном течении часто происходит расширение симптоматики.
- Различают два варианта неврастении:
 - невроз истощения, причиной которого являются значительные перегрузки
 - реактивная неврастения, в связи с психотравмой.
- Кроме того, выделяют:
 - гипостеническую неврастению с раздражительностью, гиперпатией, нарушением внимания.
 - гипостеническую форму, когда преобладает чувство усталости, вялость, снижение трудоспособности.

Истерический невроз («Великая симулянтка»)

Сочетаются вегетативные, двигательные и сенсорные расстройства.

- Вегетативные проявления: симпатикотонические, ваготонические, дистонические кризов, упорная тошнота, рвота, обморочные состояния, различные спазмы.
- Двигательные расстройства в виде дрожания, тремора в конечностях, во всём теле, блефароспазма, хореоформных движений, подергиваний. Могут исчезать при переключении внимания, под воздействием внушения. Топография истерических параличей не соответствует зоне локализации болезненного очага в ЦНС, не возникают патологические рефлексы, атрофии мышц не резко выражены,.
- Сенсорные расстройства характеризуются нарушениями чувствительности, такими как гипостезии, гиперестезии, анестезии.
- Болевые ощущения могут наблюдаться практически во всех частях тела.
- Глухота, слепота, как правило, связаны с психогенными воздействиями отрицательного характера.
- Генерализованное судорожное явление. В отличие от эпилептического припадка больные не прикусывают язык, падают так, что не получают повреждений, они способны воспринимать и оценивать всё, что происходит вокруг.
- Больные всегда подчёркивают тяжесть своего состояния.
- Аффективные нарушения проявляются крайней лабильностью эмоций, резкой сменой настроения.
- Течение волнообразное.

Невроз навязчивости (обсессивно-фобический)

Включает в себя ряд невротических состояний, при которых у больных возникают навязчивые страхи, мысли, действия, воспоминания, которые ими самими воспринимаются как чуждые и неприятные, болезненные; в то же время больные самостоятельно не могут освободиться от своих навязчивостей.

Чаще всего ведущей симптоматикой являются фобии:

- страх заболеть тяжёлыми соматическими или инфекционными заболеваниями (кардиофобия, канцерофобия, сифилофобия, СПИДОФобия и др.)
- пребывание в замкнутых пространствах, транспорте (клаустрофобия);
- страх выходить на улицу или находиться в людном месте (агорафобия), и др.

**присоединяются различные защитные действия – ритуалы
сохраняется критическое отношение к навязчивостям**

Стадии:

- На первой стадии навязчивый страх возникает только в ситуации, когда больной боится чего-либо,
- на второй – при мысли оказаться в подобной ситуации,
- на третьей – условно-патогенным раздражителем является слово, каким-то образом связанное с фобией.

Наблюдается расширение ситуаций, вызывающих страх.

Также в рамках невроза могут возникать навязчивые мысли, действия (компульсии) наблюдаются «панические атаки»

- При длительном течении невроза или невротического развития требуется проводить дифф. диагноз с малопрогрессирующей шизофренией.

Этиология, патогенез:

- психическая травма, обуславливающая стрессовое воздействие;
- взаимодействие двух конфликтных возбуждений, ни одно из которых не может быть подавлено полностью;
- внутриличностный конфликт с наличием разнонаправленных тенденций при эмоциональности переживаний;
- прямое неудовлетворение потребностей;
- наличие акцентуаций личности играет роль predisposition.

Витальные человеческие потребности:

1. Материально-биологические – необходимость иметь средства для обеспечения индивидуального или семейного существования.
2. Социальные - потребность занимать определённое место в обществе, пользоваться признательностью, вниманием окружающих, их уважением, любовью.
3. Идеальные – духовные, культурные, информационные, потребности познания окружающего мира и своего места в нём.

Лечение неврозов проводится как медикаментозными средствами, так и при помощи психотерапевтических методик.