**Лекция 17**

**Неврозы. Классификация. Клиника и диагностика.**

**План.**

1. **Краткий исторический очерк учения о неврозах.**
2. **Основные этиопатогенетические факторы.**
3. **Классификация невротических расстройств.**
4. **Клинические формы и диагностические критерии.**

## КРАТКИЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК УЧЕНИЯ О НЕВРОЗАХ

Термин невроз впервые был введен в повседневную практику Уильямом Кулленом в 1776 году (W. Cullen 1710 – 1790 г.г.). Одновременно, в психиатрический лексикон вошло прилагательное «невротический». Тогда под этим термином подразумевалось «генерализованное поражение нервной системы, которое не вызвано ни какой-либо локализованной болезнью, ни лихорадочным заболеванием».

Из первоначального определения сохранилось только представление о неврозе, как психическом расстройстве, лишенном органической основы. В 30-х годах ХХ века распространение в психиатрии получают идеи З. Фрейда, о том, что многие формы невроза имеют ясные психологические причины. Поэтому он назвал их психоневрозами, включая сюда истерию, тревожные состояния и обсессии. Пытаясь установить причины психоневрозов, Фрейд пришел к заключению, что истоки многих из них кроются в тех процессах, которые определяют также развитие личности. Такой ход рассуждения привел к термину «невротический характер», обозначавший личность, природа которой сходна с таковой при неврозах. Взаимосвязь между неврозами и типом личности подчеркивали и другие исследователи (К. Ясперс, К. Шнайдер, Луфборроу). Они считали, что невроз представляет собой реакцию на стресс, возникшую у личности определенного типа. В связи с таким подходом был введен новый термин «патологическая эмоциональная реакция». Однако взаимосвязь между типом личности и типом реакции далеко не однозначна.

***Достаточно полное определение неврозов, отражавшее взгляды русской психиатрии, дал В.А. Гиляровский: «Неврозы – это болезненно переживаемые и сопровождаемые расстройствами в соматической сфере срывы личности в ее общественных взаимоотношениях, вызванные психическими факторами и не обусловленные органическими изменениями, с тенденцией к активной переработке и компенсации».***

**В этом определении подчеркиваются основные критерии выделения неврозов: психогенный фактор, как причина, вегетосоматические проявления, личностный характер и тенденция к переработке возникших нарушений в соответствии с социальной значимостью психической травмы.**

В отечественной психиатрии всегда преобладали взгляды классической немецкой психиатрической школы на природу неврозов. **Невроз рассматривался, как вариант реактивного состояния, отвечающего критериям К. Ясперса:**

* *в основе лежит длительно сохраняющаяся, эмоционально значимая психотравма, подвергающаяся психологической переработке, с формированием и закреплением патологических форм реагирования;*
* *она звучит в переживаниях больного;*
* *после дезактуализации психотравмы реактивное состояние исчезает.*

Однако, если первые два критерия не вызывают особых возражений, то с третьим трудно согласиться, поскольку невроз, в отличие от реактивного психоза редко оканчивается полным выздоровлением.

Широкое распространение в определении концепции неврозов получила гипотеза динамики невротических формирований, которая основывается на этапности: невротическая реакция, невротическое состояние, невротическое развитие личности.

Такой подход объясняет многие клинические закономерности и не противоречит современным научным достижениям.

## ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ НЕВРОЗОВ

**Этиология и патогенез невротических расстройств определяется следующими факторами.**

**Генетические – это, в первую очередь, конституциональные особенности психологической склонности к невротическому реагированию и особенности вегетативной нервной системы.** Первые доказаны на основании результатов выполнения психологических тестов (степень нейротизма), вторые определением тенденции вегетативной нервной системы реагировать на стрессовые воздействия. По данным авторов полная конкордантность определяется у 40% монозиготных близнецов, и у 15% дизиготных близнецов.

**Факторы, влияющие в детском возрасте – исследования, проводившиеся в этой области не доказали однозначного влияния, однако невротические черты и наличие невротических синдромов в детском возрасте свидетельствует о недостаточно устойчивой психике и об отставании в созревании.** Особое значение влиянию психотравм раннего детства на формирование невротических расстройств уделяют психоаналитические теории.

***Личность***– факторы детского возраста способны формировать личностные особенности, которые впоследствии становятся почвой для развития неврозов. Вообще, значение личности, в каждом случае как бы обратно пропорционально степени тяжести стрессовых событий в момент начала невроза. Так, у нормальной личности, невроз развивается только после серьезных стрессовых событий, например, неврозы военного времени.

**Предрасполагающие черты личности бывают двух видов: общая склонность к развитию невроза и специфическая предрасположенность к развитию невроза определенного типа.**

***Факторы окружающей среды***(условия жизни, труда, безработица и т.п.). Неблагоприятная обстановка - в любом возрасте наблюдается четкая взаимосвязь между психологическим здоровьем и показателями социального неблагополучия, такими, как не престижный род занятий, безработица, бедность домашней обстановки, теснота, ограниченный доступ к благам, таким, как транспорт. Вероятно неблагоприятная социальная обстановка увеличивает степень дистресса, но вряд ли выступает этиологическим фактором в развитии более тяжелых расстройств. Неблагоприятные жизненные события (одна из причин – отсутствие в социальном окружении защитных факторов, а также внутрисемейные неблагоприятные факторы).

Достаточно четко все эти факторы были суммированы в *теории «барьера психической резистентности»* (Ю.А. Александровский) и развитии невротического расстройства в тех случаях, когда этот барьер недостаточен для противодействия психотравме.

Этот барьер как бы вбирает в себя все особенности психического склада и возможности реагирования человека. Хотя он базируется на двух (расчленяемых лишь схематично) основах – биологической и социальной, но по существу является их единым интегрированным функционально-динамическим выражением.

**МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ НЕВРОЗОВ**

Доминировавшие представления о неврозах, как функциональных психогенных заболеваниях, при которых в мозговых структурах отсутствуют какие-то морфологические изменения, в последние годы подверглись существенному пересмотру. На субмикроскопическом уровне выделены церебральные изменения, сопутствующие изменениям ВНД при неврозах: дезинтеграция и деструкция мембранного шипикового аппарата, уменьшение числа рибосом, расширение цистерн эндоплазматического ретикулума. Отмечена дегенерация отдельных клеток гиппокампа при экспериментальных неврозах. Общими проявлениями адаптационных процессов в нейронах мозга считается увеличение массы ядерного аппарата, гиперплазия митохондрий, нарастание числа рибосом, гиперплазия мембран. Изменяются показатели перекисного окисления липидов (ПОЛ) в биологических мембранах.

## КЛАССИФИКАЦИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Современные классификации психических расстройств отказались от традиционного деления заболеваний на психозы и неврозы.

В МКБ-10 и в DSM -IV термин невроз отсутствует, а термин невротический остался только в МКБ-10. Он используется для обозначения большой группы расстройств «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства F 4». Некоторые расстройства, относившиеся в МКБ-9 к разделу невротических, здесь отнесены к различным диагностическим группам.

НЕВРОТИЧЕСКИЕ, СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА.

#### F40 Тревожно-фобические расстройства

*F40.0 Агорафобия*

*F40.00 без панического расстройства F40.01 с паническим расстройством F40.1 Социальные фобии*

*F40.2 Специфические (изолированные) фобии*

*F40.8 Другие тревожно-фобическеие расстройства*

*F40.9 Фобическое тревожное расстройство, неуточненное*

#### F41 Другие тревожные расстройства

*F41.0 Панические расстройства (эпизодическая параксизмальная тревога)*

*F41.00 паническое расстройство, умеренной степени по меньшей мере 4 панических атаки в четырехнедельный период*

*F41.01 паническое расстройство, тяжелой степени по меньшей мере четыре панических атаки в неделю за четыре недели наблюдения*

*F41.1 Генерализованное тревожное расстройство*

*F41.2 Смешанные тревожные и депрессивные расстройства F41.3 Другие смешанные тревожные расстройства*

*F41.8 Другие уточненные тревожные расстройства F41.9 Тревожное расстройство, неуточненное*

#### F42 Обсессивно-компульсивные расстройства

***F43 Реакция на тяжелый стресс и расстройство адаптации***

*F43.0 Реакция на острый стресс F43.00 легкая*

*F43.01 умеренная F43.02 тяжелая*

*F43.1 Посттравматическое стрессорное расстройство F43.2 Расстройство адаптации*

*F43.20 Короткая депрессивная реакция.*

*F43.21 Пролонгированная депрессивная реакция. F43.22 Смешанная тревожная и депрессивная реакция. F43.23 С преобладанием расстройств других эмоций F43.24 С преобладанием нарушения поведения.*

*F43.25 Со смешанными расстройствами эмоций и поведения. F43.28 С другими уточненными преобладающими симптомами F43.8 Другие реакции на тяжелый стресс*

*F43.9 Реакция на тяжелый стресс, неуточненная*

#### F44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства

*F44.0 Диссоциативная амнезия F44.1 Диссоциативная фуга F44.2 Диссоциативный ступор*

*F44.3 Трансы и состояния овладения*

*F44.4 Диссоциативные двигательные расстройства*

*F44.5 Диссоциативные судороги*

*F44.6 Диссоциативная анестезия и потеря чувствительности F44.7 Смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства F44.8 Другие диссоциативные (конверсионные) расстройства F44.80 синдром Ганзера*

*F44.81 расстройство множественной личности*

*F44.82 Преходящие диссоциативные (конверсионные) расстройства, возникающие в детстве или в подростковом возрасте*

*F44.88 По-другому определяемые диссоциативные (конверсионные) расстройства F44.9 Диссоциативное (конверсионное) расстройство, неуточненное*

#### F45 Соматоформные расстройства

*F45.0 Соматизированное расстройство*

*F45.1 Недифференцированное соматоформное расстройство F45.2 Ипохондрическое расстройство*

*F45.3 Соматоформная вегетативная дисфункция F45.30 Сердце и сердечно-сосудистая система*

*F45.31 Верхние отделы желудочно-кишечного тракта F45.32 Нижний отдел желудочно-кишечного тракта F45.33 Дыхательная система*

*F45.34 Мочеполовая система F45.38 Другие органы или системы*

*F45.4 Состояние упорной соматоформной боли F45.8 Другие соматоформные расстройства*

*F45.9 Соматоформное расстройство, неуточненное*

#### F48 Другие невротические расстройства F48.0 Неврастения

*F48.1 Синдром деперсонализации-дереализации*

*F48.8 Другие уточненные невротические расстройства F48.9 Невротическое расстройство, неуточненное*

**Определяют следующие *синдромы*, патогномоничные для невротических расстройств.**

1. *Страхи.* Любые варианты фобий (страх толпы, публичных мест, передвижения вне дома, потери контроля, сумасшествия, заболевания, повести себя неправильно, покраснеть, крови, травм, животных и т.п.).
2. *Приступы паники.* Эпизоды захлестывающей тревоги с внезапным началом и быстрым развитием до высшей точки. Эпизоды длятся от нескольких минут до одного часа и непредсказуемы, т. е. не ограничиваются какой-то конкретной ситуацией или набором внешних обстоятельств. Другие ведущие симптомы включают дрожь, боли в груди, ощущения удушья, головокружение и ощущение нереальности (деперсонализация и/или дереализация). Часто наблюдаются также вторичный страх смерти, утраты самоконтроля или помешательства.
3. *Тревога, беспокойство, тревожные опасения.* Неприятные или беспокоящие мысли, которые не поддаются сознательному контролю с помощью переключения внимания на другие предметы. Беспокойство часто упорное, повторяющееся и непропорциональное беспокоящей причине (она может быть даже тривиальной).
4. *Синдром вегетативной тревоги.* Тревога, выраженная различными автономными симптомами, такими как сердцебиение, влажные ладони, сухость во рту, головокружение, дрожание рук или конечностей, горячий или холодный пот или приливы, затрудненное дыхание, стеснение или боль в груди, затруднение глотания («ком в горле»), частое мочеиспускание, звон в ушах, бурление в желудке, тошнота. Страхи — такие, как страх умереть, сойти с ума, потерять эмоциональный контроль или надвигающегося большого несчастья, обычно связаны с вышеописанными вегетативными симптомами. Ощущения нереальности объектов (дереализация) или чувство отстраненности (деперсонализация) могут присутствовать.
5. *Навязчивые мысли.* Идеи, образы или импульсы, которые овладевают сознанием индивида повторно и настойчиво в стереотипной форме. Они различны по содержанию, но всегда мучительны, и индивид безуспешно старается противостоять им. Эти мысли расцениваются как свои собственные, индивида, даже когда они непроизвольны и часто неприемлемы.
6. *Компульсивные действия.* Повторяющиеся стереотипные поведение и ритуалы, воспринимаемые индивидом как бессмысленные и неэффективные, так что он/она делает повторные попытки противостоять им. Большинство компульсивных действий *или* ритуалов связаны с чисткой (особенно с умыванием рук), наведением порядка, аккуратностью или контролированием. Такое поведение возникает из страха перед опасными событиями, которые могут случиться с индивидом или быть им вызваны. Ритуалы представляют собой попытку предотвратить опасность. Компульсивные акты и ритуалы могут занимать многие часы ежедневно и иногда связаны с заметной нерешительностью и медлительностью. Если компульсивные акты устойчивы, то тревога индивида возрастает.
7. *Подверженность исключительным психическим, физическим или социальным стрессорам*

Исключительный психический стрессор - подавляющее травматичное переживание (например, природная катастрофа), влекущее за собой серьезную угрозу физической, эмоциональной или социальной целостности индивида и требующее от него приспособления к новым обстоятельствам.

1. *Постоянные воспоминания или «переживания» стрессового воздействия.* Эпизоды повторного оживления психотравмы во вторгающихся воспоминаниях («обратный кадр») или сны, возникающие у индивида, помещенного в исключительно стрессорные события или ситуацию. Эти эпизоды случаются вопреки устойчивому фону чувства оцепенения, эмоционального притупления, отчужденности от других людей и отсутствию реакции на окружающее. Избегание обстоятельств, связанных со стрессом.
2. *Избегание обстоятельств, связанных со стрессом.* Тенденция избежать намеков, действий и ситуаций, напоминающих индивиду о пережитом стрессорном событии.
3. *Признаки нарастающей психологической чувствительности или возбуждения.* Повышенная тропность к психотравмирующим ситуациям, несдержанность, возникновение бурных гиперстенических или астенических эмоциональных реакций в ситуации, требующей адаптивного поведения.
4. *Диссоциативные (конверсионные) симптомы или состояния.* Частичная или полная потеря интеграции между воспоминаниями прошлого, осознанием своей идентичности, непосредственными ощущениями и контролем за движениями тела. Ослаблен сознательный контроль над воспоминаниями и ощущениями, которые могут быть отобраны в данный момент для внимания, а также выбор движений, которые должны быть совершены. Диссоциативные симптомы предположительно имеют психогенное происхождение и тесно связаны во времени с травматическими событиями, неразрешимыми и невыносимыми проблемами или нарушенными взаимоотношениями. Индивид с диссоциативными симптомами часто отрицает проблемы, очевидные для других.
5. *Многочисленные и разнообразные физические жалобы, не объяснимые никаким соматическим расстройством.* Многочисленные и разнообразные физические жалобы, необъяснимые каким-либо физическим расстройством либо долго продолжающиеся многочисленные рецидивирующие и часто меняющиеся соматические симптомы, без какой бы то ни было определимой органической основы. При наличии какого-либо физического расстройства оно не объясняет природу и степень симптомов, страдание или озабоченность индивида.
6. *Повторные консультации с профессионалами (медиками) и упорный отказ следовать медицинским советам.* Длительная и сложная история контактов с медицинскими и другими альтернативными службами здоровья, во время которых может быть проведено много ненужных исследований. Настойчивый отказ принять (медицинский) совет. Отказ принять совет и заверения врача или других медиков- профессионалов, что симптомы не имеют органической основы, вопреки повторным отрицательным результатам различных исследований. Даже в случаях, когда возникновение и течение симптомов имеют тесную связь с неприятными жизненными событиями, трудностями или конфликтами, индивид сопротивляется попыткам принять возможность психологической причины симптомов.
7. *Психическая или физическая усталость.* Психическая усталость- сильное и длительное психическое истощение даже после минимальных психических усилий. Часто сопровождается неприятным вторжением отвлекающих ассоциаций или воспоминаний, трудностью концентрирования, фокусирования и поддержания внимания и в целом неэффективным мышлением. Состояние обычно связано с пониженной эффективностью в разрешении повседневных задач.

Физическая усталость - Ощущение телесной слабости и истощения после минимальных физических усилий, иногда сопровождающееся ощущениями мышечных болей и страданий.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ.

***ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА***

Группа расстройств, в которой тревога вызывается исключительно или преимущественно определенными ситуациями или объектами (внешними по отношению к субъекту), которые в настоящее время не являются опасными. В результате эти ситуации обычно характерным образом избегаются или переносятся с чувством страха. Фобическая тревога субъективно, физиологически и поведенчески не отличается от других типов тревоги и может различаться по интенсивности от легкого дискомфорта до ужаса. Обеспокоенность пациента может концентрироваться на отдельных симптомах, таких как сердцебиение или ощущение дурноты, и часто сочетается с вторичными страхами смерти, потери самоконтроля или сумасшествия. Тревога не уменьшается от сознания того, что другие люди не считают данную ситуацию столь опасной или угрожающей. Одно лишь представление о попадании в фобическую ситуацию обычно заранее вызывает тревогу предвосхищения.

Фобическая тревога часто сосуществует с депрессией. Предшествующая фобическая тревога почти неизменно усиливается во время преходящего депрессивного эпизода. Некоторые депрессивные эпизоды сопровождаются временной фобической тревогой, а пониженное настроение часто сопутствует некоторым фобиям, особенно агорафобии. Сколько диагнозов при этом необходимо ставить — два (фобическая тревога и депрессивный эпизод) или только один, — зависит от того, развилось ли одно расстройство явно раньше другого, и от того, является ли одно расстройство отчетливо преобладающим на момент постановки диагноза. Если критерии для депрессивного расстройства удовлетворялись еще до того, как впервые появились фобические симптомы, тогда первое расстройство надо диагностировать как основное.

Большинство фобических расстройств, кроме социальных фобий, чаще встречается у женщин.

**ПАНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО (ЭПИЗОДИЧЕСКАЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНАЯ ТРЕВОГА)**

***Основным признаком являются повторные приступы тяжелой тревоги (паники), которые не ограничиваются определенной ситуацией или обстоятельствами и поэтому непредсказуемы.*** Как и при других тревожных расстройствах доминирующие симптомы варьируют у разных больных, но общими являются неожиданно возникающие сердцебиение, боли в груди, ощущение удушья, головокружение и чувство нереальности

(деперсонализация или дереализация). Почти неизбежны также вторичный страх смерти, потери самоконтроля или сумасшествия. Обычно атаки продолжаются лишь минуты, хотя временами и дольше; их частота и течение расстройства довольно вариабельны. В панической атаке больные часто испытывают резко нарастающие страх и вегетативные симптомы, которые приводят к тому, что больные торопливо покидают место, где находятся. Если подобное возникает в специфической ситуации, например в автобусе или в толпе, больной может впоследствии избегать эту ситуацию. Аналогично, частые и непредсказуемые панические атаки вызывают страх оставаться одному или появляться в людных местах. Паническая атака часто приводит к постоянному страху возникновения другой атаки.

**ГЕНЕРАЛИЗОВАНИОЕ ТРЕВОЖНОЕ РАССТРОЙСТВО**

Основной чертой является тревога, которая носит генерализованный и стойкий характер, но не ограничивается какими-либо определенными средовыми обстоятельствами и даже не возникает с явной предпочтительностью в этих обстоятельствах (т.е. она является «нефиксированной»). Как и при других тревожных расстройствах доминирующие симптомы очень вариабельны, но частыми являются жалобы на чувство постоянной нервозности, дрожь, мышечное напряжение, потливость, сердцебиение, головокружение и дискомфорт в эпигастральной области. Часто выражаются страхи, что больной или его родственник скоро заболеют, или с ними произойдет несчастный случай, а также другие разнообразные волнения и дурные предчувствия. Это расстройство более характерно для женщин и часто связано с хроническим средовым стрессом. Течение различно, но имеются тенденции к волнообразности и хронификации.

*У* больного должны быть первичные симптомы тревоги большинство дней за период, по крайней мере, несколько недель подряд, а обычно несколько месяцев.

**ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОЕ РАССТРОЙСТВО**

***Основной чертой являются повторяющиеся обсессивные мысли или компульсивные действия. (Для краткости термин «обсессивный» будет использоваться впоследствии вместо «обсессивно-компульсивныи» по отношению к симптомам).*** Обсессивные мысли представляют собой идеи, образы или влечения, которые в стереотипной форме вновь и вновь приходят на ум больному. Они почти всегда тягостны (потому что они имеют агрессивное или непристойное содержание или просто потому, что они воспринимаются как бессмысленные), и больной часто пытается безуспешно сопротивляться им. Тем не менее, они воспринимаются как собственные мысли, даже если возникают непроизвольно и невыносимы. Компульсивные действия или ритуалы представляют собой повторяющиеся вновь и вновь стереотипные поступки. Они не доставляют внутреннего удовольствия и не приводят к выполнению внутренне полезных задач. Их смысл заключается в предотвращении каких-либо объективно маловероятных событий, причиняющих вред больному или со стороны больного. Обычно, хотя необязательно, такое поведение воспринимается больным как бессмысленное или бесплодное и он повторяет попытки сопротивления ему; при очень длительных состояииях сопротивление может быть минимальным. Часто имеют место вегетативные симптомы тревоги, но также характерны тягостные ощущения внутреннего или психического напряжения без очевидного вегетативного возбуждения. Существует тесная взаимосвязь между обсессивными симптомами, особенно обсессивными мыслями. и депрессией. У больных с обсессивно-компульсивным расстройством часто наблюдаются депрессивные симптомы, а у больных, страдающих рекуррентным депрессивным расстройством, могут развиваться обсессивные мысли в течение депрессивных эпизодов. В обеих ситуациях, нарастание или снижение тяжести депрессивных симптомов обычно сопровождается параллельными изменениями в тяжести обсессивных симптомов.

Обсессивно-компульсивное расстройство в равной степени может быть у мужчин и женщин, в основе личности часто выступают ананкастные черты. Начало обычно в детском или юношеском возрасте. Течение вариабельно и при отсутствии выраженных депрессивных симптомов вероятнее его хронический тип.

**РЕАКЦИЯ НА ТЯЖЕЛЫЙ СТРЕСС, ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО (ПТСР) И РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ**

***Характерной чертой этой группы расстройств являются их отчетливо экзогенная природа, причинная связь с внешним стрессором, без воздействия которого психические нарушения не появились бы. Типичными тяжелыми стрессорами являются боевые действия, природные и транспортные катастрофы, несчастный случай, присутствие при насильственной смерти других, разбойное нападение, пытки, изнасилование, пожар.*** Систематически этими расстройствами первоначально вынуждены были заниматься военные психиатры. Первое психиатрическое описание (DaCosta, 1871) восходит к наблюдениям боевых действий времен гражданской войны в Америке. Состояние обозначалось тогда как «солдатское сердце» – основное внимание привлекали кардиологические симптомы. Во время первой мировой войны его называли «снарядным шоком» – предполагалось, что оно является результатом черепно-мозговой травмы в результате артиллерийского обстрела. Богатый материал был получен во время второй мировой войны, как в ходе боевых действий, так и по наблюдениям лиц, перенесших пытки и заключение в концлагере, а также выживших после атомной бомбардировки японских городов. В послевоенные годы материалом наблюдений становились все более частые катастрофы и стрессовые события мирного времени. Так сформировались представления не только об острой реакции на стресс, но и о посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР), социально-стрессовом расстройстве (ССР), транзиторных ситуативных расстройствах и нарушениях адаптации – патологических реакциях на то, что в быту называют личным несчастьем.

Распространенность расстройств естественно варьирует в зависимости от частоты катастроф и травматических ситуаций. Синдром развивается у 50 – 80% лиц, перенесших тяжелый стресс. Морбидность находится в прямой зависимости от интенсивности стресса. Случаи ПТСР в мирное время составляют в популяции 0,5% для мужчин и 1,2% для женщин. Сходные психотравмирующие ситуации взрослые женщины описывают как более болезненные по сравнению с мужчинами, но среди детей мальчики оказываются более чувствительными по отношению к сходным стрессорам, чем девочки. Расстройства адаптации достаточно распространены, они составляют 1,1 – 2,6 случаев на 1000 населения с тенденцией к большей представленности в малообеспеченной части населения. Они составляют около 5% обслуживаемых психиатрическими учреждениями; встречаются в любом возрасте, но наиболее часто у детей и подростков.

Этиопатогенез расстройства определяется действием ряда факторов: интенсивность стресса, социальная ситуация, в которой он действует, личностные особенности жертвы и ее биологическая ранимость. Социальная поддержка играет большую роль в предотвращении стрессовых реакций. Альфанорадренергический агонист клонидин, используемый для снятия синдрома отмены опиатов, оказывается успешным в снятии некоторых симптомов ПТСР. Это позволило выдвинуть гипотезу о том, что они являются следствием синдрома отмены эндогенных опиатов, возникающего при оживлении воспоминаний о психотравме.

Характерологическими особенностями, предрасполагающими к развитию ПТСР, являются эмоциональная неустойчивость, повышенная тревожность и незрелость личности. К этим данным следует, однако, относиться с известной осторожностью, поскольку характерологические изменения могут быть следствием травмы, а не предшествовать ей. Согласно психоаналитической гипотезе, симптомы ПТСР являются следствием оживления травмой неразрешенных конфликтов раннего детства.

В отличие от ПТСР при нарушениях адаптации интенсивность стресса не всегда обусловливает собой тяжесть расстройства. Стрессы могут быть одиночными или накладываться друг на друга, быть периодическими (авралы на производстве) или постоянными (бедность). Разным этапам жизни свойственна своя специфика стрессовых ситуаций (начало учебы, уход из родительского дома, вступление в брак, появление детей и их уход из дома, недостижение профессиональных целей, уход на пенсию).

**ДИССОЦИАТИВНЫЕ (КОНВЕРСИОННЫЕ) РАССТРОЙСТВА**

***Общие признаки, которые разделяются диссоциативными и конверсионными расстройствами, заключаются в частичной или полной потере нормальной интеграции между памятью на прошлое, осознанием идентичности и непосредственных ощущений, с одной стороны, и контролированием 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 часу к часу. Степень потери функции, находящейся под сознательным контролем, обычно трудно оценить.

Эти расстройства обычно классифицировались, как различные формы «конверсионной истерии». Этот термин употреблять нежелательно в виду его многозначности. Предполагается, что описываемые здесь диссоциативные расстройства являются «психогенными» по происхождению, будучи тесно связанными по времени с травматическими событиями, неразрешимыми и невыносимыми проблемами или нарушенными взаимоотношениями. Поэтому 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.

***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 ва-риируют день ото дня и при оценке разными исследователями, но постоянным общим признаком является невозможность вспомнить в состоянии бодрствования. Полная и негерализованная 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 людей неорганические диссоциативные состояния являются редкими. Может наблюдаться бесцельное бродяжничество, обычно сопровождающееся гигиенической запущенностью и редко продолжающееся более одного двух дней.

***Диссоциативная фуга***

***Диссоциативная фуга имеет все признаки диссоциативной амнезии в сочетании с внешне целенаправленными путешествиями, во время которых больной поддерживает уход за собой.*** В некоторых случаях принимается новая идентичность личности, обычно на несколько дней, но иногда на длительные периоды и с удивительной степенью полноты. Организованное путешествие может быть в места ранее известные и эмоционально значимые. Хотя период фуги амнезируется, поведение пациента в это время для независимых наблюдателей может представляться совершенно нормальным.

***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 движении 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.

***Трансы и состояния овладения***

**Расстройства, при которых имеется временная потери как чувства личностной идентичности, так и полного осознавания окружающего. В некоторых случаях отдельные поступки управляются другой личностью, духом, божеством или «силой».** Внимание и осознавание могут ограничиваться или фокусироваться на одном-двух аспектах из непосредственного окружения и часто наблюдается ограниченный, но повторяющийся набор движений, поз 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.

***Диссоциативные расстройства моторики***

***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.

***Диссоциативные судороги***

**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.**

***Диссоциативная анестезия и утрата 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.

*Синдром Ганзера*

Описанное Ганзером сложное расстройство, которое характеризуется «приблизительными ответами» обычно в сопровождении некоторых других диссоциативных симптомов и в обстоятельствах, предполагающих психогенную этиологию.

Разновидность этого расстройства – синдром псевдодеменции, который характеризуется мнимой утратой простейших знаний и умений. На самые элементарные вопросы больные дают неправильные ответы (миморечь), но в плане задаваемого вопроса. Не могут выполнять простейшие инструкции, или выполняют их нарочито неправильно (мимодействие), на лице постоянно глупая улыбка, широко раскрытые глаза. Больные не могут себя обслуживать, становятся беспомощными в бытовых вопросах.

**СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА**

***Главным признаком соматоформных расстройств является повторяющееся возникновение физических симптомов наряду с постоянными требованиями медицинских обследований вопреки подтверждающимся отрицательным результатам и заверениям врачей об отсутствии физической основы для симптоматики.*** Если физические расстройства и присутствуют, то они не объясняют природу и выраженность симптоматики или дистресса и озабоченности больного. Даже когда возникновение и сохранение симптоматики тесно связаны с неприятными жизненными событиями, трудностями или конфликтами, больной обычно противится попыткам обсуждения возможности ее психологической обусловленности; это может иметь место даже при наличии отчетливых депрессивных и тревожных симптомов. Достижимая степень понимания причин симптоматики часто является разочаровывающей и фрустрирующей как для пациента, так и для врача.

При этих расстройствах часто наблюдается некоторая степень истерического поведения, направленного на привлечение внимания, особенно у больных, которые негодуют в связи с невозможностью убедить врачей в преимущественно физической природе своего заболевания и в необходимости продолжения дальнейших осмотров и обследований.

**НЕВРАСТЕНИЯ**

***Картина этого расстройства подвержена значительным культуральным вариациям; существуют два основных типа, которые имеют много общего.*** При первом типе основным симптомом являются жалобы на повышенную утомляемость после умственной работы, часто проявляется снижение профессиональной продуктивности или эффективности в повседневных делах. Умственная утомляемость обычно описывается как неприятное вмешательство отвлекающих ассоциаций или воспоминаний, невозможность сосредоточиться и непродуктивное мышление. При другом типе основным является физическая слабость и истощаемость после минимальных усилий, сопровождающаяся чувством боли в мускулах и невозможность расслабиться. При обоих типах обычными являются и другие неприятные физические ощущения, такие как головокружение, тензионные головные боли и чувство общей неустойчивости. Обычна также озабоченность по поводу, умственного и физического неблагополучия, раздражительность, ангедония (потеря чувства радости, наслаждения) и небольшие степени подавленности и тревожности. Часто нарушены начальные и промежуточные фазы сна, однако выраженной может быть и гиперсомния.