

**ФГБУ “Национальный медицинский исследовательский  
центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского”  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**ПСИХОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА:  
ЭТИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА,  
ЛЕЧЕНИЕ**

*Учебное пособие*



**Москва - 2023**

УДК [616.891.6-008+616-07/-09] (075.8)

ББК 56.14я75

Д18

Учебное пособие подготовлено сотрудниками Учебно-методического отдела ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России кандидатом медицинских наук, доцентом **С.В. Даниловой**, доктором медицинских наук, доцентом **И.С. Карауш**, доктором медицинских наук, доцентом **Е.А. Панченко**, кандидатом медицинских наук, ассистентом **Т.Е. Никитиной**.

Учебное пособие утверждено на заседании Ученого совета ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России 31 октября 2022 г., протокол № 9.

Рецензенты:

**Н.М. Захарова** – кандидат медицинских наук, руководитель Отдела неотложной психиатрии и помощи при чрезвычайных ситуациях ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России;

**А.В. Сахаров** – доктор медицинских наук, доцент, первый проректор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО “Читинская государственная медицинская академия” Минздрава России.

Д18 Данилова С.В., Карауш И.С., Панченко Е.А., Никитина Т.Е. **Психогенные расстройства: этиология, клиника, диагностика, лечение:** Учебное пособие. – М.: ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2023. – 108 с.

*Рассмотрены вопросы патогенеза психогенных расстройств, описаны механизмы психологических защит, истерические (диссоциативные), эндоформные, смешанные психогенные расстройства. Содержание учебного пособия соответствует учебному плану раздела “Общая психопатология. Частная психиатрия” программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальностям “психиатрия”, “психотерапия”, “судебно-психиатрическая экспертиза”, “психиатрия-наркология”, “сексология”.*

*Для обучающихся в ординатуре по специальностям “психиатрия”, “психотерапия”, “судебно-психиатрическая экспертиза”, “психиатрия-наркология”, “сексология”, аспирантуре.*

ISBN 978-5-86002-374-1

ББК 56.14я75

- © С.В. Данилова, И.С. Карауш, Е.А. Панченко, Т.Е. Никитина, 2023.
- © ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2023.

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ .....</b>	<b>4</b>
<b>1. Патогенез психогенных расстройств (биологическая модель, личностная модель, психодинамическая модель) <i>С.В. Данилова, И.С. Карауш, Т.Е. Никитина</i> .....</b>	<b>7</b>
<b>2. Защитные механизмы личности <i>Т.Е. Никитина</i> .....</b>	<b>15</b>
<b>3. Психогенные (истерические, диссоциативные) расстройства <i>С.В. Данилова, И.С. Карауш, Т.Е. Никитина</i> .....</b>	<b>30</b>
3.1. Истерические расстройства с помрачением сознания (синдром Ганзера, псевдодеменция, пуэрилизм, синдром одичания) .....	30
3.2. Психогенные двигательные расстройства .....	35
3.3. Психогенный (реактивный, истерический) ступор ....	40
3.4. Истерическое соматоформное расстройство .....	43
<b>4. Эндоформные психогенные расстройства <i>С.В. Данилова, И.С. Карауш</i> .....</b>	<b>49</b>
4.1. Психогенные параноиды .....	49
4.2. Психогенные депрессии .....	56
<b>5. Смешанные психогенные расстройства <i>С.В. Данилова</i> .....</b>	<b>66</b>
<b>6. Острая реакция на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство <i>С.В. Данилова, И.С. Карауш</i> .....</b>	<b>72</b>
<b>7. Психотерапия психогенных расстройств <i>Е.А. Панченко</i> .....</b>	<b>79</b>
<b>Литература .....</b>	<b>98</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ .....</b>	<b>102</b>

## ВВЕДЕНИЕ

Психогенные расстройства – группа расстройств, которые развиваются в ответ на исключительно сильное событие или значительное изменение в жизни. Понятие “психогения” было введено в клиническую практику Р. Зоммером в 1894 г. Для отграничения расстройств психогенной природы от других психических заболеваний немецким психиатром Карлом Ясперсом в 20-х годах XX в. была создана концепция, согласно которой реактивные состояния возникают из конфликта с непереносимой реальностью.

Критериями диагностики психогенных расстройств является триада К. Ясперса (1923):

- состояние вызывается (следует по времени за ситуацией) психической травмой;
- содержание травмы находит отражение в клинической симптоматике;
- состояние прекращается с исчезновением вызвавшей его причины.

Психотравмирующее событие, воздействующее на личность, не изменяет ее структуру, а заостряет преморбидные (доболезненные) характерологические особенности. Клинические проявления психогенных расстройств определяются как характером психической травмы, так и преморбидным личностным складом.

Острая сверхсильная психотравма развивается в том случае, когда содержание психотравмирующего события выходит за рамки обычного жизненного опыта человека. К таким событиям относятся различные чрезвычайные происшествия, катастрофы, аварии, военные действия, сексуальное или другое физическое насилие. Данный вид психической травмы развивается остро, то есть внезапно, в кратчайшие сроки (минуты, часы) после воздействия психотравмирующих событий или непосредственно во время них.

Хроническая психическая травма развивается при длительном пребывании в неблагоприятных обстоятельствах, являющихся для данного человека психотравмирующими. Она представляет собой срыв адаптационных механизмов вследствие значительной продолжительности стресса. Примерами таких психических травм могут быть внутриличностные и межличностные конфликты.

Реактивные психозы объединяют весьма различные по клинической картине и динамике расстройства. Поэтому общепринятой их классификации не существует. В МКБ-10 они рассматриваются в следующих рубриках: острая реакция на стресс (F43.0), посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1), расстройства адаптации (F43.2). При этом необходимо подчеркнуть, что отдельные типы психогений в систематике, предложенной МКБ-10, оказались в разных диагностических рубриках. Реактивные (психогенные) депрессии включены в раздел “Расстройства адаптации” (F43.2) и вместе с тем выделяются в разделе “Аффективные расстройства” (F32.0, F32.1, F32.2). Бредовые формы психогенных психозов отнесены к рубрике “Бредовые расстройства” и классифицируются как “Другие острые преимущественно бредовые психотические расстройства” (F23.3), а также как “Индукированное бредовое расстройство” (F24).

С клинической точки зрения выделяются следующие формы психогенных расстройств.

#### Клинические формы психогенных расстройств

1. Истерические (диссоциативные) расстройства:
  - 1.1. Истерические расстройства с помрачением сознания (синдром Ганзера, псевдодеменция, пуэрилизм, синдром одичания)
  - 1.2. Истерические двигательные расстройства
  - 1.3. Истерический ступор
  - 1.4. Истерическое соматоформное расстройство
2. Эндоформные психогенные расстройства:
  - 2.1. Психогенные параноиды
  - 2.2. Психогенные депрессии

3. Смешанные психогенные расстройства:
  - 3.1. Бредоподобные фантазии
  - 3.2. Реакция горя
4. Острая реакция на стресс, Посттравматическое стрессовое расстройство

## **1. ПАТОГЕНЕЗ ПСИХОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ (БИОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ, ЛИЧНОСТНАЯ МОДЕЛЬ, ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ)**

Причиной реактивных психозов (как и других психогенных заболеваний) является психотравмирующее воздействие. Не всякое отрицательное психическое переживание следует квалифицировать как травму, а лишь такое, которое вызывает психические или психосоматические расстройства. Одно из основных положений, на которое следует обратить внимание, заключается в том, что психогенная травма сама по себе, как бы объективно сильна она ни была, не имеет абсолютного значения для развития психогенных расстройств.

Для формирования некоторых видов реактивных состояний актуальны весьма определенные патогенные обстоятельства – “факторы обстановки” (Иванов Ф.И., 1970). В некоторых случаях это находит отражение в терминах, определяющих психогенные психозы, – “бред помилования осужденных”, “командная истерия”, “бред вражеского пленения” (Суханов С.А., 1915), “железнодорожные параноиды” (Жислин С.Г., 1940), “бракоразводные депрессии”, “сутяжничество коммунальных квартир” (Бронин С.Я., 1998).

### **Биологическая модель**

Нейрохимические механизмы реактивных состояний связаны с функцией ведущих нейрохимических систем мозга – серотонинергической, норадренергической (норэпинефринергической), дофаминергической, ГАМКергической и опиоидной. Норадреналин (норэпинефрин) и серотонин являются модуляторами тормозной ГАМКергической синаптической передачи в большинстве отделов головного мозга, а дофамин выполняет тормозную функцию в отношении корковых структур, опосредуя влияния ствола на кору через систему ГАМКергических нейронов базальных ганглиев (прежде всего хвостатого ядра). В

зависимости от исходного соотношения этих нейрохимических систем и характера стресса тип и конкретные проявления реактивного состояния могут быть различны. В последнее время важная роль отводится также системе эндогенных опиатов, которая “включается” при стрессе и выполняет функцию “отрицательной обратной связи”, противодействуя патологическим изменениям в нервной системе. В зависимости от конституционально-личностных характеристик в условиях стресса возможно развитие широкого спектра нарушений. При этом формируются полярные стратегии преодоления: на одном полюсе – репрессивный стиль, сопровождающийся подавлением проявления эмоционального напряжения и активизацией эндогенной опиоидной системы; на другом – экспрессивный стиль с высоким уровнем тревоги, гнева, раздражительности и отсутствием активации опиоидной системы.

### **Психодинамическая модель**

Наиболее подробно психологические механизмы проработаны в психоанализе, начиная с “травматического невроза”, выделенного З. Фрейдом. Основным этиологический момент данного расстройства связан, по мнению автора, с внезапностью травмы, в то время как привычные травматические переживания его никогда не вызывают. Предлагаемое объяснение строится на разделении понятий “испуга” (schreck), “страха” (angst) и “боязни” (furcht). Страх связан с ожиданием опасности, хотя она и неизвестна; боязнь относится к определенной опасности, а испуг – следствие неожиданной опасности. Проявления травматического невроза в виде избегающего поведения и навязчивых воспоминаний или сновидений, ассоциирующихся с травмой, определяются бессознательной психологической защитой – возвращением к ситуации, позволяющей символически “овладеть” ею, трансформируя из “неожиданной” в “ожидаемую”, а “испуг” – в “страх” или “боязнь”.

Дальнейшее развитие аналитических представлений о патогенезе реактивных психозов и острых стрессовых расстройств связано с установлением специфических личностных предиспо-



зий к данному виду психических нарушений, в частности с патохарактерологическими проявлениями, определяющимися травмами на ранних этапах онтогенеза. М. Klein (1932) трактует эти соотношения в рамках концепции “объективных отношений” – перенесения отношения к “первичному объекту” (каковым является мать) на отношения с другими людьми. Ph. Greenacre (1941) выдвигает гипотезу о патогенетической роли “первичной тревоги”, связанной с ощущением беспомощности младенца. D. Winnicott (1957) рассматривает реактивные психозы как вариант регрессии, причина которой коренится в специфичности ранних стадий эмоционального развития, обуславливающих неадекватность последующих реакций на стресс. Он разработал концепцию “достаточно хорошей матери”, обеспечивающей в первые недели жизни ребенка условия формирования у него необходимой во взрослой жизни толерантности к фрустрации.

В соответствии с психодинамическими концепциями истерические психозы трактуются как “реакции вытеснения” психической травмы. Вытесненные сексуальные комплексы и травмирующие переживания детства создают некоторую “конституциональную предрасположенность” к развитию невроза, для возникновения которого необходимо развитие внутреннего конфликта между стремлением к удовлетворению полового инстинкта и отказом внешнего мира допустить это удовлетворение. Наступает регрессия либидо до периода формирования комплекса Эдипа, что вызывает повышение психической энергии давних сексуальных комплексов, которые противоречат сознательному контролю (“супер-эго”) и поэтому вновь (как и в детстве) подвергаются подавлению. В этих условиях подавление ведет к появлению невротических истерических симптомов, которые являются заместительной формой удовлетворения полового инстинкта. Процесс трансформации либидо в сенсорно-моторные симптомы называется конверсией. На сегодняшний день конверсионный механизм возникновения истерических симптомов понимают более широко – как подавление до бессознательного (“вытеснение”) неотреагированных аффективных реакций на негативные переживания с их одновременным

отделением от содержания и направления из психической в соматическую сферу в виде симптома.

В течение последнего столетия клиницисты отмечают патоморфоз психогенных состояний за счет редукции конверсионных расстройств в двигательной сфере. Отмечается редукция клинических признаков большой истерии с проявлениями в области произвольной регуляции – грубых конверсионных симптомов (припадков, параличей, парезов и других физических проявлений) и преобладание соматоформных и аффективных (главным образом депрессивных и субдепрессивных расстройств). Более мягкие формы истерии, проявляющиеся необоснованными соматическими жалобами, были по феноменологическому принципу отделены от конверсионных расстройств и по этическим соображениям переименованы в соматизированное расстройство. Однако вполне обоснованно рассматривать данные нарушения как проявление единого конверсионного механизма симптомообразования. Разница между соматоформными и конверсионными (в современном понимании) расстройствами состоит лишь в направленности бессознательных телесных представлений, формирующих в первом случае функциональные соматические жалобы, а во втором – функциональные моторные нарушения. Вместе с тем очевидна общность механизмов симптомообразования. В их основе лежит единый бессознательный защитный механизм “бегства в болезнь”, что представляет собой социально приемлемый механизм адаптации, поскольку снимает с пациента часть социальных обязательств и удовлетворяет его потребность во внимании и поддержке со стороны окружающих. Можно предположить, что функциональные соматические жалобы в рамках истерических расстройств должны отличаться по крайней мере тремя особенностями: непостоянством, изменчивостью; неопределенной, мигрирующей локализацией (проекцией не в соответствии с законами иннервации, а в соответствии с обыденными представлениями конкретного пациента); драматизацией (поведением, свидетельствующим о наличии “соматического страдания”). Все указанные особенности полностью соответствуют критериям соматизированного расстройства (F45.0, в МКБ-10).

Таким образом, конверсионные нарушения оказались в значительной мере “вытесненными” из сферы внешней телесности в сферу телесности внутренней. Связано это, по-видимому, в первую очередь с развитием социальных отношений, поскольку грубые конверсионные нарушения (припадки, параличи, парезы и проч.) в настоящее время являются социально-ненормативными. Подобное “приспособление” конверсионных расстройств к существующей культурной парадигме в общем подтверждает психодинамическую трактовку этих расстройств как носящих в значительной степени коммуникативный характер (пациент исполняет роль больного с соматическим заболеванием, который в символах-симптомах сообщает окружающим о своем эмоциональном дискомфорте) (Близнюк А.И., 2014).

### **Личностная модель**

Весьма существенным звеном патогенеза реактивных психозов являются временные, экзогенно или соматогенно обусловленные изменения психической деятельности, получившие определение “патологически измененной почвы” (Осипов В.П., 1934; Сухарева Г.Е., 1945; Жислин С.Г., 1965; Иванов Ф.И., 1970). Применительно к механизму реактивных психозов можно говорить о существенной роли психической астенизации, которая чаще всего связана с психическим или соматическим истощением (переутомлением, аффективным напряжением, вынужденным бодрствованием, черепно-мозговыми травмами, тяжелыми ранениями, соматическими заболеваниями, интоксикацией, злоупотреблением алкоголем). Астенизация служит “почвой”, “фоном” (Schneider K., 1959), значительно облегчающим реализацию патогенного влияния психической травмы. Определенную роль могут играть и такие физиологические состояния, как беременность, лактация, а также возрастные кризы (пубертатный, инволюционный).

Механизм возникновения менее острых, не связанных с какими-либо чрезмерными по силе потрясениями психогений нельзя считать лишь простой системой “откликов” на внешние воздействия. Значительную роль в их возникновении играет

конституционально обусловленная чувствительность к определенным психическим травмам или ситуациям (“коренная ситуация” – по Matussek P., 1963; Glatzel J., 1978). Психогении в таких случаях чаще всего возникают по механизму «ключевого переживания» (Kretschmer K., 1927), а их клиническая картина во многом детерминирована преморбидными особенностями личности (McCabe M., 1880). Высокая чувствительность к психотравмирующим воздействиям в некоторых случаях может формироваться при участии генетических механизмов.

Невротическая патология возникает вследствие психогенного конфликта, который является результатом взаимодействия травматической информации с особенностями личности на фоне недостаточной активности защитных механизмов, что выводит на передний план не объективную сложность проблемы, а субъективное отношение к ней (Александровский Ю.А., 2010). Исследователи неоднократно подтверждали связи психической травматизации и диссоциативных нарушений (Семке В.Я., Епанчинцева Е.М., 2005). Наличие диссоциативных симптомов в структуре острой реакции на стресс может стать предиктором развития посттравматического стрессового расстройства. Предполагается, что предикторами диссоциации могут быть утрата близких в детстве, внутри- и внесемейное сексуальное насилие. Невроз возникает, когда психотравма подходит к личности как “ключ к замку” (Аксенов М.М. и др., 2014). У будущего больного формируется такая структура личности, которая затрудняет контакты в социальной среде, определяя фоновое эмоциональное напряжение. Следствием этого становится перенапряжение соматовегетативной сферы и адаптивных механизмов, формирование поведенческих реакций, определяющихся не столько требованиями ситуации, сколько механизмами психологической защиты. Травматическая ситуация в таких случаях провоцирует срыв системы психологической защиты, соматовегетативного обеспечения и адаптивных механизмов.

Личностная дисгармония как фактор риска соматоформных расстройств, входящих в перечень психогенных расстройств, в настоящее время не вызывает сомнений, но уточнение роли личностных характеристик остается вопросом дальнейших

исследований. В период формирования концепции соматоформных расстройств важнейшее значение в их развитии придавалось наличию истерических личностных черт. Однако в дальнейшем было выделено несколько принципиальных закономерностей в этой сфере:

- 1) диагноз истерической личности не тождествен диагнозу истерического синдрома;
- 2) истерическая личность не является условием появления истерического невроза или реактивного истерического синдрома, потому что истерические расстройства возникают у больных с различными типами личности, так же как индивиды с истерической личностью могут страдать различными видами нервных расстройств и психических болезней;
- 3) по существу, все психозы (особенно эндогенная депрессия), поражения центральной нервной системы и соматические болезни могут усиливать и обнажать признаки и механизмы истерической личности даже у больных, представляющих совершенно другой тип личности (например, шизоидную личность);
- 4) поведение и его механизмы, характерные для истерической личности, довольно часто заслоняют или искажают симптоматику разнообразных психических и соматических расстройств;
- 5) любой тип нарушений личности может стать важным этиопатогенетическим фактором формирования истерических синдромов (Якубик А., 1982).

В настоящее время получены данные о роли преморбидного склада личности других типов (с преобладанием тревожных, сензитивных, шизоидных, пограничных, параноидных, обсессивно-компульсивных черт), что не позволяет рассматривать истерические черты личности как единственные характерные для больных соматоформными расстройствами (Боброва М.А., 2012; Собенников В.С., 2014; Прибытков А.А., Еричев А.Н., 2017; Lenze E.J. et al., 1997; Garcia-Campayo J. et al., 2007).

## **Контрольные вопросы**

1. С какими системами мозга связаны нейрохимические механизмы реактивных состояний?
2. В чем заключается патоморфоз психогенных состояний?
3. Кто ввел термин “травматический невроз”?
4. В чем заключается роль психической астенизации в возникновении психогенных расстройств?
5. Роль “факторов обстановки” в возникновении психогенных расстройств.
6. Какова роль преморбидной личностной дисгармонии в возникновении психогенных расстройств?
7. Каковы предикторы и особенности диссоциативных симптомов в структуре психогенных расстройств?
8. Каким образом рассматриваются истерические психозы в соответствии с психодинамическими концепциями?
9. Как в настоящее время проявляется патоморфоз психогенных состояний?

## 2. ЗАЩИТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ЛИЧНОСТИ

**Защитный механизм (психологическая защита)** – система механизмов, которые защищают нас от отрицательных переживаний, душевной боли, тревожности и многих других негативных факторов, угрожающих целостности личности. Если бы не психологические защиты, мы бы постоянно находились в стрессе, плакали или кричали по любому поводу, кидались на окружающих, совершали импульсивные поступки и т.д. – словом, видели бы жизнь в черном цвете и не могли адаптироваться в окружающем мире.

Функциональное назначение и цель психологической защиты заключается в ослаблении внутриличностного конфликта (напряжения, беспокойства), обусловленного противоречиями между инстинктивными импульсами бессознательного и усвоенными (интериоризированными) требованиями внешней среды, возникающими в результате социального взаимодействия. Ослабляя этот конфликт, защита регулирует поведение человека, повышая его приспособляемость и уравнивая психику.

Впервые психологические защиты начал изучать австрийский психолог, психиатр и основоположник психоанализа З. Фрейд. Работу системы защит он трактовал как способ разрешения противостояния между бессознательными влечениями и социальными нормами (требованиями, запретами и т.д.). Более полно концепция механизмов психологических защит представлена А. Фрейд, в частности в ее работе “Психология Я и защитные механизмы” (1936). На данный момент понятие “психологические защиты”, прочно вошло в практику большинства психотерапевтов, независимо от направления психологии, которого они придерживаются.

Механизмы психологической защиты универсальны: они заложены в нас природой и представляют собой шаблоны поведения или реагирования на психотравмирующую ситуацию. Психологическим защитам присущи две основные характе-

ристики: отрицание или искажение реальности и действие на бессознательном уровне. Формы защитных механизмов меняются по мере взросления человека. Так, для детей наиболее характерным становится механизм отрицания, а для подростков, основной конфликт которых состоит в идентификации самих себя, – идеализации, то есть поиск кого-то непохожего на родителей, с кого можно брать пример и строить собственную идентичность. Защитные механизмы оберегают нас от определенных конфликтов, свойственных данному этапу развития. При благоприятном сценарии развития личности защитный механизм трансформируется от более примитивного к более сложному: например, от отрицания к сублимации, при которой защитой от конфликта становится какая-либо деятельность (творческая, трудовая).

Не существует единой общепризнанной классификации защитных механизмов психики, хотя многие исследователи разрабатывали свои собственные варианты. Необходимость в вычленении отдельных защитных механизмов связана с практической потребностью в выделении и описании наиболее универсальных из неосознаваемых защитных процессов, названия которых стали почти универсальными.

Защитные механизмы делят на первичные (примитивные) и вторичные (зрелые) защиты. Первые имеют врожденный характер и есть у всех, вторые – приобретенные, и то, какими они будут, во многом зависит от воспитания и развития жизненного пути. По тому, какие защиты преобладают у человека – примитивные или зрелые – определяется его уровень “нарушенности”. Чем больше архаичных защитных механизмов (или меньше зрелых), тем более “не здоров” человек.

Наиболее распространенные и важные механизмы психологических защит могут быть представлены в виде нескольких групп.

Первая группа: психологические защиты, при которых отсутствует переработка информации – вытеснение, блокирование, подавление и отрицание.

Вторая группа: психологические защиты, связанные с искажающим преобразованием содержания мыслей, чувств и



поведения – рационализация, интеллектуализация, изоляция, смещение, формирование реакции (реактивное образование), проекция, идентификация, диссоциация, обесценивание, сублимация.

Третья группа объединяет психологические механизмы разрядки отрицательного эмоционального напряжения – активация экспрессивного поведения, соматизация и сублимация.

Четвертая группа: психологические защиты манипулятивного типа – регрессия, фантазирование, уход в болезнь.

**Первую группу** составляют защитные механизмы, которых объединяет отсутствие переработки содержания того, что подвергается вытеснению, подавлению, блокированию или отрицанию.

**Вытеснение** – удаление из сознания и удержание в бессознательном неприятных или неприемлемых событий и явлений, вызывающих тревогу и другие тяжелые эмоции. Чаще всего подавляются мысли, желания, влечения, воспоминания и представления, противоречащие моральным ценностям и нормам личности. В результате перестают осознаваться внутренние конфликты, а также забываются травматические события прошлого. Это наименее дифференцированный и часто малоэффективный механизм, который может присоединиться к действию других защитных процессов.

З. Фрейд считал вытеснение основой формирования бессознательного. С позиции психоанализа, при развитии психогенных расстройств травматические переживания вытесняются из области сознания в бессознательное, а их патологическое влияние на психику при этом усиливается. Время от времени происходит спонтанное “возвращение вытесненного” на уровень сознания в виде симптомов, сновидений, ошибочных действий, оговорок.

Вытеснение связано с особым механизмом работы памяти и лежит в основе “забывания” информации, которая могла бы поколебать позитивное представление человека о себе. При вытеснении из памяти стирается не все событие, а его наиболее травмирующая часть. Вытеснение можно сравнить с плотиной, которую может прорвать – всегда есть риск, что воспоминания о

неприятных событиях вырвутся наружу. Психика затрачивает огромное количество энергии на их подавление. Например, пациентка помнит о том, что ее напоили и ограбили случайные знакомые в клубе, но вытесняет факт насилия.

Чаще этот механизм проявляется у лиц с незрелым *Я*, истерическими чертами характера, у детей.

**Подавление** – более сознательное, чем при вытеснении, избегание тревожащей информации, отвлечение внимания от осознаваемых аффектогенных импульсов и конфликтов. Выражается в том, что мы можем забывать некоторые чувства, факты, события и людей, которые принесли нам в свое время боль, страдания или другие неприятные эмоции. К примеру, имя человека, который нас когда-то обидел, или время приема врача, к которому мы не решаемся сходить. Таким образом психика защищается, старается спасти нас от общения с неприятными лицами, уберечь от походов в неприятные места и т.д.

Подавление не бывает окончательным, оно часто является источником психосоматических заболеваний (бронхиальной астмы, гипертонической болезни, язвенной болезни, головных болей и т.д.), так как психическая энергия подавленных желаний присутствует в теле человека независимо от его сознания и находит свое телесное выражение. Результатом подавления является демонстративное безразличие к данной сфере, реальности.

**Блокирование** – задержка, торможение (обычно временное) эмоций, мыслей или действий, возбуждающих тревогу. Например, в состоянии стресса человек может чувствовать себя спокойным и сдержанным, четко мыслящим, успокаивать окружающих, а по выходе из стрессовой ситуации плачет, кричит.

**Отрицание** – непризнание, отвержение сложных жизненных ситуаций, потерь, конфликтов, игнорирование болезненной реальности, фактов. Этот ранний способ “справляться” с неприятностями знаком нам еще с младенчества и уходит с корнями в детский эгоцентризм: “Если я не признаю этого, значит это не случилось”. При отрицании человек считает реальные явления несуществующими. Это полный отказ от неприятной, травмирующей информации и направлен он на факты внешней

действительности, а не на внутренние переживания. В отличие от лжи или симуляции, отрицание является неосознанным.

Выделяют два варианта отрицания: невербальная форма – бессознательное искажение неприметных внешних стимулов на уровне восприятия (лектор игнорирует шум на скучной лекции); вербальная форма – отрицаемое содержание осознается, но с противоположной оценкой (шумят, потому что обсуждают).

Отрицание реальности имеет место там и тогда, когда люди говорят или настаивают: “Никакого ковида не существует!”, несмотря на очевидные доказательства обратного. Отрицание часто является первой реакцией человека, которому сообщили об утрате близкого, тяжелой потере чего-то значимого. Также отрицание можно наблюдать в личных отношениях: многим проще закрыть глаза на проблему, чем ее решать. Например, жена не замечает отчужденности мужа и вместо того, чтобы поговорить, делает вид, что все хорошо; в результате муж уходит к другой. Или родители не замечают, что сын стал игроманом. Люди попросту не позволяют себе думать, что в их семье может случиться такое.

**Вторая группа** механизмов психологических защит связана с преобразованием (искажением) содержания мыслей, чувств, поведения больного.

**Рационализация** – построение приемлемых моральных, логичных обоснований, аргументов для объяснения и оправдания неприемлемых форм поведения, мыслей, поступков, желаний, интерпретации по-своему различных личностных черт (агрессивности как активности, безразличия как независимости, скупости как бережливости и т.д.) с целью самооправдания, так как осознание истинного их содержания может привести к снижению чувства собственной ценности, повышению тревоги и другим отрицательным переживаниям. Например, человек, не желающий искать работу, оправдывается, что нет достойных предложений; ребенок, съедающий все сладкое в доме, считает, что он еще маленький и ему все можно; начальник, третирующий подчиненных, доказывает себе, что поддерживает дисциплину.

Виды рационализации: дискредитация цели (“мне это не было нужно”); дискредитация жертвы (“она сама виновата”),

преувеличение роли обстоятельств (“так сложились обстоятельства”); утверждение вреда во благо (“это послужит уроком”); переоценка имеющегося (“все на пользу”). Следует отметить, что приводимые оправдания, как правило, действительно имеют отношение к объясняемым поступкам, но не являются их основной причиной или мотивом. Например, плохой билет может иметь отношение к провалу на экзамене, но вряд ли станет главной его причиной.

При защитном механизме по типу *интеллектуализации* вступает в действие контроль над эмоциями и импульсами путем преобладания размышления, рассуждения по их поводу вместо непосредственного переживания. Характерным признаком является “объективное” отношение к ситуации, чрезмерно рассудочный способ представления и попытки разрешения конфликтов без ощущения связанных с ней аффектов.

*Изоляция аффекта* – механизм психологической защиты, близкий к интеллектуализации, который заключается в интеллектуально-эмоциональной диссоциации, в отделении эмоций от конкретного психического содержания, в результате чего эта эмоция либо вытесняется в бессознательное, либо связывается с другим, менее значимым представлением. Отделение угрожающей части ситуации от остальной психической сферы, может приводить к раздвоенности личности, к неполному Я. По мнению З. Фрейда, нормальным прототипом изоляции является логическое мышление. Изоляция аффекта становится защитным механизмом только тогда, когда используется для защиты Я-концепции от принятия аспектов реальности, вызывающих тяжелые переживания. Изоляция аффекта свойственна лицам с ананкастными, психастеническими чертами. Это один из механизмов формирования obsessions. Пример: пережившие стихийное бедствие нередко рассказывают об этом без эмоций.

*Смещение* проявляется в том, что реальный объект, на который могли быть направлены негативные чувства, заменяется более безопасным. Им может стать другой человек, животное, предмет. Возможно смещение агрессии на самого себя. Результатом смещения являются различного рода агрессивные и антисоциальные поступки, “беспричинные” ссоры

и конфликты, порча предметов (телефона, посуды и пр.), самоповреждения. Например, требовательный работодатель критикует сотрудника, и он реагирует вспышками ярости на незначительные семейные бытовые ситуации: плохую оценку, громко работающий телевизор, холодный чай и т.п. Он не осознает, что оказавшись объектами его раздражения члены семьи замещают начальника, и сдерживаемая агрессия в отношении авторитетного лица перемещается на других, зависимых от него людей.

**Формирование реакции (реактивное образование)** характеризуется совладанием с неприятными импульсами, эмоциями, личностными качествами посредством замены их на противоположные. Человек бессознательно преувеличивает чувство, противоположное тому, которое вызвало конфликт или является неприятным. Иначе этот механизм называют инверсией желаний. Наиболее часто встречающиеся пары противоположных чувств: ненависть и любовь, зависть и восхищение, сексуальное влечение и пуританская асексуальность. Подобный список можно многократно дополнять. Демонстрируемое поведение отличается ригидностью, экстравагантностью. Маскируемые переживания должны подавляться постоянно, на что затрачивается колоссальное количество психической энергии. При этом они не осознаются. З. Фрейд считал, что этот механизм играет большую роль в формировании сверх-Я.

Подобный факт имеет важное значение в оценке личности того или иного человека, ибо свидетельствует о том, что реальные действия человека могут являться лишь следствием завуалированного искажения его истинных желаний. Примеры: бессознательная неприязнь к ребенку выражается нарочитым, подавляющим вниманием к нему. В ситуации ущемления прав на работе человек блокирует свое недовольство, начиная подчеркнуто “раздувать” свое чувство уважения к руководителю. Человек с вытесняемой враждебностью по отношению к окружающим неосознанно принимает установку и поведение уступчивого и послушного.

**Проекция** – наделение собственными конфликтующими или другими психологическими особенностями другого лица

Приписывание другому собственных желаний, эмоций, качеств, мыслей, чувств, “отдаление угрозы от себя”. Проекция – это процесс, в результате которого внутреннее (чувства, мысли) ошибочно воспринимается как внешнее. Этот механизм психологической защиты дает возможность снять с себя ответственность за собственные черты характера и желания, которые кажутся неприемлемыми. При проекции человек, видя свои недостатки, не желает их признавать, но замечает их у других. Таким образом, он проецирует свои пороки и слабости на других. Проекция чаще всего лежит в основе таких мыслей и чувств, как зависть, ревность, подозрительность, поиск виновного, восприятие окружающих как несправедливых и недоброжелательных. Проецировать можно чувства, мысли и даже поведение. Так, обманщику кажется, что все вокруг шулеры и хотят его обмануть, жадному окружающие видятся скупыми.

У проекции есть не только негативные, но и позитивные проявления. Если вам кажется, что все вокруг чудесно и замечательно, это означает, что вы находитесь в гармонии с самим собой; если вы видите в лице коллег только друзей, это означает, что вы добрый и общительный человек. Примером может служить старый советский мультфильм “Крошка енот” и песня “Улыбка”.

Противоположным проекции механизмом является **идентификация**. Она выражается в отождествлении себя со “значимым другим” путем неосознанного присвоения себе его качеств, за счет чего снижается уровень эмоционального напряжения. Это один из наиболее ранних механизмов психической защиты. Он развивается у ребенка уже на первом году жизни и нужен для освоения навыков и социализации. Идентификационную защиту еще называют социальной мимикрией. Чаще всего социальная мимикрия отмечается у подростков. К примеру, школьник стремится быть как все, старается слиться со своей компанией, если в компании принято курить, он обязательно пристрастится к этой привычке. Желание быть похожим на окружающих создает у подростка иллюзию защищенности. Также социальная мимикрия выражается в желании быть похожими на людей, которых мы опасаемся или от которых

зависим. Зачастую унижаемые люди начинают копировать поведение своих обидчиков. Одним эта идентификация нужна для того, чтобы стать такими же “волевыми” и “сильными”, а другим – чтобы отыграться на более слабых. В психологии этот механизм называется “идентификация с агрессией”. Примером патологической идентификации можно считать “стокгольмский синдром”. Идентификация играет большую роль и в построении и развитии отношений “пациент-психотерапевт”.

**Диссоциация** – механизм психической защиты, в результате работы которого человек начинает воспринимать происходящее с ним так, как будто это происходит не с ним, а с кем-то посторонним. Такая “диссоциированная” позиция защищает от избыточных непереносимых эмоций. В отличие от изоляции аффекта диссоциация значительно искажает восприятие травмирующего события.

На этом механизме базируется возникновение расстройства множественной личности. Оно также легко возникает у лиц, переживших насилие, играет большую роль в развитии посттравматического стрессового расстройства, а также присуще лицам с пограничным расстройством личности. У здоровых лиц действие этого механизма срабатывает в экстремальных, опасных для жизни условиях.

**Третью группу** способов психологической защиты составляют механизмы разрядки отрицательного эмоционального напряжения.

**Отреагирование** – экспрессивное поведение (реализация в действии), в основе которого лежит неосознанная эмоциональная разрядка и освобождение от аффекта, связанного с воспоминанием о травмирующем событии за счет изменения своей роли в нем с пассивно-жертвенной на активно-инициирующую. Этот механизм может составлять основу развития психологической зависимости от алкоголя, наркотиков и лекарств, а также суицидальных попыток, гиперфагии, агрессии.

Отреагирование делится на первичное и вторичное. Первичное отреагирование наступает спонтанно, как вслед за психотравмой, так и в более отдаленное время. Важным моментом тут является отсутствие осознания мотивации такого

поведения. Причем объект, на котором отыгрывается сценарий, может не совпадать с объектом, в отношениях с которым изначально возникла тревога. Как результат сама тревога (и тем более ее причина) не осознается вовсе, заменяясь ощущением силы и власти над ситуацией. Отреагирование связано с импульсивностью. В голову импульсивных людей приходит то, что способствует разрядке их внутреннего напряжения, чем обусловлена их высокая готовность осуществлять задуманное. Чрезвычайно импульсивны истерические личности, отреагирующие, в частности, сексуальные сценарии; зависимые личности, отреагирующие через зависимость свое отношение к человеку; компульсивные люди, отреагирующие при помощи своих ритуалов; социопаты, отреагирующие практически все свои эмоции, и многие другие. Вторичное отреагирование индуцировано в процессе психотерапии, в его основе лежит механизм катарсиса, оно является обязательным компонентом проработки травматического опыта. Воспоминание о психотравме перестает быть патогенным после освобождения связанных с ним негативных эмоций. Оно утрачивает свое травматическое значение и интегрируется в опыт просто как неприятное событие. Аффект, связанный с травмирующим воспоминанием, исчезает только если эта реакция достаточно сильная. Аффект может проявляться достаточно экспрессивно: в виде плача, крика, желания что-то разбить, сломать и, возможно, отомстить. Если отреагирование подавляется, то аффект сохраняется. Осознанное проигрывание прошлой травматической ситуации с целью дать выход сдерживаемым эмоциям называется абреакцией.

**Соматизация** (тревоги или какого-либо отрицательного аффекта) проявляется в психовегетативных и конверсионных синдромах путем трансформации психоэмоционального напряжения сенсорно-моторными актами. Простой пример — школьные “простуды” перед контрольными или экзаменами. В более серьезных случаях неразрешенный конфликт может завершиться приступом серьезного заболевания, например, инфарктом или почечной коликой. Наконец, длительный конфликт порой приводит к развитию хронической болезни (язвенной болезни, бронхиальной астмы).



**Сублимация** – бессознательное переключение отрицательной психической энергии на занятия социально-полезным трудом. Сублимация выражается в том, что человек, испытывающий какой-либо невротический конфликт, находит замещение внутренней тревожности переключением на другое занятие (творчество, работу, уборку и проч.). Термин “сублимация” впервые ввел З. Фрейд, после прочтения книги Г. Гейне “Путешествие по Гарцу”. В книге рассказывалась история мальчика, который издевался над собаками, а позже стал уважаемым хирургом. Фрейд назвал это сублимацией и описал как один из защитных механизмов. Он считал, что энергия, которая однажды привела к садизму ребенка, была в конечном итоге сублимирована на позитивные и социально верные действия, приносящие пользу окружающим. А. Фрейд более детально описала и расширила понимание термина в своей книге “Эго и защитные механизмы”. Сублимация не всегда очевидна, так как она работает на подсознательном уровне. Сублимацию рассматривают как конструктивную стратегию поведения, продуктивный защитный механизм, давший миру огромное количество произведений искусства. Другими примерами сублимации могут быть участие в спортивных соревнованиях, пробежка или занятия в тренажерном зале, которые рассеивают гнев и приносят пользу здоровью. Потребность в контроле может быть сублимирована в успехи в администрировании.

**К четвертой группе** психологических защит относят механизмы манипулятивного типа.

**Регрессия** – возвращение к более ранним инфантильным личностным реакциям, переход на предшествующие уровни психического развития и актуализация ранее успешных способов реагирования. Это проявляется в демонстративной беспомощности, зависимости, детскости поведения (плаче, капризах, эмоциональных просьбах) и служит для уменьшения эмоционального напряжения и ухода от требований реальности, так как мы на бессознательном уровне усвоили, что такие формы поведения гарантируют поддержку и безопасность. Регрессия – один из наиболее ранних и простых механизмов психологической защиты. Может проявиться у детей в воз-

расте 1–2 лет, особенно при лишении общения с значимым родителем. Представляет собой основу сепарационного тревожного расстройства у детей, некоторых реактивных психозов у взрослых. Данный вид защиты особенно часто имеет место в ситуации болезни, когда взрослый человек начинает вести себя как ребенок. Регрессия дает возможность сбросить с себя бремя ответственности за происходящее, ведь в детстве за многое отвечали родители. Злоупотребление регрессией приводит к отсутствию успешной жизненной стратегии, сложностям в отношениях с окружающими и появлению психосоматических заболеваний. Данный механизм типичен для инфантильных, незрелых личностей. У зрелой личности в состоянии дистресса регрессия проявляется в неосознанном стремлении снять с себя ответственность или упростить мир, сделать его более понятным.

**Фантазирование** – приукрашивание себя и своей жизни, что повышает чувство собственной ценности и контроля над окружением. Используется для поддержания самооценки, представления себя в более выгодном свете, как более успешного, более привлекательного и социально одобряемого, либо для проявления табуированных эмоций (агрессивности, сексуальности). Большинство людей в норме фантазируют, проживая различные жизненные ситуации и сценарии, получая соответствующие эмоции и приобретая опыт, меняя представление о себе. При патологической форме фантазирования человек теряет связь с реальностью и начинает отчасти верить своему вымыслу, отождествляя себя со своими фантазиями. Синдром патологического бредового фантазирования чаще диагностируется в детском возрасте либо у взрослых инфантильных личностей.

**Уход в болезнь** – стремление отказываться от ответственности и самостоятельности при решении проблем, оправдать болезнью свою несостоятельность, получить опеку, особое отношение, играя роль больного. Механизм связан с феноменом “вторичной выгоды”. Принятие роли больного освобождает человека от необходимости действовать, позволяет быть зависимым и нуждающимся в сочувствии и поддержке.

Психологические защиты помогают сохранить целостность личности и уберечь ее от распада, восстановить самоуважение, принять болезненную ситуацию, предотвратить дезорганизацию психической деятельности и поведения, сохранить отношения между людьми и в этом заключается их положительная роль. Однако они искажают реальность и не дают нормально ее оценить, вытесняют из сознания факты, события, не решая проблему.

Чаще всего люди используют защитные механизмы не по одному, а в комплексе. Большинство склонны “предпочитать” одни защиты другим, как устойчивый способ реагирования, “по привычке”, что приводит к неадаптивной ригидности поведения, ограничивает возможности вскрытия и разрешения внутриличностного конфликта и блокирует развитие личности.

В психике человека защитные механизмы лежат в основе процессов сопротивления. **Психологическое сопротивление** – это силы, которые противодействуют неприятной ситуации или психологической помощи, потому что она связана с неизбежностью болезненных ощущений (психологической боли). В человеческой психике сильны механизмы самоподдержания как психического здоровья, так и психологических проблем, поэтому человеку так тяжело меняться. Для того чтобы измениться, личности придется признать свое несовершенство, некую ущербность, которая мешает ее развитию. Это может быть неприятным знанием о себе. Но процесс психотерапии и начинается с принятия этого факта, без принятия себя реального, таким какой ты есть, невозможно запустить процесс изменения. Понимание и осознание психологической защиты – это понимание и осознание своего страха. Терапевт должен информировать пациента о существовании механизмов психологических защит, о том, как они могут искажать восприятие своего Я и реальности, и затем проработать эти защиты. Глубинные изменения личности возможны только в условиях взаимоуважения и доверия, партнерских взаимоотношений, которые укрепляют самооценку пациента. Такие взаимоотношения дают возможность вместе исследовать проблемные области и пути их решения.

Принципы психотерапевтической работы с защитами:

1. Психологические защиты пациента можно увидеть, изучив особенности его реагирования в типовых жизненных ситуациях, при обсуждении значимых для него проблем, самооценки, при работе с эмоциями, конфронтации с целью повышения осознания внутренних противоречий.
2. Защитные механизмы являются одним из источников сопротивления изменениям в психотерапии. Важно уметь увидеть и продемонстрировать пациенту на примере психотерапевтической сессии общий, единый паттерн его эмоционально-поведенческого реагирования, который создает проблемы в его жизни. Этот паттерн опосредуется действием психологической защиты.
3. Психотерапевт признает определенное положительное значение психологических защит. Защита обеспечивает аварийную адаптацию и не дает психике еще больше дезинтегрироваться.
4. Работа с психологическими защитами осуществляется пошагово, постепенно. Защиты надо выявить, дать возможность пациенту осознать их, объяснить их смысл в жизни.
5. Конечная цель работы – сделать психологические защиты более гибкими, чтобы они утратили свой патогенный потенциал, и пациент в решении своих жизненных проблем опирался на осознанный способ совладания с ситуацией, используя копинговые защиты.

### **Контрольные вопросы**

1. Дайте определение понятию защитные механизмы.
2. В чем состоит функциональное значение психологической защиты для психики человека?
3. Назовите характеристики психологических защит.
4. Какие классификации защитных механизмов Вы знаете?

5. Какие психологические защиты входят в первую группу? Опишите их и приведите собственные примеры.
6. Какие психологические защиты составляют вторую группу? Опишите их и приведите собственные примеры.
7. Какие психологические защиты входят в третью группу? Опишите их и приведите собственные примеры.
8. Какие психологические защиты составляют четвертую группу? Опишите их и приведите собственные примеры.
9. Подумайте, какие психологические защиты характерны для Вас?
10. Что такое психологическое сопротивление?
11. Какова роль психологического сопротивления в психотерапевтической работе?
12. Назовите основные принципы психотерапевтической работы с защитами.

### **3. ПСИХОГЕННЫЕ (ИСТЕРИЧЕСКИЕ, ДИССОЦИАТИВНЫЕ) РАССТРОЙСТВА**

#### **3.1. Истерические расстройства с помрачением сознания (синдром Ганзера, псевдодеменция, пуэрилизм, синдром одичания)**

Истерические психозы впервые были описаны у заключенных в тюремных условиях. Чаще всего они встречаются в судебно-психиатрической практике у лиц, находящихся под следствием до вынесения судебного приговора (Фелинская Н.И., 1968). При этом в роли психической травмы выступает совершенное правонарушение и последующее привлечение к ответственности. Также истерические психозы могут возникать при тяжелой утрате (внезапной смерти близких, разрыве супружеских отношений), в военной обстановке и при других психотравмирующих событиях. Основной механизм развития этих состояний – подсознательная психологическая защита, развивающаяся с целью оправдания предшествовавшего психозу поведения пациентов и избегания психотравмирующей ситуации, ее “вытеснения” из сознания.

Болезнь возникает по истерическим механизмам защиты (диссоциация) от непереносимой для личности ситуации: “бегство в болезнь”, “фантазирование”, “регресс” и отражает ее представление о сумасшествии (“стал как ребенок”, “поглупел” “превратился в животное” и пр.). В современных условиях такие примитивные формы реагирования встречаются редко.

Под влиянием психотравмирующего воздействия возникает сложное, негативное аффективное состояние, которое, включая истерические механизмы защиты, приводит к состоянию истерически сумеречного сужения поля сознания, на фоне которого и развертываются разные варианты истерических психозов.

Клинически данные расстройства представлены разнообразными психотическими нарушениями: истерическим сумеречным помрачением сознания, псевдодеменцией, пуэрилизмом, синдромом бредоподобных фантазий, синдромом регресса лич-

ности, истерическим ступором. При этом у пациента может наблюдаться сочетание различных истерических расстройств или последовательная трансформация одних психопатологических состояний в другие. По окончании психоза выявляется амнезия.

**Псевдодеменция** (мнимое слабоумие, демонстративное поглупение) – наиболее легкая степень истерических психотических расстройств. Относительно малая глубина сумеречного помрачения сознания. Больные растеряны, жалуются на невозможность разобраться в окружающей ситуации, бессмысленно смотрят перед собой, отвечают невпопад, дурашливы, таращат глаза; то смеются, то подавлены; не могут справиться с простейшей задачей, ответить на вопрос обыденного содержания и вместе с этим неожиданно правильно отвечают на сложный вопрос. Выделены депрессивная и ажитированная формы псевдодеменции. При первой форме больные вялы, подавлены, много лежат, предъявляют ряд ипохондрических жалоб на головные боли, ослабление памяти, слабость. Изменение сознания носит степень легкой оглушенности. Выражение лица угнетенно-страдальческое. Ответы на задаваемые вопросы носят характер отрицания либо персевераций (повторение одного и того же слова, цифры). Наряду с явлениями “миморечи” отмечаются явления “мимодействий”, которые выражены слабо. Так, при просьбе зажечь спичку больные долго осматривают коробку, пробуют взять ее в руку, потом безнадежно машут рукой, отказываются: “Не могу, не помню”. При ажитированном варианте пациенты суетливы, непоседливы, дурашливы. Внимание их неустойчиво, они легко отвлекаются. Движения не вполне координированы. Больные совершают много ненужных действий, трогают предметы руками, перебирают тесемки халата, вытягивают из белья нитки, комкают простыни, гримасничают. Походка карикатурная. Темп речи ускорен, на вопросы отвечают без задержек. “Миморечь” больных имеет нелепый и случайный характер. Ответы прямо противоположны правильным. Особую выраженную форму приобретают “мимодействия”. Больные надевают туфли на руки, в руки халата стараются просунуть ноги. Состояния псевдодеменции могут продолжаться от нескольких дней до нескольких месяцев.

Дифференциальный диагноз проводится между “миморечью” псевдодементных больных и больных с кататонией, между органической деменцией с явлениями афазии и апраксии и псевдодеменцией, между псевдодеменцией и симуляцией. Неправильный ответ псевдодементного родственен правильному – он или прямо противоположен правильному, или сходен с ним по смежности, или представляет собой ответ на предыдущий вопрос. В содержании ответа всегда можно уловить связь с психотравмирующей ситуацией. При шизофрении ответ больного всегда бывает неожиданным. От органической афазии “амнестическая псевдоафазия” отличается тем, что возникает только как этап, при обратном течении псевдодеменции, после типичных ответов по типу “миморечи”. Отсутствуют органические знаки. Органическое слабоумие всегда проявляется в соответствии с градациями усложнения заданий.

**Пуэрилизм** (от лат. *puer* – ребенок) также развивается на фоне истерического сужения сознания и характеризуется детскостью поведения: речи, движений, эмоциональных проявлений. Нелепое, не соответствующее психике взрослого человека ребячливое поведение, проявляющееся детскими манерами, жестами, шалостями. Больные забавляются игрушками, капризничают, плачут, по-детски строят фразы, говорят с детскими интонациями, сюсюкают. Окружающие для них “дядечки” и “тетечки”. Моторика приобретает детский характер, больные бегают мелкими шажками, подвижны, трогают все руками, тянутся к блестящим предметам, прячут их под халат. Эмоциональные реакции проявляются по-детски: больные капризничают, надувают губы, стучат ногами, плачут, когда им не дают то, что они просят. Решение элементарных задач или совершение простейших действий сопровождается грубыми просчетами и ошибками. Наряду с детскими чертами поведения у больных сохраняются отдельные привычки и навыки взрослого человека. Настроение обычно подавленное, несмотря на игривость и внешнюю подвижность. Имеет более затяжное течение.

Дифференциальный диагноз проводят с гебефренией, старческим слабоумием, психофизическим инфантилизмом. При гебефрении клиническая картина носит характер дураш-



ливости, специфические особенности мышления и поведения, характер течения процессуального заболевания отличаются от клинической картины реактивного состояния. Старческое слабоумие связано с возрастом, наличием органических симптомов. При психофизическом инфантилизме особенности формирующейся личности не имеют типичной динамики болезненного реактивного состояния.

**Синдром Ганзера** (Ganser S.J.M., 1898) – острое истерическое сумеречное расстройство сознания, на фоне которого развиваются явления псевдодеменции и пуэрилизма. Больные не могут ответить на элементарные вопросы, произвести то или иное простое действие, решить несложную арифметическую задачу, объяснить смысл картинки. Их ответы, несмотря на явную нелепость, соответствуют вопросам. На первый взгляд больные действуют невпопад, но у них тем не менее сохраняется общее направление требуемого действия: например, при просьбе зажечь спичку больной чиркает ею о коробок, но другим концом. Больные дезориентированы в окружающем, безразличны к происходящему вокруг, бессмысленно хохочут, иногда выглядят испуганными; они бывают суетливы, непоседливы. Продолжительность синдрома Ганзера составляет несколько дней. После выхода из болезненного состояния наблюдается амнезия. Данное состояние может завершиться внезапно, впоследствии отмечается амнезия психотического периода.

Дифференциальный диагноз “миморечи” психогенного происхождения проводят с “миморечью” шизофренического происхождения. “Миморечь” при синдроме Ганзера остается в рамках поставленного вопроса, затрагивает круг правильных представлений, в то время как “миморечь” при кататонической шизофрении не имеет никакого отношения или крайне поверхностное отношение к вопросу.

**Синдром одичания** – тяжелое нарушение, распад психических функций с утратой навыков поведения, свойственного человеку (Бунеев А.Н., 1945; Молочек А.И., 1947; Фелинская Н.И., 1961, 1965; Чибисов Ю.К., 1961, 1965). Патологический механизм регресса психических функций с позиции учения И.П. Павлова заключается в торможении наиболее поздно

приобретенных и растормаживании ранних условно-рефлекторных связей. Расстройство сознания представляет собой либо истерически суженное, либо “двойное”, иногда имеет место сумеречное расстройство сознания, в любом случае – на фоне аффекта страха. Большей частью больные находятся в состоянии длительного психомоторного возбуждения, в структуре которого и проявляются элементы одичания. Иногда наряду с распадом психических функций наблюдается и продуктивная симптоматика в виде явлений перевоплощения. Больные передвигаются на четвереньках, совершают руками движения, напоминающие взмахи крыльев. Они ползают, рычат, едят, не пользуясь ложкой, прямо из миски, разрывают пищу руками. Временами набрасываются на окружающих, скалят зубы, пытаются укусить их. При прогрессирующем ухудшении состояния происходит глубокий распад приобретенных навыков. Регресс психики проявляется в распаде сложных и выявлении простейших форм реакций (ориентировочные, оборонительные). В процессе обратного развития реактивного психоза прежде всего восстанавливаются и усложняются наиболее простые реакции непосредственно на безусловные раздражители, в дальнейшем – на условные. Аффективные реакции, сначала малодифференцированные, усложняются и становятся более адекватными. Наблюдается диссоциация распада и восстановления. Так, вместе с еще имеющимися симптомами “одичания” появляются довольно сложные высказывания, относящиеся к комплексу травмирующих переживаний. Дольше всего сохраняются нарушения функций, непосредственно связанных с начальными симптомами реактивного психоза. Например, отказ от пищи как форма протеста сохраняется в виде нарушения пищевой реакции на всем протяжении реактивного состояния и эта реакция восстанавливается последней.

Синдром регресса психики возникает либо сразу остро, что наблюдается при очень тяжелом травмирующем переживании, либо постепенно, ступенчато, являясь одним из последних звеньев в развитии и углублении реактивного состояния.

### 3.2. Психогенные двигательные расстройства

Психогенные (истерические, диссоциативные, конверсионные, функциональные) двигательные нарушения проявляются в виде истерических судорожных припадков, параличей, явлений амавроза, афонии и т.д. (Цыганков Б.Д., Овсянников С.А., 2021), парезов, гиперкинезов, контрактур, мутизма, истерического ступора и др. (Лебедев М.А., Палатов С.Ю., Ковров Г.В., 2013). Современные исследователи отмечают патоморфоз конверсионных расстройств, стремительное исчезновение “архаичных форм истерии” в виде судорожных припадков, “истерической дуги”, острых приступов слепоты и глухоты, появление в современной клинической картине конверсий большего числа истероипохондрических симптомов, сенестопатических и болевых проявлений, при этом двигательные нарушения истерического генеза также продолжают наблюдаться в клинической практике (Дорофеев Е.В., 2020).

**Психогенные параличи и парезы.** Парезы и параличи как проявления диссоциативных двигательных расстройств в одних случаях напоминают центральные спастические, в других – периферические вялые параличи (Дорофеев Е.В., 2020). Как правило, истерические двигательные расстройства сопровождаются снижением мышечного тонуса, отсутствием асимметрии рефлексов, отсутствием мышечных атрофий. Иногда наблюдается локальное напряжение мышц в сочетании с интенсивной болью и ограничением движений в верхней или нижней конечности.

Основным отличием психогенных двигательных расстройств является отсутствие объективных признаков органического поражения нервной системы. Так, при функциональных (психогенных) парезах отсутствуют патологические симптомы (например, симптом Бабинского), рефлексы являются нормальными, нет мышечных атрофий, сохраняется нормальная функция мочевого пузыря и кишечника. Важной клинической чертой психогенных двигательных расстройств, поддерживающей диагноз, является изменчивость двигательных симптомов во времени и при использовании определенных отвлекающих тестов. При психогенном гемипарезе может отмечаться вовле-

чение всех анатомических структур на пораженной половине тела (снижение слуха, зрения, гемипарез и гемигипестезия с вовлечением лица). Помимо этого, слабость при психогенных параличах охватывает всю конечность, а не отдельные мышечные группы, и может сопровождаться одновременной мышечной гипотонией и гиперрефлексией. Нередко та или иная презентация “поражения” нервной системы связана с представлением пациента о строении своего тела, вследствие чего выявляемые при осмотре симптомы не совпадают с анатомическими или физиологическими закономерностями. При осмотре выявляются неанатомические расстройства чувствительности: например, гипестезия или анестезия с границей строго по средней линии верхней половины туловища или “ампутационный характер” чувствительных нарушений, захватывающий всю руку или ногу. Кроме того, больные с психогенной гемигипестезией могут утверждать, что не чувствуют вибрации на одной половине грудины, хотя вибрация хорошо передается через кости (Савков В.С., Князева Г.В., 2018).

Диагностику существенно облегчает использование набора клинических тестов, дифференцирующих психогенные и органические синдромы (проба Гувера, тест отведения бедра, тест сгибания и разгибания руки в локтевом суставе, исследование мышечного тонуса, тест на сохранность оборонительных реакций и др.).

**Психогенные (истерические) припадки** проявляются главным образом неврологическими симптомами, среди которых наиболее очевидны двигательные феномены. К ним относят тонические спазмы с формированием разнообразных патологических поз в кистях и стопах; сгибательные и разгибательные движения в конечностях; крупноамплитудный тремор и неритмические подергивания; хаотические беспорядочные движения с разбрасыванием рук и ног. При этом могут наблюдаться полуповороты тела на правый и левый бок, выгибание тела (“истерическая дуга”), толчкообразные движения тазом. В припадке нередко отмечается запрокидывание головы, повороты ее из стороны в сторону, закатывание глаз вверх, спазмы мышц глаз, губ и языка, жевательных мышц (тризм)

либо всей половины лица (псевдогемиспазм). Наблюдаются стоны, мычание, реже плач и смех, часто нарушается речь по типу мутизма, замедленности, растянутости либо псевдозаикания. Выраженность моторных проявлений припадка может варьировать от двигательной бури до ощущения напряжения в конечностях, судорожных сведений рук и ног, потребности в “выгибании” (Дюкова Г.М., 2013).

Психогенные припадки дифференцируют прежде всего с эпилептическими. Диагностировать психогенный припадок помогают характерный рисунок моторных феноменов, значительная длительность припадка (более 5–15 минут), активное сопротивление больного попыткам врача открыть глаза, а также эмоционально-экспрессивные феномены припадка (крики, стоны, слезы). Отличия судорожных припадков от эпилептических заключаются также в отсутствии прикусывания языка, последствий внезапных падений, непроизвольного мочеиспускания, выключения сознания (Лебедев М.А., Палатов С.Ю., Ковров Г.В., 2013). При этом верифицировать диагноз эпилептического припадка может специалист-невролог с применением инструментальных методов исследования (электроэнцефалографии, видеозаписи припадка, реакции на противосудорожные препараты).

**Нарушения походки.** К типичным вариантам психогенных нарушений ходьбы относится псевдоатактическая походка с перекрестом ног (“плетение косы”); походка с волочением ноги; походка с постоянным или периодическим подгибанием коленей. Чаше встречаются расстройства походки, наиболее известные под названием “астазия-абазия”, заключающиеся в психогенно обусловленной невозможности стоять и ходить при отсутствии нарушений мышечного тонуса и сохранении пассивных и активных движений в положении лежа (Дорофеев Е.В., 2020). Клинический диагноз во всех случаях ставится неврологом и требует моделирования нестандартных ситуаций (ходьбы с закрытыми глазами, на пятках и носках, тандемной, бега), при которых моторный рисунок становится еще более вычурным, а демонстративный характер моторики приобретает необходимую очевидность.

**Истерические гиперкинезы.** Тремор (дрожание) является самой частой формой гиперкинеза при психогенных (истерических) двигательных расстройствах. Он может иметь любую локализацию и наблюдаться либо изолированно, либо в сочетании с другими типами психогенных гиперкинезов. Характерными особенностями истерического тремора являются одновременное наличие признаков тремора покоя, постурального тремора и тремора действия; несоответствие между выраженностью тремора и сохранностью функций конечности (например, письма); внезапное эмоциогенное начало, непрогрессирующее течение, спонтанные ремиссии, неподатливость фармакотерапии при положительном эффекте психотерапии и плацебо.

В структуре психогенных зрительных и глазодвигательных расстройств типичны концентрическое сужение полей зрения, выявляемое при периметрии окулистом, сужение глазной щели (блефароспазм), двоение, сохраняющееся при взгляде одним глазом и др. (Дюкова Г.М., 2013).

В целом психогенную природу двигательных нарушений позволяют предположить данные, приведенные в таблице 1.

Течение диссоциативного расстройства может быть различным: проявления невротических реакций бывают кратковременными и исчезают без лечения либо сохраняются у пациента на протяжении нескольких лет с колебаниями выраженности нарушений (Дорофеев Е.В., 2020).

В клинической картине диссоциативного расстройства двигательные нарушения нередко сочетаются с сенсорными, при этом они отличаются большим динамизмом, разнообразием симптомов, сложностью и изменчивостью. Например, гемипарезы обычно сопутствуют гемианестезии, монопарезы – ампутиционной анестезии (Дорофеев Е.В., 2020).

Ранее считалось, что данные расстройства чаще проявляются у лиц с истерическими, театральными чертами характера, однако на практике они наблюдаются лишь у 9–20% больных, имеющих истерические характерологические особенности (Lempert T. et al., 1990).

**Данные, позволяющие предположить  
психогенную природу двигательных нарушений  
(Савков В.С., Князева Г.В., 2018)**

Анамнестические сведения	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Внезапное появление симптомов.</li> <li>2. Стационарное без изменений течение болезни.</li> <li>3. Спонтанная ремиссия (без определенной закономерности во времени).</li> <li>4. Наличие психических нарушений у пациента.</li> <li>5. Разнообразные соматические жалобы.</li> <li>6. Наличие вторичной выгоды</li> </ol>
Клинические данные	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Непоследовательный (“нелогичный”) характер движений (амплитуды, частоты, распространенности).</li> <li>2. Пароксизмальные нарушения движения.</li> <li>3. Выраженность нарушений нарастает при привлечении к ним внимания и уменьшается при отвлечении внимания.</li> <li>4. Способность больного инициировать и ослаблять нарушения движений с помощью необычных или нефизиологичных вмешательств.</li> <li>5. Причиненные самому себе повреждения.</li> <li>6. Сознательное замедление движений.</li> <li>7. Двигательные расстройства причудливы, разнообразны и трудно классифицируемы</li> </ol>
Ответ на терапию	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Реакция на соответствующие лекарственные средства отсутствует.</li> <li>2. Положительный лечебный эффект плацебо.</li> <li>3. Ремиссия после психотерапии</li> </ol>
Сопутствующие заболевания	<p>Типичные сопутствующие диагнозы: паническое, генерализованное тревожное, посттравматическое стрессовое, обсессивно-компульсивное расстройства; расстройства настроения; социальные фобии; расстройства личности. Распространенным является наличие у близких родственников психического расстройства или тяжелого соматического заболевания</p>

Сродство симптомов диссоциативных двигательных расстройств с неврологическими заболеваниями заставляет пациентов обращаться преимущественно за неврологической помощью (Ромасенко Л.В., ВандышБубко В.В., Никитин С.С., 2019). По некоторым данным, функциональные психогенные

расстройства встречаются у одной трети всех неврологических пациентов в амбулаторных условиях и 9% пациентов неврологического стационара (Дюкова Г.М., 2013). Отсутствие психиатрической и психотерапевтической помощи может привести к игнорированию в процессе лечения важного патогенетического звена – психогенного компонента заболевания (Карвасарский Б. Д., 1990; Popkirov S., AsadiPooya A.A. et al., 2019). Комплексный междисциплинарный подход к диагностике и лечению способен повысить комплаентность, ускорить выздоровление и добиться более длительной стойкой ремиссии (Klinke M.E., Hjartardóttir T.E. et al., 2021).

**Диссоциативная (истерическая) fuga** имеет все признаки диссоциативной амнезии в сочетании с внешне целенаправленными путешествиями вне пределов обычной повседневности, во время которых больной поддерживает уход за собой и несложное социальное взаимодействие с незнакомыми людьми (типа покупки билетов, заказа еды и т.п.). Со стороны такое поведение может представляться совершенно нормальным. Данное состояние не обусловлено органическим поражением головного мозга.

### **3.3. Психогенный (реактивный, истерический) ступор**

Психогенный (реактивный, истерический) ступор – состояние обездвиженности больного, отвечающее критериям ступора, при отсутствии физических или других психических расстройств, которые могли бы объяснить его причину и наличия сведений о недавнем стрессовом событии (ситуации). Характерна насыщенность эмоциональных переживаний, отражающихся в мимике пациента и меняющихся в зависимости от окружающей обстановки. Пациенты застывают в скорбной позе с полузакрытыми глазами, как бы демонстрируя душевные страдания, но не остаются полностью безучастными к окружающему.

Психогенный (реактивный, истерический) ступор может возникать внезапно или постепенно, быть полным или неполным. В ряде случаев он появляется остро как самостоятельная форма



реакции, непосредственно после травмирующего переживания. Чаще психогенному ступору предшествуют либо сохраняются после его разрешения другие истерические проявления (синдром Ганзера, псевдодеменция, истерическое сумеречное нарушение сознания, припадки, истерический мутизм, астазия-абазия и др.).

Полный истерический ступор отличается абсолютной неподвижностью, мутизмом, а также часто восковидной гибкостью или (реже) мышечной ригидностью (Bilikiewicz A., Landowski J., 1973). Основной чертой, определяющей клиническую картину психогенного ступора, является эмоциональное напряжение, окрашивающее все психопатологические проявления этого синдрома. Несмотря на неподвижность и мутизм, мимика таких больных выразительна, отражает напряженный аффект. Все мышцы обычно напряжены, больные лежат в позе эмбриона, которую трудно изменить. Выражение лица угрюмое, злобное, иногда мимика отражает застывшее страдание и отчаяние. На внешние раздражители реакция отсутствует, больной не разговаривает, не отвечает на вопросы, не выполняет инструкций, не принимает пищу (нередко требуется кормление через зонд), иногда неопрятен.

При отсутствии реакции на обращение к больному у него фиксируется учащение пульса, появление красных пятен на лице и шее, небольшое вздрагивание плотно сомкнутых век и крыльев носа. Вопросы, обращенные к больным, остаются без ответа, однако, если они касаются психотравмирующей ситуации, возникают выраженные вегетативные реакции. При попытке обследовать или изменить позу больные также оказывают резкое сопротивление с выраженной вегетативной реакцией. На фоне психомоторной заторможенности может отмечаться ряд истерических симптомов.

При неполном ступоре отмечаются движения глаз, следящих за поведением окружающих, более или менее живая мимика, отрывочные жесты и целенаправленные движения, монотонные ответы знаками на вопросы, произнесение отдельных слов, обрывков фраз, шепот или движение губ. Больной обычно лежит в одной позе, чаще всего на боку с согнутыми ногами,

нередко накрывшись одеялом с головой, не проявляет никакой активности. Иногда он двигается, встает с постели, но обычно только для отправления физиологических нужд. Поднятый с постели, он ложится на пол или беспомощно топчется на месте (иногда наблюдается один из типов истерической походки).

Сознание у таких больных изменено и по структуре приближается к аффективно суженному, но всегда остается “окно в реальность” (С. С. Корсаков). Восприятие и способность к переработке внешних впечатлений, а также определенная ориентировка в окружающем остаются сохраненными. Вопросы, касающиеся тяжелой травмирующей ситуации, всегда вызывают выраженную реакцию, как правило, сопровождаются рядом вегетативных симптомов. Несмотря на длительный отказ от пищи, физическое состояние этих больных обычно остается удовлетворительным, но при очень длительном ступоре возможно физическое истощение.

Результаты электромиографического исследования не обнаруживают отклонений от нормы (Bilikiewicz A., Landowski J., 1973).

Истерический ступор может исчезать внезапно (состояние быстро улучшается сразу после наступления благоприятного исхода сложной ситуации, вызвавшей психическую травму), постепенно или волнообразно (ослабление и повторное нарастание симптомов), имеет тенденцию к рецидивированию. Он может продолжаться от нескольких часов до многих лет, но никогда не вызывает никаких патологических психических и неврологических последствий, в редких случаях единственным последствием его бывает физическое истощение.

Если психомоторная заторможенность не достигает степени ступора, то говорят о преступорозном состоянии.

**Дифференциальная диагностика.** Наибольшие трудности вызывает разграничение психогенного и кататонического ступора. От кататонического ступора данное психогенное расстройство отличается демонстративностью поведения (в присутствии врачей), большей сознательностью взгляда и мимики, а главное – благоприятным исходом при перемене ситуации. В целом расстройство может иметь затяжное течение и нередко

представляет затруднения при отграничении от шизофрении. Важным дифференциально-диагностическим критерием является аффективное напряжение, определяющее эмоциональную насыщенность всех психопатологических проявлений при психогенном ступоре, их непосредственную зависимость от психотравмирующей ситуации в отличие от спонтанных аффективных колебаний, не зависящих от ситуации, при кататоническом ступоре. Двигательные нарушения проявляются в несовместимых для психогенных психозов сочетаниях. На первый план выступают специфические нарушения мышечного тонуса, общая скованность, тенденция к застыванию; повышение тонуса отдельных мышечных групп сочетается либо с постоянной сохранностью отдельных спонтанных движений, либо с временным их восстановлением, что нехарактерно для психогенного ступора. Его клиническая картина отличается структурной целостностью. Такая же своеобразная парциальность и подчас нестойкость характеризуют картину мутизма. Очень важным в дифференциально-диагностическом отношении является сравнительный анализ состояний кратковременного возбуждения, возникающих на фоне психомоторной заторможенности как при психогенном, так и при шизофреническом ступоре. В отличие от реактивного ступора при ступорозном синдроме на начальных этапах шизофрении еще в тот период, когда это состояние внешне мало отличается от реактивного, выявляется определенное несоответствие состояний психомоторного возбуждения доминирующему эмоциональному фону. При этом иногда впервые выявляются некоторые специфические кататонические симптомы.

### **3.4. Истерическое соматоформное расстройство**

Соматоформные расстройства – группа психогенных расстройств, проявляющихся функциональными соматическими нарушениями, не имеющими органической (физической) основы, достаточной для их возникновения. Существуют два основных механизма реализации психических расстройств в соматической сфере (в виде телесных, висцеральных симпто-

мов): *конверсия* или “истерическое вытеснение” эмоционального напряжения, связанного с внутренним психологическим конфликтом, в соматическую сферу с развитием соматоневрологических нарушений и *соматизация* – развитие разнообразных неспецифических соматических нарушений функционального характера под влиянием неблагоприятных психологических факторов.

Соматовегетативные нарушения истерического генеза могут относиться к любой из систем организма. Истерические расстройства в соматической сфере в рамках МКБ-10 кодируются шифром F45:

- соматизированное расстройство (болезнь Брике) (F45.0);
- ипохондрическое расстройство (F45.2);
- соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3): сердца и сердечно-сосудистой системы (F45.30), верхней части желудочно-кишечного тракта (F45.31), нижней части желудочно-кишечного тракта (F45.32), дыхательной системы (F45.33), урогенитальной системы (F45.34);
- хроническое соматоформное болевое расстройство (F45.4).

Считается, что у лиц, страдающих истерическими соматоформными расстройствами, действительно возникают изменения в физиологических функциях организма. Соматоформные расстройства этого типа часто трудно отделить от настоящих заболеваний с физиологическими причинами (Комер Р., 2005). Всегда остается вероятность, что данный диагноз поставлен неправильно, и проблемы пациента могут иметь не выявленную медиками органическую причину. Поэтому врачи разного профиля (терапевты, гастроэнтерологи, кардиологи, пульмонологи, неврологи) должны быть ориентированы в вопросах дифференциальной диагностики психогенных и органических расстройств и знакомы с многообразием клинических проявлений истерии.

Пациенты, страдающие соматизированными расстройствами, испытывают множество различных физических недомоганий, продолжающихся в течение длительного времени и не имеющих никакой или почти никакой органической основы.

Обычно они обращаются к терапевтам с жалобами на боли в разных частях тела, нарушение дыхания, тошноту, рвоту, ощущение кома в горле и пр., часто эффектно и трагически описывают свои множественные симптомы. Большинство, кроме того, ощущают тревогу и депрессию (Комер Р., 2005).

Болевые синдромы занимают основное место среди истерических симптомов, встречающихся в практике терапевта. Большинство больных, как правило, в качестве первой жалобы сообщают о болях в голове, шее, позвоночнике, межлопаточной области, руках, ногах и т.д. Однако пока не выявлено признаков, позволяющих однозначно говорить о психогенном характере локальных болей.

Критериями психогенных болей являются:

- множественная локализация боли;
- высокая интенсивность боли по визуально-аналоговой шкале;
- диссоциация интенсивности боли и степени дискомфорта, который больной испытывает;
- связь боли с психогенными неврологическими симптомами по времени и локализации;
- наличие болевого поведения в виде стонов, болевых гримас и жестов, использование дополнительных приспособлений (ношение “шапочки”, воротника, корсета, использование палки или костыля);
- характерные особенности личностной структуры: депрессивность и социальная зависимость, пассивно-агрессивные черты, демонстративность, преобладание лиц, связанных с медицинской профессией;
- признаки социальной инвалидизации: частые обращения к врачу и вызовы скорой помощи, частые госпитализации, группа инвалидности, частая связь дебюта боли с физической травмой (Дюкова Г.М., 2013).

**Истерические дыхательные расстройства** представлены прежде всего гипервентиляционным синдромом (ГВС), проявляющемся, в зависимости от клинического варианта симптомом “пустого дыхания”, когда больные ощущают не-

удовлетворенность вдохом или нехватку воздуха; ощущением неполноценной работы органов дыхания, когда пациенты фиксированы на регулярности ритма дыхания, боятся его остановки, утраты автоматизма дыхания; синдромом затрудненного дыхания (ощущениями затруднения дыхания из-за внутреннего “препятствия” потоку воздуха, жалобами на ком в горле, “стягивание, сдавление” горла, скованность, зажатость грудной клетки, невозможность совершить глубокий вдох); гипервентиляционными эквивалентами (ощущением сухости в горле, першения, сухим кашлем, повторяющимися глубокими вздохами и т.п.) или гипервентиляционными кризами. У больных с ГВС часто наблюдаются смешанные истеротревожные расстройства, и тогда в процессе приступа, на фоне панического страха могут появиться и другие истерические симптомы – истерическая дуга, судороги в конечностях, утрата сознания и пр.

**Истерические нарушения функции желудочно-кишечного тракта.** Включают ощущение инородного предмета (комка, кол) в горле, чувство дискомфорта в горле, постоянное желание что-то проглотить, тошноту, рвоту, отсутствие аппетита, метеоризм, запор, понос и др. Ощущение кома в горле может быть изолированным (у 20% больных) или сопровождаться другими симптомами. Активное выявление других функциональных неврологических симптомов, связь дебюта и обострений болезни с психогенными факторами, эффективность психотерапии и психофармакотерапии подтверждают психогенный генез ощущения кома в горле.

Другими проявлениями нарушения функции ЖКТ являются рвота, тошнота, отрыжка. С точки зрения психоанализа, тошнота и рвота представляют собой классические симптомы отвержения, неприятия какой-либо ситуации. В детстве ребенок нередко рвотой реагирует на неприятную или нежелательную ситуацию. У больных истерией в качестве самостоятельного симптома рвота не характерна, значительно чаще ощущение тошноты и эпизодическая рвота наблюдаются в структуре полисиндромной истерии. Нередко в этих случаях тошнота и рвота сопутствуют тяжелым головным болям. Если по настоятельной просьбе врача больной пытается преодолеть свой дефект (на-

пример, встать при слабости в ногах или пройти несколько шагов при наличии астазии-абазии), то в этот момент может внезапно появиться тошнота, а иногда и рвота. Повторная, иногда каскадная отрыжка может включаться в структуру истерического припадка.

Псевдогравидарный синдром (синдром Альвареса) или синдром функционального растяжения мышц живота – состояние, при котором наблюдается увеличение и выпячивание живота вперед. В этих случаях в течение нескольких минут происходит увеличение живота до размеров 6–8-месячной беременности. Течение может быть интермиттирующим или хроническим. Суть синдрома заключается в изменении напряжения в мышцах живота в сочетании с гиперлордозом, что и обуславливает выпячивание живота. Способствовать увеличению живота может и аэрофагия, при этом в конце приступа может возникнуть каскадная отрыжка.

Возможными истерическими нарушениями со стороны сердца и легких являются одышка, чувство нехватки воздуха, боли в области сердца, сердцебиение, аритмии; со стороны урогенитальной сферы – рези при мочеиспускании, чувство переполнения мочевого пузыря, сексуальные расстройства (вагинизм), мнимая беременность, викарные кровотечения.

### **Контрольные вопросы**

1. Опишите клиническую картину синдрома Ганзера.
2. Проведите дифференциальную диагностику между псевдодеменцией и деменцией.
3. С какими психическими расстройствами нужно проводить дифференциальный диагноз пугеризма?
4. Опишите клиническую картину синдрома одичания.
5. Проведите дифференциальную диагностику психогенных (истерических) и эпилептических припадков.
6. Каковы основные клинические особенности истерического ступора?

7. Проведите дифференциальную диагностику истерического и кататонического ступора.
8. Каковы основные клинические проявления соматоформных расстройств?
9. Каковы основные анамнестические и клинические характеристики, позволяющие предположить психогенную природу двигательных нарушений?
10. Опишите клиническую картину истерических двигательных расстройств.



## **4. ЭНДОФОРМНЫЕ ПСИХОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА**

### **4.1. Психогенные параноиды**

Психогенные (реактивные) параноиды представляют собой группу бредовых психозов, возникающих под воздействием психотравмирующих обстоятельств. П.Б. Ганнушкин (1933) выделил условия формирования психогенных параноидов:

- нахождение под подозрением в совершении какого-нибудь преступления;
- изолированное положение в совершенно чуждой среде.

Клиническая картина определяется наличием параноидного синдрома: бреда отношения, преследования, вербальных иллюзий, истинных зрительных и вербальных галлюцинаций. В тематике бреда находит отражение психотравмирующая ситуация. Психотические переживания эмоционально насыщены, связаны по содержанию с психотравмирующей ситуацией, сопровождаются тревогой, страхом. Бредовые идеи отличаются простотой, монотематичностью, явной нелепостью, тенденцией к расширению фабулы. Важную роль в развитии этих состояний играет патологически измененная почва, то есть повышенная уязвимость организма к неблагоприятным воздействиям вследствие наличия конституциональных, органических, соматических, интоксикационных факторов. Возникновению реактивных параноидов могут способствовать физическое и нервное истощение, длительное эмоциональное напряжение, лишение сна, изоляция, употребление алкоголя.

По данным N. Vicente и соавт. (1996), пациенты с психогенными параноидными психозами составляют 0,88% от общего числа больных, госпитализированных в психиатрическую больницу. В.А. Гиляровский (1946), исследуя закономерности формирования психогенных параноидов, справедливо определил их как полигинии, зависящие, помимо собственно триггерных механизмов, от ряда иных (соматических и ситуационных) факторов. Развитию психогенного параноида могут способствовать

длительное эмоциональное напряжение, арест, вынужденная изоляция, нервное и соматическое истощение, связанное с продолжительным лишением сна, недоеданием и другими причинами. Определенная роль в патогенезе психогенных параноидов принадлежит и конституциональному фактору (Retterstol N., 1966, 1978). Среди патохарактерологических проявлений, обуславливающих повышенную чувствительность к воздействию психотравмирующих факторов, чаще всего отмечаются личностные аномалии параноидного, шизоидного и истерического круга. Конституциональная предрасположенность (почва) играет наибольшую роль для формирования психогенно обусловленных патологических (паранойальных) реакций. Закономерности динамики бредовых реакций неоднородны. Выделяют острые, подострые и затяжные психогенные параноиды.

Клинической картине острого психогенного параноида свойственны простота, элементарность, образность, эмоциональная насыщенность бреда и резко выраженный аффект страха и тревоги. Чаще всего возникает бред преследования и отношения. Содержание бреда в прямом или противоположном виде отражает травмирующую ситуацию (бред невинности и помилования осужденных). В одних случаях это угроза физическому существованию, расправа, в других – морально-этический ущерб, причиняемый самому больному и его родным. Возможны также как зрительные, так и слуховые галлюцинации. После короткого (иногда не более нескольких часов) продрома с еще неясными тревожными опасениями и нарастающей подозрительностью у больных внезапно возникает ощущение смертельной опасности: они окружены врагами, их родственников уже нет в живых; некоторые слышат злое шепот, а потом и более отчетливые голоса людей, замышляющих убийство. В период кульминации психоза поведение больных целиком определяется содержанием патологических переживаний и может вылиться в опасные действия. В ужасе они пытаются бежать, выпрыгнуть в окно, нападают на мнимых врагов или хотят покончить с собой, чтобы не попасть живыми в руки преследователей. Психоз носит транзиторный характер, и в боль-

шинстве случаев через несколько дней после госпитализации бредовые расстройства исчезают. Однако на протяжении последующих 2–4 недель сохраняется остаточная симптоматика в виде тревоги по вечерам, подозрительности, боязни появления преследователей. Резидуальный бред при психогенных параноидах обычно нестойк и редуцируется в процессе обратного развития тревожных расстройств, психической слабости и восстановления критики.

Важнейшим патогенетическим фактором формирования психогенных параноидов является фактор неблагоприятной внешней обстановки, приобретающий свойства психической травмы.

### **Психотравмирующая роль непривычной для личности ситуации (“параноиды внешней обстановки”):**

- **Железнодорожный параноид** (Жислин С.Г., 1940).

Развивается у транзитных пассажиров, находящихся по несколько суток в дороге.

Предрасполагающие факторы – физическое переутомление, нерегулярное питание, лишение сна.

Психогенный фактор – обстановка железной дороги с присущими волнениями по поводу отъездов и пересадок, суэта больших вокзалов, непривычный окружающий шум, обрывки чужих разговоров, дефицит информации, порождающий тревогу и беспокойство.

Отправляясь в путь по железной дороге, больные вскоре замечают, что на них сосредоточено внимание окружающих: соседи по вагону ведут себя как-то необычно, шепчутся и переглядываются. Вскоре у них укрепляются убеждения, что в купе расположилась шайка воров или бандитов, замышляющих нападение с целью ограбления или убийства; для того чтобы умиловить “преследователей” и сохранить свою жизнь, больные раздают деньги и вещи, некоторые в страхе выскакивают на ходу из вагона, бросаются на рельсы.

- **Параноиды военного времени.**

“Ослабленная” почва – предшествующие контузии и ранения.

Психогенный фактор – длительное воздействие на психику факторов боевой обстановки, поддерживающих состояние тревоги, ситуация военных действий с бомбежками, грохотом взрывов, гибелью товарищей, внезапным появлением незнакомых лиц, движущейся колонной транспорта.

Бредовые идеи (преследования, отношения, самообвинения) формируются на фоне выраженного тревожного аффекта. Содержание параноида соответствует ситуации. Военнослужащие как бы заново переживают обстановку пленения, ожидают нападения, принимают встреченных сослуживцев за солдат неприятеля. Бред в таких случаях сопровождается резким аффектом страха и примитивными импульсивными реакциями; больные мечутся, куда-то бегут. У раненых, попавших в непривычную обстановку госпиталя, нередко возникают идеи виновности с беспокойством и подавленностью.

#### • **Паранойд в условиях заключения.**

Психогенный фактор – арест, страх перед предстоящим судом, опасение наказания, беспокойство за свою судьбу и судьбу близких.

После непродолжительного (обычно несколько часов) продромального периода, представленного тревогой и подозрительностью, развивается бред преследования и отношения, отражающий психотравмирующую ситуацию. Содержание бреда связано с угрозой физическому существованию пациента и/или его близких. В разговорах окружающих пациенты начинают улавливать слова, подтверждающие их опасения (вербальные иллюзии), также могут наблюдаться истинные галлюцинации (например, “голоса” попутчиков, замышляющих убийство, раздающиеся из соседнего купе). На высоте психоза поведение пациентов полностью определяется болезненными переживаниями: они мечутся, в ужасе стремятся убежать от преследователей, выходят на ближайшей станции, могут спрыгнуть с поезда, иногда совершают суицидальные попытки, чтобы не попасть в руки врагов. Психотическое состояние отличается кратковременностью и обычно завершается через несколько дней после госпитализации в психиатрический стационар. Резидуальная симптоматика в виде тревоги по вечерам, подозрительности,

астении может сохраняться до 2–4 недель. Выздоровление сопровождается появлением критики к перенесенному состоянию.

- **Миграционный психоз** (Гельдер М.И. и др., 1997, цит. по Смулевич А.Б., Ротштейн В.Г.).

Исходным пунктом для развития бреда может стать ситуация психической изоляции (пребывание в чужой, враждебной среде, усугубляющееся невозможностью контактов с окружающими в связи с незнанием языка).

В качестве факторов, повышающих вероятность формирования параноида (в частности, сензитивных идей отношения), выступают также необычный для нового окружения внешний облик, речь, общий модус поведения эмигрантов.

К параноидам, связанным с психической изоляцией, близок по механизмам возникновения бред тугоухих. В том и в другом случае происходит патологическая интерпретация недоступной (из-за незнания языка или глухоты) речи окружающих, а вслед за этим по мере усиления тревоги и страха – мимики, жестов людей и, наконец, всех событий. У больных появляются слуховые иллюзии угрожающего содержания, растет уверенность во враждебном отношении окружающих.

- **Параноид бизнесменов – ситуационный параноид.**

Проявления психогении разворачиваются постепенно на фоне постоянного шантажа, перспективы потери работы, полного разорения. В клинической картине психогении (на первых ее этапах) наряду с тревогой и аффективными расстройствами доминируют малосистематизированные, а подчас изменчивые бредовые идеи преследования. Обострение наступает после очередной ссоры с конкурентами или компаньонами. Возникают страх, ощущение угрозы жизни. Поведение с этого момента “подчиняется законам детективного жанра” (Кербиков О.В., 1949, цит. по Смулевич А.Б., Ротштейн В.Г.). Больные начинают замечать слежку со стороны “сообщников” своих конкурентов, опасаясь нападения, прячутся, повсюду появляются лишь с охраной. По улице ходят озираясь: им кажется, что кругом знакомые лица, поджидающие их с целью мести. Вызов в администрацию, связанный с обстоятельствами, подчас не имеющими к ним прямого отношения, воспринимают как “последнее

предупреждение”. Ожидая нападения, в тревоге мечутся по квартире, в каждом входящем видят киллера, ночами не спят, сжимая оружие, дежурят у дверей. Для того чтобы избежать актов агрессии, не покидают дома. Острый период, как правило, непродолжителен (не более 1–2 недель). Дальнейшей генерализации и систематизации параноидных расстройств обычно не происходит (бред остается в пределах психогенного комплекса, тесно переплетаясь с реальными событиями), однако нарастают страх и подавленность. Некоторые мигрируют и, чтобы скрыться от преследователей, меняют место жительства, другие, уступая нажиму родственников, госпитализируются. Аффективная охваченность параноидными переживаниями, тревога, бессонница в период пребывания в психиатрическом стационаре быстро редуцируются. Однако идеи преследования, несмотря на разрешение психотравмирующей ситуации, сохраняются еще на протяжении нескольких недель.

- **Индукцированный параноид (относится к группе подострых психогенных расстройств).**

Предрасполагающий фактор – результат тесного общения с индуктором психотического состояния, личностно-психологические связи реципиента с индуктором, относительная социальная изоляция, психические особенности реципиента.

Роль психогенного фактора, влияющего на формирование клинической картины, принадлежит в этих случаях близкому окружению (заболевание возникает обычно у членов одной семьи) с длительным, полным глубокой аффективной заинтересованности общением с индуктором – психически больным человеком или обнаруживающим большую паранойяльную активность психопатом. Немаловажны при этом и условия относительной социальной изоляции, в которых облегчается контакт между индуцирующим и индуцируемым. К формированию психогении predisposing врожденные психические аномалии (дебильность, психопатии истерического и паранойяльного круга и др.), а также приобретенные в результате церебрального атеросклероза, затяжных астенических состояний и других расстройств личностные нарушения со снижением критики и усилением внушаемости (Люстерник Р.Е., Фрумкин

Я.П., 1934). Вследствие особых психических изменений чужие бредовые высказывания, планы борьбы, идеи преследования принимаются индуцируемым на веру, в готовом виде, без какой-либо критической переработки (навязанный, внушенный психоз, *folie impose*). Тематика индуцированного (наведенного) бреда обычно тесно связана с явлениями и событиями обыденной жизни; чаще всего это бред преследования, сутяжный или эротический. По содержанию психопатологические образования реципиента сходны с психозом индуктора, а в некоторых случаях полностью его копируют. Обычно индуцируется один пациент (*folie a deux* – помешательство вдвоем, по С. Lasague, J. Falret, 1877); большее их число вовлекаются редко. Индуцированный бред, как правило, нестойк и быстро исчезает при изменении ситуации. Восстановление критики и излечение наступают уже через несколько дней после разединения с индуктором.

#### **Дифференциально-диагностические отличия психогенных параноидов от шизофрении:**

- непосредственная связь с психогенией;
- психогенное содержание психопатологии;
- полный выход из психоза;
- отсутствие наследственной отягощенности эндогенными психозами;
- отсутствие преморбидных личностных черт либо патохарактерологических сдвигов;
- фрагментарность синдрома психического автоматизма;
- явления психической и физической астении;
- спонтанная манифестация;
- полиморфность симптоматики;
- структурированность синдрома психического автоматизма;
- депрессия с преобладанием тоски, апатии и спонтанными колебаниями;
- малодоступность больных;
- невыраженность астении.

## 4.2. Психогенные депрессии

Это группа реактивных (психогенных) депрессивных состояний, вызванных субъективно значимыми психотравмами. Депрессии – одна из наиболее частых форм психогенных реакций. Депрессивные состояния составляют около 40% общего числа реактивных психозов. Психогенные депрессии субсиндромального и невротического уровня встречаются еще чаще, составляя 3/4 (74,8%) всех депрессий, выявленных при невыборочном обследовании здорового работающего населения (Вертоградова О.П. и др., 1992, цит. по Смулевич А.Б., Ротштейн В.Г.).

Психогенные (реактивные) депрессии как самостоятельное, имеющее определенную этиологию клиническое образование, выделены Е. Reiss (1910) (цит. по Смулевич А.Б., Ротштейн В.Г.). Автором сформулирован ряд критериев, позволяющих судить о психогенной природе страдания – манифестации расстройства должны предшествовать психотравмирующие воздействия (тяжелая травма, событие, имеющее субъективную значимость), аффективное расстройство должно развиваться в непосредственной временной связи с данной травматической ситуацией. Выраженность проявлений реактивной депрессии нарастает достаточно быстро, тогда как ее затухание происходит постепенно, причем темп его зависит от индивидуальных особенностей пациента. Содержание патологических идей должно находиться в смысловой связи с переживанием, спровоцировавшим депрессию (Смулевич А.Б., 2013).

При возникновении психогенных депрессий свойства психической травмы чаще всего приобретают события, которые и вне рамок психической патологии вызывают реакцию грусти, подавленность; это необратимые утраты, с которыми трудно примириться, “удары судьбы” (К. Schneider) – смерть родственников, разрыв с близким человеком, семейные несчастья. Существенную роль при развитии психогенных депрессий, наблюдающихся в судебно-психиатрической практике, наряду с собственно психотравмирующими воздействиями (опасениями судебной ответственности, предстоящего наказания, самоосуждения в связи с содеянным) играют ситуационные



факторы – смена жизненного стереотипа, сопровождающаяся утратой социальных связей, условия изоляции, проведение следственных действий и т.п. Помимо психотравмирующих воздействий имеют значение и некоторые другие факторы (конституциональные особенности, наследственная отягощенность аффективными психозами, возраст, культуральные особенности больных, перенесенные экзогенно-органические вредности).

Как и депрессии иной этиологии, психогенные (реактивные) депрессии могут быть психотическими и непсихотическими (невротического, субсиндромального уровня), поэтому их отнесение к разделу “реактивные психозы” достаточно условно. Непсихотические депрессивные реакции в Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) располагаются в рубрике “Расстройства адаптации” (F43.2). Клиническая дифференциация психотических и непсихотических депрессий основана на степени тяжести этих состояний и наличии или отсутствии психотической симптоматики (депрессивного бреда виновности, греховности, самоуничтожения, ипохондрического, нигилистического бреда, а также депрессивного ступора).

Исследования клинических аспектов проблемы психогений не только выявляют и верифицируют психогенные / ситуационные триггеры, но и анализируют почву, на которой возникают психогении. С.С. Корсаков в “Курсе психиатрии” (1913), останавливаясь на проблеме психогений, подчеркивал роль “личностной предуготованности”, указывая, что даже в тех случаях, когда связь депрессии с психотравмирующим воздействием не вызывает сомнений, нельзя исключить факта конституционального предрасположения. В большинстве случаев влияние моральных потрясений завершается психогенией лишь у лиц, обладающих известным наследственным предрасположением (Сербский В.П., 1912; Рыбаков О.Е., 1917). Так, по данным Н.К. Харитоновой (1991), у 27–86,2% лиц, перенесших психогенные депрессии, выявляются расстройства личности.

Возникновение психогенных депрессий в отличие от острых реактивных психозов типа аффективно-шоковых не всегда “линейно” связано с психической травмой – генез депрессивных реакций более сложен. Сенсибилизирующую роль при их

формировании могут играть не только актуальные психические травмы, но и события, задолго предшествовавшие депрессии (потеря родителей или сепарация от них в детском возрасте — фактор predisпозиции), а также стрессы, воздействующие за 6–12 месяцев до формирования психогений.

Выделяют *острые кратковременные депрессивные реакции*, возникающие непосредственно в ответ на внезапное неблагоприятное эмоционально значимое событие, и *затяжные (хронические, пролонгированные) психогенные депрессии*. Для острой депрессивной реакции характерны глубокое отчаяние, чувство безнадежности, мысли о смерти, однако такие состояния отличаются кратковременностью и обычно попадают в поле зрения психиатра только при наличии выраженных тенденций к самоповреждению и суицидальных попыток.

В клинической картине *затяжных депрессивных реакций* отмечаются постепенно нарастающая подавленность, фиксированность мыслей и переживаний на обстоятельствах психической травмы (центрированность переживаний). Психогенные депрессии обычно развиваются спустя несколько дней после психотравмирующего события. Иногда им могут предшествовать аффективно-шоковые реакции. Могут возникать идеи самообвинения, связанные с пережитым событием (например, обвинение себя в недостаточном внимании к умершему родственнику), суицидальные тенденции. Чаще чувство вины обращено не на себя, а на окружающих. Характерны слезливость, бессонница в виде трудностей засыпания, вегетативные расстройства: снижение аппетита, тахикардия, гипергидроз, артериальная гипертензия. Иногда отмечаются гипнагогические галлюцинации, связанные по содержанию с психотравмирующим событием.

Аффективные колебания связаны с внешними факторами, такими как интенсивность психотравмирующей ситуации и любые напоминания о ней. Достаточно случайного напоминания, чтобы вновь на время усилилась подавленность; даже отдаленные ассоциации могут спровоцировать вспышку отчаяния. Так, настроение может резко ухудшиться при посещении мест, связанных с произошедшим несчастьем, при встрече или разговоре с людьми, имеющими отношение к психотравмиру-

яющему событию, во время значимых дат (годовщины). Обычно днем пациенту в той или иной степени удается отвлечься от болезненных переживаний, однако в вечернее время состояние ухудшается, гнетущие воспоминания мешают заснуть и всплывают в сновидениях.

Витальные проявления при реактивной репрессии неотчетливы. Критика к своему состоянию чаще всего сохранена, отмечается стремление избавиться от болезненных переживаний, делиться ими с окружающими.

В зависимости от преобладающих психопатологических явлений выделяют различные клинические варианты типа реактивных депрессий, к основным относятся: меланхолический (истинные депрессивные реакции – по Е. Reiss (1910) (цит. по Смулевич А.Б., Ротштейн В.Г.), простой (чистой) депрессия), тревожно-депрессивный, истеродепрессивный, астенодепрессивный.

**Меланхолический тип** депрессии чаще всего наблюдается у лиц с конституциональным предрасположением к аффективным расстройствам. Клиническая картина исчерпывается депрессивной симптоматикой. Тоскливое настроение сопровождается двигательной заторможенностью и замедлением течения мыслительных процессов. Все переживания сконцентрированы вокруг психотравмирующей ситуации. Не удается переключить внимание и отвлечь мысли на что-то другое. Будущее окрашивается в мрачные тона. Могут возникнуть идеи самообвинения (“не уберег” “из-за меня”), нежелание дальше жить (суицидальные тенденции). В отличие от идей самообвинения, отмечающихся в рамках эндогенных аффективных расстройств, они тесно связаны с психотравмирующей ситуацией и составляют основное содержание психогенного комплекса. Суточные колебания аффекта, столь характерные для циркулярной депрессии, при психогенной депрессии, как правило, менее выражены, но ощущение тоски может доминировать по утрам или во второй половине дня. Тоска может усиливаться так же при оживлении воспоминаний о случившемся (иногда даже спустя месяцы и годы после выхода из собственно депрессии). Отмечаются нарушения сна, снижение аппетита,

вегетативные проявления (гипертензия, тахикардия, диспноэ и т.п.). Могут возникнуть гипнагогические галлюцинации, отражающие случившееся событие. Наблюдаются обычно у гармоничных личностей, но с особенностями в виде сдержанности, собранности, аккуратности, целеустремленности, четкой эмоциональной привязанности к близким.

Аффективные расстройства непродолжительны и по мере дезактуализации травмирующей ситуации полностью редуцируются, не оставляя после себя никаких патологических изменений. Однако в некоторых случаях обнаруживается тенденция к затяжному течению (до 8–10 месяцев) с витализацией аффективных проявлений. Различные варианты такой динамики интерпретируются в ряде клинических концепций как психогенно спровоцированные меланхолии, эндореактивные дистимии, эндогеноморфные депрессии. При этом клинические проявления постепенно приобретают свойства эндогенной депрессии. Более регулярными становятся суточные колебания настроения, ухудшается аппетит, отмечается значительное похудание. Нарастают двигательная заторможенность, апатия, безразличие к окружающему, своему внешнему виду. По мере углубления депрессии, усиления тоски и подавленности постепенно видоизменяется комплекс виновности. Иногда идеи самообвинения и греховности распространяются на события, не имеющие непосредственного отношения к трагическому происшествию, предшествующему появлению аффективных расстройств. Больные говорят о тяжелой ситуации, сложившейся по их вине на работе, о дополнительной нагрузке, которая легла на членов семьи в связи с их стационарированием, и т.д. У других пациентов комплекс вины редуцируется до уровня депрессивной самооценки (больные начинают говорить, что они неудачники, неспособные, никому не нужные люди). При этом тяжесть потери любимого человека и связанные с ней самоупреки и самообвинения, до того владевшие чувствами и мыслями больного, постепенно исчезают. Наряду с дезактуализацией психогенного комплекса происходит трансформация тревожных расстройств (смена ситуационной тревоги тревогой немотивированной).

**Тревожно-депрессивный тип.** Психогении этого типа обычно возникают в связи с событиями, угрожающими здоровью, благополучию или служебному положению, формируются также в ситуации ожидания, связанной с судебно-следственными действиями и проведением судебно-психиатрической экспертизы. Больные целиком поглощены мыслями о грядущем несчастье, боязливы, угнетены, подавлены, обеспокоены своей дальнейшей судьбой, будущим близких, исходом сложившейся ситуации. Тревожные опасения (чаще ипохондрического содержания), преобладающие в клинической картине, могут приобретать окраску фобий либо овладевающих представлений и сочетаются с массивными соматовегетативными нарушениями (сердцебиениями, чувством удушья, гипергидрозом). В период наибольшей остроты состояния тревога сопровождается двигательным беспокойством, иногда достигающим ажитации с приступами отчаяния. В таком состоянии больные не могут усидеть на месте, причитают об утрате, периодически начинают метаться, впадают в отчаяние с попытками покончить с собой (данный вариант наиболее опасен в отношении совершения суицида). Могут наблюдаться гипнагогические галлюцинации. Такому варианту психогенной депрессии часто так же предшествует аффективно-шоковая реакция. Чаще возникают у лиц эмоционально неустойчивых, тревожно-мнительных, склонных к сомнениям, неуверенных в себе.

**Истеродепрессивный тип.** Эти аффективные расстройства чаще возникают у психопатических личностей истерического склада, однако возможно их развитие и при других аномалиях характера. Аффект тоски менее глубокий и может сочетаться с раздражительностью, капризностью, недовольством. В поведении наблюдается демонстративность, театральность, стремление вызвать сочувствие окружающих.

В половине случаев истерическая депрессия дебютирует диссоциативными расстройствами (психогенно суженным сознанием с признаками диссоциативного ступора / амнезии, сменяющимися яркими, кататимно заряженными сценическими представлениями; галлюцинациями воображения). По мере динамики депрессии на первый план выступают явления

драматизации с рыданиями, требованиями признания в неверности, раскаяния, демонстрацией суицидальных намерений (поведение по типу суицидального шантажа). На высоте состояния отмечается тенденция к генерализации аффективных расстройств: присоединяется конверсионная симптоматика (тремор, ком в горле, астазия-абазия), включая явления соматизации (истероалгии, жжение, “скручивание” мышц) и органоневротические нарушения (по типу кардионевроза, гипервентиляционного синдрома и др.); в отдельных случаях возникают пароксизмальные состояния по типу псевдоприпадков (Смуглевич А.Б., 2013).

Чаще при таких депрессиях наблюдается тенденция обвинять окружающих в своем несчастье (не себя). Больные открыто говорят, что окружающие явно недооценивают их “муки” или не понимают “трагизма” переживаемой ими ситуации. Одни жалуются на то, что тоска “ломит” им душу, печаль камнем лежит на сердце, другие, наоборот, говорят об утрате воображения, интеллектуальных функций, о мучительном бесчувствии, неспособности получать удовольствие, испытывать положительные эмоции и требуют при этом внимания окружающих. В высказываниях больных преобладают мотивы жалости к себе, незаслуженности обрушившегося на них несчастья. Могут присоединиться психогенные галлюцинации в виде ярких, богатых сцен, отражающих психотравмирующую ситуацию (говорят с умершим, воспроизводят сцены из жизни, чувствуют прикосновение и пр.). Истерическому варианту реактивной (психогенной) депрессии может предшествовать кратковременная аффективно-шоковая реакция (Телия К.К., 2007). Обращает на себя внимание резкое несоответствие между массивными проявлениями депрессии и сравнительно небольшой дезадаптацией больных (Дубницкая Э.Б., 1979). Так, если дома пациенты не могут отрешиться от мыслей о свершившемся, то при необходимости (например, в служебной ситуации) “переключаются”, “берут себя в руки” и справляются со всеми текущими делами. Истерические депрессии нередко сопровождаются демонстративным, привлекающим внимание стремлением к самоповреждениям (поверхностным порезам,

угрозам и попыткам покончить с собой). Как правило, такое поведение не имеет серьезных последствий, однако при приступах отчаяния с ощущением невыносимости сложившейся ситуации, иногда возникающих при реактивных депрессиях, возможны суицидальные попытки с реальной опасностью для жизни.

Течение заболевания у пациентов этого типа депрессии рекуррентное, причем как инициальные, так и повторные проявления депрессии провоцируются психогенно; аутохтонных гипотимических состояний на всем протяжении заболевания не наблюдается.

**Астенодепрессивный (астенопатический) тип.** Основными симптомами такого состояния являются вялость, утомляемость, бездеятельность, безразличие ко всему, постоянная физическая усталость, раздражительность, гиперестезия, головные боли. Астенические депрессии чаще всего возникают в ситуации длительного эмоционального напряжения, мучительной тревожной неопределенности (семейных или служебных конфликтах, изменении социального статуса вслед за разводом или смертью близкого родственника). В качестве предрасполагающих к формированию психогений этого типа выступают явления невропатической конституции, личностные девиации, включающие аномалии астенического круга (зависимое, пограничное расстройство личности), а также резидуально-органическое поражение ЦНС и астенизация организма, связанная с длительным соматическим неблагополучием. Также характерно многообразие вегетативных расстройств и телесных ощущений. Засыпание нарушено из-за неотвязных мыслей о психотравмирующей ситуации. Сон поверхностный, не приносит отдыха, с вялостью и разбитостью по утрам и сонливостью в течение дня. Психогенный комплекс сосуществует с внешней безучастностью, общей медлительностью, заторможенностью. Течение астенической депрессии, как правило, затяжное, выход – с постепенным восстановлением психической и физической активности.

В ряде случаев может развиваться так называемый **диссимулятивный** вариант реактивной (психогенной) депрессии, особенно у подростков. При этом варианте отсутствуют жалобы на

подавленность, тоску, больные держаться тихо и незаметно, избегают разговоров на травмирующую тему. Однако они могут вынашивать суицидальные тенденции с неожиданной для окружающих их реализацией.

**Дифференциальная диагностика.** При разграничении реактивных депрессий с эндогенными заболеваниями и другими психическими расстройствами принято ориентироваться на критерии К. Jaspers. Однако на практике разрешающая возможность таких ориентиров может оказаться недостаточной. Диагностика реактивных депрессий, особенно в случаях затяжного течения, может оказаться сложной задачей, при решении которой должны учитываться анамнестические сведения, а также клинические данные, относящиеся в первую очередь к соответствию динамики аффективной патологии ритму развития психогенного заболевания. На поздних этапах диагностики первостепенное значение для установления природы страдания приобретает оценка закономерностей обратного развития симптоматики и остающихся после редукции аффективных расстройств резидуальных психопатологических расстройств, а также наступивших изменений личности.

К особенностям психогенных депрессий, отличающим их от эндогенных аффективных расстройств, относятся:

- начало, связанное с психической травмой;
- аффективные колебания, обусловленные интенсивностью психотравмирующей ситуации (при ее уменьшении состояние улучшается), и другими внешними факторами;
- ухудшение состояния в вечернее время;
- не характерны витальные (физические) проявления депрессии;
- нарушения сна чаще в виде трудностей засыпания из-за тягостных воспоминаний о случившемся несчастье, в сравнении с нарушениями сна при эндогенной депрессии в виде раннего пробуждения;
- критика к своему состоянию сохранена, присутствует стремление вылечиться.



## **Контрольные вопросы**

1. Назовите условия формирования психогенных параноидов.
2. Назовите варианты психогенных параноидов.
3. Назовите психогенные факторы железнодорожного параноида.
4. Назовите предрасполагающий и психогенный фактор индуцированного параноида.
5. Проведите дифференциальный диагноз между шизофренией и психогенным параноидом.
6. Назовите основные клинические особенности психогенных депрессий.
7. Что отличает острую кратковременную депрессивную реакцию?
8. Каковы основные клинические варианты психогенных депрессий?
9. Дайте характеристику истеродепрессивному типу психогенных реакций.
10. Дайте характеристику меланхолическому типу депрессивных реакций.
11. В чем особенности тревожно-депрессивного варианта психогенных депрессий?
12. Проведите дифференциальный диагноз между эндогенными и психогенными депрессиями.

## **5. СМЕШАННЫЕ ПСИХОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА**

### **Бредоподобные фантазии**

Синдром бредоподобных фантазий проявляется нестойкими, изменчивыми, несистематизированными идеями величия, богатства, особой значимости, отражающими стремление к уходу от психотравмирующей ситуации. Бредоподобные идеи не поддаются определенной систематизации и имеют фантастическое содержание. Содержание психической травмы прямо или косвенно проявляется в высказываниях пациентов. Идеи отличаются изменчивостью, на их содержание в значительной степени влияют внешние факторы, такие как вопросы врача, разговоры окружающих. Бредоподобные фантазии могут носить эпизодический характер, но бывают стабильными, застывшими и относительно однообразными. Синдром бредоподобных фантазий возникает на фоне истерически суженного сознания. В отличие от истинных бредовых идей при бредоподобных фантазиях отсутствуют стойкость, убежденность в их истинности. Поведение отличается демонстративностью, театральностью. В период бредоподобных фантазий может наблюдаться полная или частичная амнезия. Данное состояние может смениться псевдодеменцией, пуэрилизмом, а в более тяжелых случаях – истерическим ступором.

Протрагированное течение обусловлено известным механизмом “желательности” истерической симптоматики, выражающей установку больного таким образом достичь цели, например, избежать ответственности за содеянное, обратить внимание окружающих на положительные проявления личностных особенностей и факты биографии больного, изменить психотравмирующую ситуацию, в которой он оказался.

Дифференциальный диагноз бредоподобных фантазий следует проводить с истерической псевдологией, при которой обнаруживается склонность к вымыслам и фантазиям. При истерическом расстройстве личности фантазии имеют очерченные границы возникновения и спада и являются психотическим

эпизодом, часто сочетаются с другими истерическими синдромами, в то время как псевдология истерических личностей – постоянно свойственная им форма поведения и реагирования. В содержании бредоподобных высказываний прямо или косвенно звучит травмирующая ситуация.

## **Реакция горя**

**Реакции горя** возникают в ситуации какой-либо утраты (смерти близкого человека, развода, длительной разлуки, тяжелых операций, т.п.). Характеризуется физическим страданием, поглощенностью образом умершего, чувством вины, враждебными реакциями, утратой моделей поведения.

Причинами горя являются:

- смерть любимого человека;
- потеря любимого человека в результате разлуки, развода или заключения в тюрьму;
- утрата объекта или лишение положения, которые имели эмоциональную значимость (например, потеря ценной собственности, лишение выгодной работы или положения в обществе, выход не пенсию);
- утрата предполагаемого объекта любви (например, рождение мертвого или неполноценного ребенка);
- потеря, связанная с заболеванием, травмой или ранением (например, ампутация, мастэктомия).

Симптоматика нормального горя включает **соматические нарушения**:

- а) нарушения дыхания (спазмы в горле, прерывистое и учащенное дыхание с постоянной потребностью вдохнуть);
- б) признаки физического переутомления (субъективно ощущается потеря мышечной силы);
- в) утрата аппетита;
- г) нарушения сна;
- д) симптоматика болезни, от которой умер близкий (идентификационные симптомы).

### **Нарушения в психологической сфере:**

- а) чувство вины – человек, которого постигла утрата, пытается отыскать в событиях, предшествовавших смерти, доказательства того, что он не сделал для умершего того, что мог; он обвиняет себя в невнимательности и преувеличивает значение своих малейших оплошностей. Могут наблюдаться вина за воображаемые грехи; вина за то, что не сделал (не успел сделать) для умершего; вина “выжившего”;
- б) погруженность в образ умершего (раздражительность, одеревенелость, брошенность, избегание контактов, избегание разговоров либо назойливые рассказы);
- в) у детей – чувство предательства.

### **Нарушения в когнитивной (познавательной) сфере:**

- а) все предметы связываются с умершим;
- б) нарушение работоспособности;
- в) нарушение внимания и памяти;
- г) рассеянность, ощущение собственной малоценности.

### **Этапы горя (по Амбрумовой А.Г., 1984; Старшенбаум Г.В., 1994).**

1 этап – с доминирующей эмоциональной дезорганизацией. Длится от нескольких минут до нескольких часов и сопровождается вспышкой негативных чувств – паники, гнева, отчаяния. В поведении преобладает аффективная дезорганизация с временным ослаблением волевого контроля.

2 этап – гиперактивности. Длится 2–3 дня. Характеризуется чрезмерной деятельностью, активностью, склонностью к постоянным разговорам о потере, эмоциональной лабильностью (от дистимии до эйфории), неадекватными поступками (уходом из дома, негативным отношением к родственникам).

3 этап – напряжения. Длится около недели. Характеризуется психофизическим напряжением, тревогой, суетливой активностью, спазмами в горле, судорожными вздохами, чувством нехватки воздуха, нежеланием жить.

4 этап – поиска. Наступает спустя неделю с момента утраты близкого человека. Характеризуется дистимическим настроением, потерей смысла жизни, восприятием погибшего родственника как живого (говорит о нем в настоящем времени, мысленно беседует), возможностью иллюзии, гипнагогических, гипнопомпических галлюцинаций.

5 этап – отчаяния, максимальных душевных мук. Развивается на 3–6 неделе после потери. Характеризуется психофизическим напряжением, тревогой, суетливой активностью, спазмами в горле, судорожными вздохами, чувством нехватки воздуха, нежеланием жить.

6 этап – с элементами демобилизации. Наступает в случае неразрешения этапа отчаяния. Преобладают невротические симптомы, симптомы маскированных депрессий, субдепрессии; пострадавшие малообщительны, отказываются от помощи.

7 этап – разрешение. Длительность ограничивается несколькими неделями. Характеризуется смирением со случившимся и возвратом к докризисному состоянию.

8 этап – рецидивирующий. В течение 1 года возможны приступы горя и отчаяния, сопровождающиеся депрессивной симптоматикой.

### **Этапы реакция горя (Bowlby, 1980; Parkes, 1986).**

*Шок и оцепенение:* длится от нескольких минут до нескольких недель. Основные симптомы:

- отрицание факта или значимости потери;
- психомоторная заторможенность;
- гипотимия;
- деперсонализация (“это случилось не со мной”);
- диссомнические расстройства;
- нарушение памяти;
- нарушение внимания;
- снижение аппетита, сексуального влечения.

*Острое горе* длится от 3 до 40 дней. Основные симптомы:

- отрицание факта смерти и постоянства утраты;

- соматические эквиваленты тревоги (спазмы, удушье);
- дистимия;
- диссомнические расстройства;
- субъективное ощущение “потери силы”;
- агрессивное поведение;
- снижение интереса к происходящему;
- чувство враждебности по отношению к окружающим;
- сужение круга общения/одиночество;
- чувство вины перед умершим/погибшим (если бы я не...).

*Стадия навязчивости:* длится от 6–8 недель до 1 года и характеризуется:

- эмоциональной лабильностью;
- опустошенностью;
- слабостью, утомляемостью
- нарушением пищевого поведения;
- диссомническими расстройствами;
- реакциями гнева;
- сексуальными дисфункциями;
- отсутствием желаний и побуждений;
- мышечной слабостью;
- трудностями концентрации внимания;
- вегетативными эквивалентами тревоги (укороченным дыханием, чувством пустоты в желудке);
- конверсионными расстройствами (ощущением кома в горле, онемением кистей по типу перчаток);
- повышенной чувствительностью к запахам;
- трудностью общения с окружающими;
- идеализацией умершего;
- отождествлением с умершим.

*Стадия прорабатывания (депрессия)* длится 1 год и характеризуется:

- осознанием причин и травмы горя;
- постепенным восстановлением функционирования индивида (нормализуется сон, аппетит, фон настроения, профессиональная деятельность и т.д.).

*Завершение (принятие)* характеризуется:

- адаптацией к реальности утраты;
- появлением планов на будущее.

**Патологическая реакция горя характеризуется:**

- “блокированием” эмоций во избежание интенсификации процесса скорби;
- трансформацией скорби в идентификацию с умершим человеком. В этом случае происходит отказ от любой деятельности, способной отвлечь внимание от мыслей об умершем;
- растягиванием процесса скорби во времени с обострениями, например, в дни годовщин смерти;
- чрезмерно острым чувством вины, сопровождаемым потребностью наказывать себя, в том числе посредством суицида.

**Контрольные вопросы**

1. Проведите дифференциальный диагноз между бредоподобными фантазиями и параноидным бредом.
2. С чем связано протрагированное течение бредоподобных фантазий?
3. Назовите этапы горя по А.Г. Амбрумовой, Г.В. Старшенбаум.
4. Чем характеризуется этап острого горя?
5. Чем характеризуется стадия навязчивости?
6. Назовите отличительные признаки патологической реакции горя.

## **6. ОСТРАЯ РЕАКЦИЯ НА СТРЕСС, ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО**

### **Острая реакция на стресс**

Острая реакция на стресс (аффективно-шоковая реакция) развивается внезапно в момент психотравмирующего события значительной интенсивности, в экстремальных условиях, связанных с угрозой жизни и безопасности, приводящих к гибели или страданиям большого числа людей (стихийные бедствия, катастрофы, аварии, боевые действия). Данные состояния могут возникать у лиц без психической патологии в анамнезе. Повышенная чувствительность к стрессовым воздействиям отмечается у астенизированных, пожилых или страдающих соматическими заболеваниями лиц. Выделяют гиперкинетическую и гипокинетическую формы аффективно-шоковых реакций.

Гиперкинетическая форма (“двигательная буря”) клинически представлена выраженным психомоторным возбуждением с нарушением ориентировки в окружающем. Поведение пациентов лишено целенаправленности, они бесцельно мечутся, совершают беспорядочные движения, стремятся куда-то бежать (психогенная фуга), иногда даже в ту сторону, откуда исходит опасность. Контакту они не доступны, на лице – выражение ужаса, сознание сужено, речь бессвязная или отсутствует (аффектогенный мутизм – отсутствие речи при сохранности речедвигательного аппарата). Характерны выраженные вегетативные нарушения: гипергидроз, тахикардия, бледность или гиперемия кожных покровов, непроизвольное мочеиспускание и дефекация. Данное состояние обычно продолжается не более 15–20 минут, после чего сменяется двигательной заторможенностью – субступором. Воспоминания о болезненном периоде отсутствуют (амнезия, являющаяся одним из симптомов нарушения сознания).

Гипокинетическая форма (реакция “мнимой смерти”) проявляется аффектогенным ступором, то есть резкой двигатель-



ной заторможенностью вплоть до полной обездвиженности. Пациенты застывают на месте, остаются безучастными к происходящему вокруг, речь отсутствует. На лице – выражение страха, взгляд устремлен в пространство, глаза широко открыты. Кожные покровы обычно бледные, покрыты холодным потом. Могут также возникать непроизвольное мочеиспускание, дефекация. Продолжительность ступора – от нескольких часов до 2–3 дней. Воспоминания об этом периоде также амнезируются. В последующем отмечается выраженная астения продолжительностью до 2–3 недель.

Во время острой реакции на стресс поведение определяется инстинктом самосохранения, а у женщин на первый план выступает инстинкт продолжения рода (стремление спасти своих беспомощных детей).

### **Посттравматическое стрессовое расстройство**

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – психическое расстройство, возникающее под воздействием психотравмирующего события (краткого или длительного) экстремального характера (угрожающего жизни или безопасности пациента или его близких) после латентного периода продолжительностью от нескольких недель до нескольких (обычно не более 6) месяцев. Первоначальная реакция на подобную психотравму соответствует критериям аффективно-шоковых расстройств (острой реакции на стресс, F43.0) и может проявляться растерянностью, страхом, психомоторным возбуждением или ступором, паническими реакциями, психогенным сумеречным помрачением сознания, психогенной амнезией, зрительными и слуховыми галлюцинациями, в содержании которых отражаются пережитые события. Острое реактивное состояние сменяется подострыми нарушениями психики продолжительностью от нескольких недель до нескольких месяцев: дереализационно-деперсонализационными, тревожно-депрессивными, обсессивно-фобическими, на основе которых в дальнейшем формируется клиническая картина ПТСР. В отличие от острой стрессовой реакции ПТСР возникает не в момент стрессового события, а в

отдаленные сроки – после выхода пациентов из психотравмирующей ситуации. Важной особенностью является появление симптоматики ПТСР у большого числа лиц после пережитой ими общей внезапно возникшей ситуации, связанной с угрозой жизни или здоровью, последствия которой в течение длительного времени после ее разрешения продолжают сохраняться в качестве индивидуально значимого психотравмирующего фактора.

Согласно МКБ-10, посттравматическое стрессовое расстройство формируется как отставленная и затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию исключительно угрожающего или катастрофического характера, которая может вызвать общий дистресс почти у каждого человека, т.е. в качестве характерных особенностей ПТСР выступают психогенная природа и чрезмерная интенсивность психотравмы. Важно учитывать, что возникновение ПТСР у конкретного пациента определяется взаимным влиянием факторов, называемых “предикторами персональной уязвимости”: неподготовленностью к воздействию травмы, предыдущим негативным опытом, пассивностью выработанных в течение жизни стратегий преодоления, психическими и соматическими заболеваниями.

Критерии ПТСР, отграничивающие его от других психогенных нарушений (Александровский Ю.А., 1997):

- установление факта перенесенного острого стрессового состояния во время стихийного бедствия, катастрофы, войны и других угрожающих жизни ситуаций;
- наплывы воспоминаний об имевших место угрожающих ситуациях, возникновение “вины за выживание” перед погибшими и их родственниками, мучающие сновидения с кошмарными сценами пережитого; обострения этих состояний под действием кажущихся незначительными психогенных и соматогенных факторов;
- стремление избегать эмоциональных нагрузок, неуверенность из-за страха перед возможностью появления мучающих воспоминаний (“проигрывание трагедии”), что приводит к откладыванию принятия решений, нарушению социальных контактов;

- комплекс неврастенических расстройств с преобладанием повышенной раздражительности, снижения концентрации внимания, “тонуса функционирования”;
- заострение отдельных личностных особенностей, тенденция к формированию личностных нарушений (психопатоподобных состояний – “нажитых психопатий”) с эпизодами антисоциального поведения (алкоголизацией, наркоманией, цинизмом, отсутствием уважения к официальным лицам, прежде всего к тем, кто допустил пережитую трагедию: военным, строителям, руководителям спасательных работ).

Основные симптомы ПТСР включают в себя повторяющееся переживание психотравмирующего события, проявляющееся навязчивыми яркими образными (овладевающими) представлениями или воспоминаниями о произошедшем с сопутствующими аффективными реакциями (тревогой, ужасом, страхом) и характерными для приступа паники вегетативными расстройствами, а также стремлением избегать любые стимулы, способные напомнить об этом событии (избегающее поведение).

Флэшбэк – это феномен, квалифицируемый в качестве диссоциативного эпизода и рассматриваемый в одном ряду с реминисценциями, иллюзиями, галлюцинациями. Содержательно связан с повторным переживанием психотравмирующих обстоятельств – “как если бы событие происходило вновь”. Имеются различные характеристики феномена “флэшбэк”, которые отражают переживания событий прошлого (“вспышка пережитого”, “вспышка прошлого”, “ретроспективная вспышка”, “возврат в прошлое”, “взгляд в прошлое”), повторяемость (“эхо-эффект”, “чувство повторного переживания”) и отсроченный характер переживаний (“отсроченное воспроизведение”, “отсроченное воссоздание”). Пациенты с ПТСР вновь “оказываются” в зоне боевых действий, “подвергаются” физическому и моральному насилию, “спасаются” от последствий природных и техногенных катастроф, при этом повторное переживание событий прошлого происходит вопреки желанию и воле пациентов, произвольно. Зрительные образы в структуре флэшбэка имеют яркий, контрастный, полихроматический характер, поэтому переживания

пациентов иногда более реалистичны, чем обычные воспоминания и представления о стрессовом событии. Слуховые образы отличаются выраженной дифференцированностью тембра и громкости, тактильные нарушения представлены термическими (прикосновение “обжигающих”, “раскаленных” предметов) или гаптическими (“удары”, “толчки”) обманами, обонятельные нарушения – запахами “пороха”, “гари”. Эмоциональное состояние пациентов во время флэшбэка практически полностью повторяет чувства, испытанные во время трагических событий, также характерной является сложная структура доминирующего тревожно-тоскливого аффекта. Образы с экстрапроекцией в субъективное пространство наслаиваются на реально существующие объекты, а в объективное пространство – “замещают”, “заслоняют” реальные объекты.

Также характерны нарушения сна с трудностями засыпания и кошмарными сновидениями, воспроизводящими содержание психотравмы, повышенная чувствительность к психическим и физическим стимулам, возбудимость, пугливость, напряженность, неспособность расслабиться, раздражительность, возможные вспышки агрессии. Отмечается уход от социальной активности, утрата интереса к повседневной деятельности; снижается способность испытывать эмоции (психическое оцепенение).

Особенности поведения пациентов с ПТСР напоминают психопатоподобное состояние (затруднение социальных, в том числе семейных контактов, конфликтность, неуживчивость, склонность к антисоциальным поступкам, вспышкам злобы, злоупотреблению алкоголем и ПАВ). В эмоциональной сфере наблюдаются тревога, подавленность, ангедония, тоска, порой с идеями вины, бессмысленности жизни и суицидальными мыслями (реактивная депрессия).

Пациенты с ПТСР в большинстве случаев проявляют неадаптивные механизмы защиты – вытеснение, регресс, замещение, отрицание и др.

Возникновение мыслей о безысходности, бессмысленности существования, особенно присоединение идей самообвинения, направляет вектор агрессии в сторону собственной личности

и жизни. Появляется желание прекратить страдания, мысли о добровольном уходе. На возникновение и поддержание суицидальных идей сильное потенцирующее влияние может оказывать чувство одиночества, социальной изоляции, утрата “чувства принадлежности к группе”, наблюдаемые у большинства больных ПТСР самых разных этиологических групп. Преморбидные особенности личности могут резонансно усиливать эти явления. Присутствие истерических черт и/или импульсивности резко повышает суицидальный риск (Спадерова Н.Н., 2015).

ПТСР характеризуется волнообразным течением. Данные глобального исследования свидетельствуют, что за медицинской помощью обращаются менее 50% лиц, страдающих ПТСР (Koenen K.C., Ratanatharathorn A., Ng L. et al., 2017). Полное выздоровление или значительное улучшение состояния наблюдается в благоприятных семейных и социальных условиях. Возможно затяжное течение с нарастающей психопатизацией, эпизодами антисоциального поведения, алкоголизацией, употреблением наркотиков.

Признаки благоприятного прогноза при ПТСР:

- острое развитие симптоматики;
- небольшая продолжительность расстройств (менее 6 месяцев);
- отсутствие психической патологии в преморбидный период;
- отсутствие других психологических, психопатологических или соматических нарушений во время расстройства;
- своевременное оказание квалифицированной помощи и социальной поддержки (Обухов С.Г., 2007).

### **Контрольные вопросы**

1. Дайте определение понятию “острая стрессовая реакция”.
2. Каковы основные проявления гиперкинетической формы острой реакции на стресс?

3. Каковы основные проявления гипокинетической формы острой реакции на стресс?
4. Дайте определение феномену “флэшбэк”. Каковы его основные характеристики?
5. Назовите основные клинические симптомы посттравматического стрессового расстройства.
6. Назовите критерии ПТСР, отграничивающие его от других психогенных нарушений
7. Каковы признаки благоприятного течения ПТСР?
8. Что лежит в основе суицидального поведения пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством?

## **7. ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ**

В настоящее время не существует единого подхода в психотерапии психогенных расстройств. При этом часто имеют место ошибочные представления о стрессе. Так, принято считать, что связанные со стрессом заболевания не могут причинить реального вреда, поскольку все они существуют в воображении; только слабые люди страдают от стресса; стресс в наше время неизбежен, все могут стать его жертвами; опознать источники стресса легко; все люди реагируют на стресс одинаково. Такой непрофессиональный взгляд на проблему зачастую затрудняет своевременную диагностику. Можно выделить базовые параметры стресса в психотерапии:

1. Стресс представляет собой реакцию на значимый раздражитель.
2. Стрессовая реакция включает в себя сложные психофизиологические взаимоотношения психического и соматического.
3. Стресс характеризуется потенциально широким набором реакций, которые приводят к психофизиологическому возбуждению или запредельному торможению, способствующему полному прекращению деятельности ряда систем организма.
4. Раздражитель, вызывающий стрессовую реакцию, становится стрессором в силу когнитивной интерпретации, т.е. значения, которое человек ему придает или из-за воздействия раздражителя на индивида через какой-то сенсорный или метаболический процесс, являющийся сам по себе стрессогенным.
5. Хроническое существование стрессового состояния может привести к дисфункциональным и патологическим нарушениям, характеризующимися структурными изменениями в ткани и функциональной системе органа-мишени.
6. Стрессовая активация может быть положительной мотивирующей силой (“эустресс”), в отличие от ослабляющего, чрезмерного стресса (“дистресс”).

При проведении диагностических мероприятий рекомендуется кроме клинического метода использовать психометрические методы (Приложение 1).

### **Психотерапия психогенных расстройств**

В терапии психогенных расстройств используются разные методики в рамках базовых психотерапевтических направлений. Однако общим является понимание того, что терапия имеет длительный характер и процесс лечения может растянуться на несколько лет. Цели терапии – формирование новой когнитивной модели жизнедеятельности и восстановление адаптационных механизмов пациента. Психотерапия должна учитывать специфику процессов формирования таких состояний и специфику личностной реакции пациента. Принимая во внимание, что ядром переживаний пациента является тревога, то общими рекомендациями при оказании помощи можно считать 4-шаговый подход Г.В. Старшенбаума. Так, в рамках оказания психотерапии рекомендуется:

1. Нормализация реакции пациента на стресс (осуществляется информирование пациента о симптоматике и течении стрессовых расстройств, что ослабляет тревогу и связанные с ней симптомы).
2. Поощрение выражения тревоги, гнева и других отрицательных эмоций (предоставляется возможность выговориться, вербализовать свои эмоциональные переживания, что приводит к снижению аффективного напряжения).
3. Обучение навыкам самопомощи.
4. Обеспечение помощью других специалистов.

Также психотерапия предполагает определенную стадийность. М.Ж. Horowitz (1998) выделил 5 стадий состояния пациентов, страдающих ПТСР (фазы – его реакция на травматическое событие). К ним относят: длительное стрессовое состояние в результате травматического события; проявление невыносимых переживаний (наплывы чувств и образов, парализующее



избегание и отрешенность); застревание в неконтролируемом состоянии избегания; способность воспринимать и выдерживать воспоминания и переживания; способность к самостоятельной переработке мыслей и чувств. Каждой фазе соответствуют цели психотерапии:

1. Завершить событие или вывести пациента из стрессогенного окружения. Помочь ему в принятии решений, планировании действий.
2. Снизить амплитуду состояний до уровня переносимых воспоминаний и переживаний.
3. Помочь пациенту в повторном переживании травмы и ее последствий, а также в установлении контроля над воспоминаниями и в осуществлении произвольного припоминания.
4. Помочь пациенту переработать его ассоциации и связанные с ними когниции и эмоции, касающиеся Я-образа и образов других людей.
5. Проработать терапевтические отношения. Завершить психотерапию.

Наиболее частыми ошибками при проведении психотерапии являются избегание соприкосновения с травматическим опытом пациента и несвоевременная попытка переработки этого опыта. Важным моментом служит создание раппорта, благоприятной атмосферы, способствующей максимальному экологичному самораскрытию пациента. Для облегчения этого процесса применяются техники активного слушания и свободной изложения материала в измененных состояниях сознания (гипнозе, эриксоновском трансе и пр.). В целом психотерапевтические методы, используемые при психотерапии психогенных расстройств, разнообразны. К ним можно отнести: рациональную терапию, когда с пациентом прорабатывают механизмы развития заболевания; методы саморегуляции для снятия эмоционального напряжения и тревоги; активную визуализацию положительных моделирующих будущее образов; когнитивную психотерапию, призванную изменить негативные

иррациональные установки; личностно-ориентированную терапию, укрепляющую Я-концепцию пациента.

Конечным результатом психотерапевтической интервенции должно быть формирование пациентом копинг-стратегий. Среди них:

1. Конфронтация.
2. Дистанцирование.
3. Самоконтроль.
4. Поиск социальной поддержки.
5. Принятие ответственности.
6. Бегство-избегание.
7. Планирование решения проблемы.
8. Положительная переоценка.

**Конфронтация.** Стратегия конфронтации предполагает попытки разрешения проблемы за счет не всегда целенаправленной поведенческой активности, осуществления конкретных действий, направленных либо на изменение ситуации, либо на отреагирование негативных эмоций в связи с возникшими трудностями. При выраженном предпочтении этой стратегии могут наблюдаться импульсивность в поведении (иногда с элементами враждебности и конфликтности), трудности планирования действий, прогнозирования их результата, коррекции стратегии поведения, неоправданное упорство. Копинг-действия при этом теряют свою целенаправленность и становятся преимущественно результатом разрядки эмоционального напряжения. Часто стратегия конфронтации рассматривается как неадаптивная, однако при умеренном использовании она обеспечивает способность личности к сопротивлению трудностям, энергичность и предприимчивость при разрешении проблемных ситуаций, умение отстаивать собственные интересы, справляться с тревогой в стрессогенных условиях. Положительные стороны – это возможность активного противостояния трудностям и стрессогенному воздействию; отрицательные – высокая конфликтность, недостаточная целенаправленность и рациональная обоснованность поведения.

**Дистанцирование.** Стратегия дистанцирования предполагает попытки преодоления негативных переживаний в связи с проблемой за счет субъективного снижения ее значимости и степени эмоциональной вовлеченности в нее. Характерно использование интеллектуальных приемов рационализации, переключения внимания, отстранения, юмора, обесценивания и т.п. Положительные стороны – возможность снижения субъективной значимости трудноразрешимых ситуаций и предотвращения интенсивных эмоциональных реакций на фрустрацию; отрицательные – вероятность обесценивания собственных переживаний, недостаточно серьезного отношения к ситуациям, требующим разрешения.

**Самоконтроль.** Стратегия самоконтроля предполагает попытки преодоления негативных переживаний в связи с проблемой за счет целенаправленного подавления и сдерживания эмоций, минимизации их влияния на восприятие ситуации и выбор стратегии поведения, высокий контроль поведения, стремление к самообладанию. При отчетливом предпочтении стратегии самоконтроля наблюдается тенденция к сдерживанию личных побуждений и подавлению потребностей, желание скрыть личные переживания от окружающих, замкнутость. Часто такое поведение свидетельствует о высокой тревоге личности перед самораскрытием, чрезмерной требовательности к себе, приводящей к сверхконтролю поведения. Положительные стороны – возможность избегания эмоциогенных импульсивных поступков, преобладание рационального подхода к проблемным ситуациям; отрицательные – проявления скрытности, трудности выражения личных переживаний, потребностей и желаний, сверхконтроль поведения.

**Поиск социальной поддержки.** Стратегия поиска социальной поддержки предполагает попытки разрешения проблемы за счет привлечения внешних (социальных) ресурсов, поиска информационной, эмоциональной и действенной поддержки. Характерны ориентированность на взаимодействие с другими людьми, ожидание поддержки, внимания, совета, сочувствия. Поиск преимущественно информационной поддержки предполагает обращение за советом и рекомендациями

к экспертам и знакомым, владеющим, с точки зрения респондента, необходимыми знаниями. Потребность преимущественно в эмоциональной поддержке проявляется стремлением быть выслушанным, получить эмпатичный ответ, разделить свои переживания с понимающим и сочувствующим человеком. При поиске преимущественно действенной поддержки ведущей является потребность в помощи конкретными действиями либо материальными ресурсами. Положительные стороны – это возможность использования внешних ресурсов для разрешения проблемной ситуации; отрицательные стороны – возможность формирования зависимой позиции и/или чрезмерных ожиданий по отношению к окружающим.

**Принятие ответственности.** Стратегия принятия ответственности предполагает признание субъектом своей роли в возникновении проблемы и ответственности за ее решение, в ряде случаев с отчетливым компонентом самокритики и самообвинения. При умеренном использовании данная стратегия отражает стремление личности к пониманию зависимости между собственными действиями и их последствиями, готовность анализировать свое поведение, искать истоки актуальных трудностей в личных недостатках и ошибках. Вместе с тем выраженность данной стратегии в поведении может приводить к неоправданной самокритике и самобичеванию, переживанию чувства вины и хронической неудовлетворенности собой. Указанные особенности, как известно, являются фактором риска развития депрессивных состояний. Положительные стороны – возможность понимания личной роли в возникновении актуальных трудностей; отрицательные – риск необоснованной самокритики.

**Бегство-избегание.** Стратегия бегства-избегания предполагает попытки преодоления личностью негативных переживаний в связи с трудностями за счет реагирования по типу уклонения: отрицания проблемы, фантазирования, неоправданных ожиданий, отвлечения и т.п. При отчетливом предпочтении стратегии избегания могут наблюдаться инфантильные формы поведения в стрессовых ситуациях – отрицание либо полное игнорирование проблемы, уклонение от ответственности

и действий по разрешению возникших трудностей, пассивность, нетерпение, вспышки раздражения, погружение в фантазии, переедание, употребление алкоголя и т.п. с целью снижения мучительного эмоционального напряжения. Большинство исследователей эту стратегию рассматривает как, безусловно, неадаптивную, однако это обстоятельство не исключает ее пользы в отдельных ситуациях, в особенности в краткосрочной перспективе и при острых стрессогенных ситуациях. Положительные стороны – возможность быстрого снижения эмоционального напряжения в ситуации стресса; отрицательные – невозможность разрешения проблемы, вероятность накопления трудностей, краткосрочный эффект предпринимаемых действий по снижению эмоционального дискомфорта.

**Планирование решения проблемы.** Стратегия планирования решения проблемы предполагает попытки ее преодоления за счет целенаправленного анализа ситуации и возможных вариантов поведения, выработки способов ее разрешения, планирования собственных действий с учетом объективных условий, прошлого опыта и имеющихся ресурсов. Стратегия рассматривается большинством исследователей как адаптивная, способствующая конструктивному разрешению трудностей. Положительные стороны – возможность целенаправленного и планомерного разрешения проблемной ситуации; отрицательные – вероятность чрезмерной рациональности, недостаточной эмоциональности, интуитивности и спонтанности в поведении.

**Положительная переоценка.** Стратегия положительной переоценки предполагает попытки преодоления негативных переживаний в связи с проблемой за счет ее положительного переосмысления, рассмотрения ее как стимула для личностного роста. Характерна ориентированность на надличностное, философское осмысление проблемной ситуации, включение ее в более широкий контекст работы личности над саморазвитием. Положительные стороны – возможность личностного роста в процессе преодоления проблемной ситуации; отрицательные – возможность недооценки практических возможностей разрешения ситуации.

## Методы психотерапии психогенных расстройств

**Гипноз и аутогенная тренировка** способны эффективно корректировать симптомы при психогенных расстройствах. Гипноз, применяемый в лечебной практике, выглядит несколько иначе, чем в психотерапии других расстройств. Это – больше гипносуггестивное воздействие, внушение, которое позволяет человеку расслабиться. При помощи гипноза психотерапевт снимает в очагах возбуждения коры головного мозга те острые моменты, которые возникли, остановились, “застыли” и не могут подвергнуться исправлению процессами торможения – так можно преподнести в павловских терминах. Использование в практике психотерапии стрессовых расстройств внушения, как правило, дает очень хорошие результаты. Применение гипноза помогает в короткое время снять эмоциональное и психическое напряжение.

Другим методом, основанным на взаимосвязи эмоционального состояния и мышечного напряжения, является **нервно-мышечная релаксация по методике Е Джекобсона**. В основу метода положено предположение, что страх, гнев, тревога, паника и беспокойство сопровождаются мышечным напряжением. Соответственно воздействие на мышечное напряжение способно положительно повлиять на эмоциональное состояние. Джекобсон доказал, что расслабление мышц помогает снять состояние возбуждения нервной системы, помогая ей отдохнуть и восстановить равновесие. Основываясь на этом факте, он разработал простую и эффективную методику помощи пациентам, испытывающим эмоциональное напряжение. Его метод прогрессивной мышечной релаксации получил широкую популярность и активно применяется психотерапевтами во всем мире. Регулярные тренировки (2 раза в день) помогают уменьшить уровень тревоги и ускорить выздоровление, научиться в случае необходимости быстро уменьшать тревогу при приближении панической атаки. Во время этого упражнения нужно попеременно напрягать и расслаблять мышцы. В ходе упражнения нужно увеличивать силу напряжения мышц, затем резко расслабляя их. В качестве примера можно рассмотреть базовое

упражнение, направленное на расслабление мышц рук. При его выполнении используются следующие прямые инструкции:

- Сядьте прямо – так, чтобы спина касалась стула, ноги стояли на полу, а руки лежали на коленях.
- Можно выполнять это упражнение с закрытыми глазами – это поможет Вам лучше расслабиться. Если с закрытыми глазами Вы чувствуете себя некомфортно, делайте упражнение с открытыми глазами.
- Начните с мышц кисти. Медленно считая до 5, с каждым счетом увеличивайте напряжение в мышцах кисти.
- На счет 5 резко расслабьте мышцы кисти. Вы почувствуете, как расслаблены кисти рук. Сравните это с ощущением напряжения в мышцах.
- Теперь повторите это упражнение, напрягая не только мышцы кисти, но и мышцы предплечья.
- Затем подключите мышцы плеча, затем мышцы предплечья, далее мышцы плеча. В конце упражнения Вы будете напрягать все мышцы рук и мышцы спины.

Когда пациент освоит это упражнение с мышцами рук, можно научиться прорабатывать и другие мышцы – ног, живота, шеи, лица. Регулярное выполнение этого упражнения (2 раза в день) поможет снизить общий уровень тревоги и ускорить выздоровление. В дальнейшем можно переходить на более сложный уровень и работать с расслаблением мышц всего тела (Приложение 2).

Также одно из ведущих мест по популярности и доказанной эффективности помощи при лечении психогенных расстройств занимает **когнитивно-поведенческая терапия**. Здесь уместно вспомнить выражение Эпиктета: “Людей расстраивают не события, а то как они на них смотрят”. Когнитивно-поведенческая терапия строится на принципах теории обучения. Суть, которую психотерапевт в ходе общения доносит до клиента – представление о том, что человек может совершать ошибки. Принцип подхода подразумевает, что состояние стресса может влиять и на мыслительную деятельность человека и на его поведе-

ние. Не бывает стресса без внутриличностного конфликта. Психотерапия стресса ведет к его поиску и подразумевает работу не только с поверхностными промежуточными мыслями и рациональными установками, но и идет глубже – к ядру личности, к системе отношений и к конфликтам, которые там возникают. Именно они являются причиной стрессового состояния, которое наблюдается на поверхности. Фобическая симптоматика купируется применением прогрессивной релаксации, градуированным погружением в стимульный материал, контролем иррациональных мыслей. В целом когнитивно-поведенческая терапия исходит из предпосылок: признание личной ответственности за свои проблемы; принятие идеи, что имеется возможность решительно повлиять на эти проблемы; признание, что эмоциональные проблемы часто проистекают из иррациональных установок; признание полезности серьезного обсуждения этих представлений; согласие прилагать усилия к устранению своих алогичных суждений; готовность заниматься психотерапией. Отдельно анализируются схемы искаженного мышления пациента. К типичным схемам искаженного мышления и неадекватным установкам относят:

- 1) сверхгенерализацию (из одного события делаются выводы, касающиеся других событий в будущем);
- 2) дихотомическое мышление (“все или ничего”, в расчет принимаются только крайние варианты решений или возможностей);
- 3) преувеличение (какая-то проблема становится проблемой всей жизни, предсказание катастрофы);
- 4) избирательное восприятие (из контекста вырываются детали, при этом игнорируется другая более значимая информация, видятся только негативные детали, например, слабости);
- 5) эмоциональное мышление (все события соотносятся только с собственной личностью);
- 6) произвольные или иррациональные умозаключения (устанавливается зависимость между обстоятельствами, не связанными друг с другом);



- 7) противопоставление недостатков достоинствам (да, но);
- 8) нормативное мышление (дела должны обстоять так, как они должны обстоять);
- 9) утопические ожидания (нереалистические ожидания относительно себя и других).

Отдельным примером структурированной краткосрочной техники когнитивно-поведенческой терапии может быть **стресс-прививочная терапия**. Этот метод был разработан в 1974–1985 гг. канадским психологом Дональдом Мейхенбаумом. Метод получил название “прививочного”, поскольку в нем есть определенное сходство с техникой биологической иммунизации: подобно тому, как медицинская иммунизация помогает организму подготовиться для защиты от тяжелых инфекций, психологическая иммунизация предназначена для подготовки к столкновению со стрессовыми нагрузками возрастающей интенсивности и сложности. Этот метод позволяет человеку перейти из состояния “выученной беспомощности” к состоянию “выученной компетентности”. Метод заключается в обучении приемам самоконтроля, помогающим справляться со стрессовыми ситуациями. Эта методика может также применяться для выработки оптимального поведения в проблемных ситуациях, вызывающих гнев, физическую боль или иные негативные эмоции и неприятные ощущения. Процедура стресс-прививочной терапии четко структурирована, сфокусирована на задачу и в большинстве случаев не занимает много времени. Эта методика с успехом применяется для подготовки больного к предстоящей операции, спортсменов к соревнованию, в профессиональной сфере, чтобы обучить работников более эффективным стратегиям поведения в сложной ситуации (применительно к лицам, по роду своей деятельности часто оказывающимся в стрессовых ситуациях – военным, сотрудникам правоохранительных органов, менеджерам).

Стресс-прививочная терапия создана на основе когнитивной модели стресса. Предполагается, что степень негативного воздействия стресса зависит в существенной мере от того, как эта ситуация воспринимается каждым конкретным челове-

ком (то есть от появления рациональных и адаптативных или иррациональных, деструктивных и отвлекающих мыслей по поводу проблемной ситуации). Следует также отметить, что в стрессовых ситуациях обычно актуализируются тревожные, иррациональные и деструктивные мысли, связанные с прошлым негативным опытом. По этой причине объективно одинаковые события могут совершенно по-разному восприниматься разными людьми (в зависимости от их личностных особенностей и жизненного опыта), что приводит к разным стилям поведения в данной ситуации и, соответственно, к разным последствиям. Неадаптивная реакция на стресс, с точки зрения Мейхенбаума, возникает, если происходящие или ожидаемые события воспринимаются как угрожающие или индивид низко оценивает свои шансы предотвратить эту угрозу. Индивид также считает, что он не может управлять своим поведением и эмоциями, возникающими в стрессовой ситуации. Подобные убеждения имеют ярко выраженный негативный эффект по схеме “самоисполняющегося пророчества”: тревожные ожидания в стрессовой ситуации приводят к возникновению неадаптивного поведения и болезненной реакции на стресс, что, в свою очередь, убеждает индивида в истинности его негативных установок. Изменив убеждения, связанные с проблемной ситуацией, и содержание внутреннего диалога, можно подготовить человека к испытываемым им или ожидаемым трудностям. Именно в этом и заключается “тренинг вакцинации против стресса”. Если терапевту удастся изменить внутренний монолог клиента (с помощью метода аутоинструкций), то происходит позитивное изменение физиологической составляющей эмоций в стрессовой ситуации, что снижает тревожность индивида, улучшает возможность самоконтроля и позволяет вести себя более рационально и адаптивно.

Тренинг состоит из нескольких этапов. Первый этап – *“концептуальная фаза”*, также иногда называется “этапом разъяснения”. Клиенту объясняют психологические и биологические механизмы реакции на стресс. Терапевт помогает клиенту отличить адаптивные и эффективные реакции от патологических, объясняет, что высокая тревожность обычно возникает в

случаях, когда индивид фокусирует внимание на своих неприятных ощущениях и на собственной несостоятельности. Также анализируются мысли, понижающие самооценку и веру в свои силы (“тут трудно что-либо предпринять” или “я ничего не могу поделать ни со своими мыслями, ни с ситуацией”). Соответственно, низкая тревожность связана с фокусированием внимания на внешней ситуации, что повышает способность к самоконтролю и помогает решить проблему. Терапевт объясняет, что поведение может быть модифицировано благодаря пересмотру своего отношения к проблемной ситуации и развитию навыков самоконтроля. Следует подчеркнуть, что человек может не замечать, что в стрессовой ситуации у него появляются автоматические негативные мысли или не осознавать, к каким отрицательным последствиям приводят эти мысли. Поэтому необходимо обучение приемам самонаблюдения, помогающим “слышать” собственный внутренний монолог и замечать, как негативные установки воздействуют на эмоции, самочувствие и поведение. Автор метода приводит различные диагностические способы выявления автоматических мыслей при стрессовых ситуациях: обследование пациента, диагностическое исследование поведения, групповая дискуссия, анализ ситуаций, домашние задания (самонаблюдение и ведение дневниковых записей). Кроме того, пациентов обучают стратегиям решения проблем (например, тому, как определить проблему, выработать возможные альтернативные способы действия, взвесить все “за” и “против” по каждому возможному решению проблемы и найти способ реализовать оптимальное из всех возможных решений). Также важно понимать, как использовать самовнушение, способствующее улучшению самоконтроля и снижению тревожности, применяя, например, такие фразы: “Я могу сделать это”, “Надо действовать спокойно, и у меня все получится”, “Сконцентрируйся на настоящем: что именно надо сделать?”, “Не оставляй стараний; не жди совершенства и немедленного успеха”, “Ты можешь разработать план, как с этим справиться”, “Лучше просто подумай, что ты можешь с этим сделать. Это лучше, чем волноваться”, “Расслабься: ты контролируешь себя. Сделай медленный, глубокий вдох”, “Ты

способен разработать стратегию преодоления!”, “Нервничать и волноваться бесполезно: это делу не поможет. Подумай, что можно сделать в этой ситуации”. Наконец, человек определяет, какие стрессоры являются для него наиболее проблемными, и выявляет свои ожидания в отношении результатов тренинга. Исходя из этого, терапевт и пациент разрабатывают план совместной работы.

Второй этап – *“фаза формирования новых умений”*. На этом этапе пациенту предлагаются испробовать на практике различные стратегии (копинг-навыки), позволяющие уменьшить негативное воздействие стрессовых ситуаций. Эти стратегии отрабатываются в воображаемых стрессовых ситуациях, при этом рекомендуют не отрицать, а фиксировать негативные, неадаптивные и тревожные мысли, возникающие при столкновении с проблемной ситуацией, и замещать их на рациональные позитивные мысли, ведущие к адаптивным формам поведения.

Далее следует *“фаза применения новых умений”*. Эта фаза также называется *“этапом конфронтации”*. На этой стадии производится закрепление приобретенных навыков и перенос этих навыков в реальную жизнь. Пациент *“тестирует”* новые приемы в конкретных ситуациях и убеждается в их эффективности. Если речь идет о выработке навыков общения, этот этап часто осуществляется в рамках групповой терапии, что позволяет смоделировать ситуацию общения, приближенную к реальной. Этот этап включает разнообразные практические упражнения, ролевые игры. Кроме этого, отрабатываются реальные действия в реальных ситуациях. На этапе конфронтации со стрессом пациент использует следующую когнитивно-поведенческую схему:

- своевременно распознать эмоции и ощущения, предшествующие стрессовой реакции;
- вспомнить приемы, которые следует применить в стрессовой ситуации: расслабиться (используя техники дыхания и релаксации), задействовать позитивный внутренний монолог (позитивные самовнушения). К ним относятся такие утверждения, как “Я способен решить эту проблему”, “Я смогу взять ситуацию под контроль”, “Делай одно за другим – с ситуацией можно справиться!”, “Даже

если я не могу подавить страх, я знаю, как мне надо себя вести”, “Скоро это пройдет, бывало и хуже”;

- выход из стрессовой ситуации должен сопровождаться приемами “самоутверждения” (“Я справился! Получилось!”, “Каждый раз, когда я тренируюсь, мне становится все легче преодолевать стресс”, “Я могу гордиться своими успехами в преодолении таких ситуаций”, “Я могу быть доволен тем, что мне удалось сделать”). В этом случае пациент использует самовнушение, которое является позитивным подкреплением, то есть своего рода “вознаграждением” за то, что он сумел использовать адаптивные способы преодоления стрессовой ситуации. Кроме этого, “самоутверждение” усиливает уверенность в собственных силах и закрепляет навыки здорового поведения.

На завершающем этапе тренинга при необходимости терапевт дает пациенту карточку с инструкциями, в которой указывается, что следует делать в проблемной ситуации (например, в случае панической атаки). Такую карточку пациент может носить с собой, положить на рабочий стол или повесить дома на видном месте. Необходимость применения подобных карточек связана с тем, что в стрессовой ситуации пациент может растеряться и забыть, что ему порекомендовал делать терапевт (особенно если речь идет о сложной схеме действий). К тому же само по себе наличие карточки часто оказывает успокаивающее действие на пациента. Наконец, постоянно глядя на карточку, пациент “интериоризирует” программу действий, которые он должен выполнить: он как бы репетирует в уме то, что ему предстоит сделать в проблемной ситуации. Это помогает лучшему выполнению действий в момент, когда это окажется необходимым. Замечено, что даже после того, как проблема исчезла, многие пациенты периодически перечитывают карточку с инструкциями, и это уменьшает их страх по поводу того, что они не смогут справиться с проблемой, если она вновь возникнет в будущем.

При рассмотрении техник психотерапии необходимо также указать на **технику десенсибилизации и переработки**

**движений глаз (EMDR)**, используемую при лечении посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Это форма психотерапии, разработанная Ф. Шапиро в 1980-х годах, первоначально была предназначена для облегчения дистресса, связанного с травматическими воспоминаниями. При проведении методики пациент вспоминает неприятные переживания во время двусторонней стимуляции, такой как движение глаз из стороны в сторону или физическая стимуляция, такая как постукивание по обе стороны тела. Методика основана на идее, что негативные мысли, чувства и поведение являются результатом необработанных воспоминаний. Лечение включает в себя стандартизированные процедуры, которые одновременно сосредотачивают внимание на спонтанных ассоциациях травматических образов, мыслей, эмоций и телесных ощущений и двусторонней стимуляции, которая чаще всего проявляется в виде повторяющихся движений глаз.

Формальная терапия EMDR состоит из восьми фаз. Первый этап представляет собой сбор анамнеза и планирование лечения. Второй этап включает подготовку. Третья фаза – это фаза оценки, за которой следует четвертая фаза десенсибилизации. На 5 и 6 фазах формируется установка положительных когнитивных способностей и сканирование тела. Последняя фаза – фаза переоценки. EMDR обычно проводится в серии сеансов с обученным терапевтом. Количество сеансов может варьироваться в зависимости от достигнутого прогресса. Типичный сеанс терапии EMDR длится от 60 до 90 минут. Пациента просят вспомнить изображение, фразу и эмоции, которые представляют уровень дистресса, связанный с триггером, генерируя один из нескольких типов двустороннего сенсорного ввода, таких как движения глаз из стороны в сторону или постукивание рукой.

## **Групповая психотерапия**

Групповая терапия чрезвычайно популярна при работе с пациентами, страдающими психогенными расстройствами. Часто она комбинируется с индивидуальной и семейной формами. Так, эффективна процедура дебрифинга – группового

обсуждения, нацеленного на уменьшение психических страданий. Применяются такие приемы, как расспрос, эмпатическое выслушивание, когнитивное структурирование, в результате которого у пациента возникает возможность произвольного контроля над своими эмоциональными и поведенческими реакциями. К основным целям групповой психотерапии у пациентов с травматическим опытом относят (Тарабрина Н.В., 2001):

1. Разделение с терапевтом и группой повторного переживания травмы в безопасном пространстве.
2. Избавление от чувства изолированности, отчуждения, несмотря на уникальность травматического переживания каждого участника группы.
3. Возможность быть в роли того, кто помогает (осуществляет поддержку, вселяет уверенность, способен вернуть чувство собственного достоинства).
4. Преодоление чувства собственной малоценности.
5. Уменьшение вины и стыда, развитие доверия, способности разделить и потерю.
6. Возможность делиться с кем-то, кроме терапевта, информацией о себе.
7. Принятие групповой идеологии, языка, которые дают возможность участникам воспринимать стрессовое событие иным, более оптимистическим образом.
8. Получение возможности составить собственное представление о реальности изменений, которые происходят с каждым членом группы.

К основным правилам работы таких групп относят доверительный стиль общения, общение по принципу “здесь и сейчас”, персонификацию высказываний, искренность, конфиденциальность, акцент на сильных сторонах личности, недопустимость оценок, активное участие в происходящем, уважение к говорящему.

Таким образом, методы психотерапии при осуществлении психотерапии психогенных расстройств разнообразны. Обобщая, можно выделить основные отличия кризисной психо-

терапии от традиционной. Цель такой терапии – купирование кризисных проявлений и профилактика их рецидивов. Задача – дезактуализация травмирующих переживаний, повышение возможностей адаптации. Фокус терапии – высокосignимые взаимоотношения в микросоциальном окружении пациента. Соответственно возможно осуществление дифференцированных подходов в лечении, учитывающих специфику расстройства и лично-психологические особенности пациента.

### **Контрольные вопросы**

1. Какие представления о воздействии стресса являются ошибочными?
2. Назовите признаки социально-психологической дезадаптации при психогенных расстройствах.
3. К чему приводит хроническое существование стрессового состояния?
4. Что является целью психотерапии психогенных расстройств?
5. На что воздействует 4-шаговая терапия стрессовых расстройств по Г.В. Старшенбауму?
6. Какие ошибки наиболее часто совершаются при психотерапии психогенных расстройств?
7. Какая копинг-стратегия основана на целенаправленной поведенческой активности, осуществлении конкретных действий, направленных либо на изменение ситуации, либо на отреагирование негативных эмоций?
8. При развитии какой копинг-стратегии характерно использование интеллектуальных приемов рационализации, переключения внимания, отстранения, юмора, обесценивания и т.п.?
9. При развитии какой копинг-стратегии наблюдается тенденция к сдерживанию личных побуждений и подавлению потребностей, стремление скрывать личные переживания от окружающих, замкнутость?



10. Какая копинг-стратегия предполагает попытки разрешения проблемы за счет привлечения внешних (социальных) ресурсов, поиска информационной, эмоциональной и действенной поддержки?
11. При развитии какой копинг-стратегии предполагается принятие ответственности субъектом своей роли в возникновении проблемы?
12. Что является недостатком при развитии стратегии целенаправленного планирования?
13. Какая копинг-стратегия рассматривает преодоление трудностей с точки зрения личностного роста?
14. Каковы механизмы действия гипноза при терапии психогенных расстройств?
15. Что является причиной стрессового расстройства в рамках когнитивно-поведенческого подхода?
16. Что относится к типичным схемам искаженного мышления?
17. В чем заключается метод Д. Мейхенбаума?
18. Перечислите этапы стресс-прививочной терапии.
19. Кто является автором метода десенсибилизации и переработки движениями глаз?
20. Назовите цели групповой психотерапии при терапии психогенных расстройств.

## Л и т е р а т у р а

1. Аксенов М.М., Перчаткина О.Э., Иванова С.А., Левчук Л.А. Психосоциальные и биологические факторы формирования стрессоустойчивости при диссоциативных состояниях // Российский психиатрический журнал. – 2014. – №2. – С. 38-44.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. – Ростов-на-Дону, 1997. – 576 с.
3. Александровский Ю.А. Системный анализ механизмов психической дезадаптации, сопровождающей пограничные психические расстройства // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2010. – № 5. – С. 27-35.
4. Близнюк А.И. Психосоматическая патология, классические теории и современные концепции // Медицинские новости. – 2014. – №10. – С. 10-15.
5. Боброва М.А. Эмоциональные, когнитивные и личностные нарушения при соматоформных расстройствах (типология, терапия и прогноз): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2012. – 23 с.
6. Богомаз С.Л. Психологическая защита личности: методология, механизмы, инструментарий // Ученые записки УО ВГУ имени П.М. Машерова. – 2008. – Т. 7. – С. 228-254.
7. Данилова С.В., Бадмаева В.Д. Расстройства личности (кратко о важном). – М.: Мицар, 2012. – 296 с.
8. Данилова С.В., Тальникова Е.С. Расстройства личности и акцентуированные личностные черты. – М.: “ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2019. – 113 с.
9. Дорофеев Е.В. Комплексная терапия диссоциативного двигательного расстройства // Медицинский альманах. – 2020. – №2(63). – С. 79-83. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kompleksnaya-terapiya-dissotsiativnogo-dvigatel'nogo-rasstroystva> (дата обращения 20.10.2022).
10. Дюкова Г.М. Конверсионные и соматоформные расстройства в общей медицинской практике // Медицинский Совет. – 2013. – №2-2. – С. 50-59. URL: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2013-2-2-50-59>
11. Жислин С.Г. Об острых параноидах. – М., 1940. – 115 с. URL: <http://www.psychiatry.ru/siteconst/userfiles/file/PDF/AboutPara.pdf> (дата обращения 28.10.2022).

12. Карвасарский Б.Д. Неврозы: Руководство для врачей. – 2-е изд. – М.: Медицина; 1990.
13. Комер Р. Патопсихология поведения: нарушения и патология психики: Пер. с англ. – 4-е изд. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК; М.: ОЛМА-пресс, 2005. – 638 с.
14. Котенева А. В. Психологическая защита личности. – М.: МГГУ, 2013. – 562 с.
15. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. – М.: Академический проект, 1999. – 240 с.
16. Лебедев М.А., Палатов С.Ю., Ковров Г.В. Неврозы (клиника, динамика, терапия) // Российский медицинский журнал. – 2013. – № 3. – С. 165-168. <https://elibrary.ru/item.asp?id=20196498> (дата обращения 20.10.2022).
17. Мак-Вильямс Н. Защитные механизмы: Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. – М.: Класс, 1998. – 354 с.
18. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – М.: Эксмо, 2008. – 928 с.
19. Масуда М., Холмс Т. Шкала оценки социальной адаптации: кросс-культурное исследование японцев и американцев // J. Psychosom. Res. 1967. –Vol.11 (2). – P. 227-237. DOI:10.1016/0022-3999(67)90012-8.
20. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. – М.: Речь, 2006. – 507 с.
21. Прибытков А.А., Еричев А.Н. Соматоформные расстройства. Часть первая: интегративная модель патологии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2017. – №1. – С. 3-10.
22. Психиатрия чрезвычайных ситуаций. Руководство в 2 т. / Под ред. З.И. Кекелидзе. – М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского, 2011. – 790 с.
23. Психогенные расстройства (часть 1) / Под ред. Л.М. Барденштейна. – М.: РИО МГМСУ, 2021. – 65 с.
24. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб: ПИТЕР; 1998.
25. Рогов Е.И. Общая психология. – М.: Владос, 2007. – 447 с.
26. Ромасенко Л.В., ВандышБубко В.В., Никитин С.С. Истерические и коморбидные психические расстройства в амбулаторной невроло-

- гической практике // Нервно-мышечные болезни. – 2019. – №9(2). – С. 37-42, <https://doi.org/10.17650/2222-8721-2019-9-2-37-42>.
27. Руководство по судебной психиатрии / Под ред. А.А. Ткаченко. – 4-е изд. – М.: Юрайт, 2021. – 522 с.
  28. Савков В.С., Князева Г.В. Диагностика функционального (психогенного) пареза и слабости // *Acta Biomedica Scientifica*, 2018. – Том 3. – №1. – С.73-81. DOI: 10.29413/ABS.2018-3.1.11
  29. Семке В.Я., Епанчинцева Е.М. Душевные кризисы и их преодоление. – Томск: Изд. Томского университета, 2005. – 212 с.
  30. Смулевич А.Б. Реактивные (психогенные) депрессии // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. – 2013. – №4 – С. 4-11. URL: [https://conmed.ru/magazines/psikhiatriya\\_i\\_psihofarmakoterapiya\\_im\\_p\\_b\\_ganushkina/psikhiatriya\\_i\\_psihofarmakoterapiya\\_im\\_p\\_b\\_ganushkina-04-2013/reaktivnye\\_psihogennye\\_depressii/](https://conmed.ru/magazines/psikhiatriya_i_psihofarmakoterapiya_im_p_b_ganushkina/psikhiatriya_i_psihofarmakoterapiya_im_p_b_ganushkina-04-2013/reaktivnye_psihogennye_depressii/) (дата обращения 23.10.2022).
  31. Смулевич А.Б., Ротштейн В.Г. Психогенные заболевания. URL: <http://www.psychiatry.ru/lib/53/book/34> (дата обращения 14.08.2022).
  32. Собенников В.С. Соматизация и соматоформные расстройства. – Иркутск, 2014. – С. 132-141.
  33. Спадерова Н.Н. Суицидальное поведение при посттравматическом стрессовом расстройстве (данные литературы и клиническая практика) // *Медицинская наука и образование Урала*. – 2015. – Т.16. – №1(81). – С. 146-149.
  34. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. – М.: Когито-Центр, 2005. – 376 с.
  35. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
  36. Телия К.К. Психогенные психические расстройства (невротические, связанные со стрессом расстройства). – СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2007. – 40 с.
  37. Фелинская Н.И. Реактивные состояния в судебно-психиатрической клинике. – М.: Медицина, 1968. – 291 с.
  38. Фрейд А. Психология Я и защитные механизмы. – М.: Педагогика-Пресс, 1993. – 144 с.
  39. Харитоновна Н.К. Психогенные депрессии (систематика, принципы моделирования, судебно-психиатрическое значение): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1991.

40. Цыганков Б.Д., Овсянников С.А. Психиатрия. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 544 с.
41. Черепанова Е.В. Психологический стресс: помощи себе и ребенку. – М., 1997.
42. Шапиро Ф. Эффективность процедуры десенсибилизации движений глаз в лечении травматических воспоминаний // Журнал травматического стресса. – 1989. – №2. – С. 199-223.
43. Эверли Д.С. Стресс: Природа и лечение. – М.: Медицина, 1985. – 223 с.
44. Якубик А. Истерия. Методология. Теория. Психопатология: Пер. с польск. – М.: Медицина, 1982. – 344 с. URL: <https://studfile.net/preview/399049/> (дата обращения 14.08.2022).
45. Bilikiewicz A., Landowski J. Quantification of psychopathological symptoms // *Psychiatria Polska*. – 1973. – Vol. 7(4). – P. 397-402.
46. Garcia-Campayo J., Alda M., Sobradie N. et al. Personality disorders in somatization disorder patients: a controlled study in Spain // *J. Psychosom. Res.* – 2007. – Vol. 62. – № 6. – P. 675-680.
47. Horowitz M.J., Arthur R.J. Narcissistic Rage in Leaders: the Intersection of Individual Dynamics and Group Process // *International Journal of Social Psychiatry*. – 1988. – Vol. 34(2). – P. 135-141.
48. Klinke M.E., Hjartardóttir T.E., Hauksdóttir A., Jónsdóttir H., Hjaltason H., Andrésdóttir G.T. Moving from stigmatization toward competent interdisciplinary care of patients with functional neurological disorders: focus group interviews // *Disabil Rehabil.* – 2021. Vol. 43(9). – P. 1237-1246. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1661037>.
49. Lempert T., Dieterich M., Huppert D., Brandt T. Psychogenic disorders in neurology: frequency and clinical spectrum // *Acta Neurol Scand*. 1990. – Vol. 82. – P. 335-340. DOI: 10.1111/j.1600-0404.1990.tb03312.x
50. Lenze E.J., Miller A.R., Munir Z.B. et al. Psychiatric symptoms endorsed by somatization disorder patients in a psychiatric clinic // *Ann. Clin. Psychiatry*. – 1999. – Vol. 11, № 2. – P. 73-79.
51. Popkirov S., Asadi-Pooya A.A., Duncan R. et al. The aetiology of psychogenic nonepileptic seizures: risk factors and comorbidities // *Epileptic Disord*. 2019. – Vol. 21(6). – P. 529-547. <http://doi.org/10.1684/epd.2019.1107>.

## **ПРИЛОЖЕНИЕ 1**

### **Оценочная шкала стрессовых событий Холмса-Раге**

	<b>Жизненные события</b>	<b>Баллы</b>
1	Смерть супруга (супруги)	100
2	Развод	73
3	Разъезд супругов, разрыв с партнером	65
4	Тюремное заключение	63
5	Смерть близкого члена семьи	63
6	Травма или болезнь	53
7	Вступление в брак	50
8	Увольнение с работы	47
9	Примирение супругов	45
10	Уход на пенсию	45
11	Изменение в состоянии здоровья членов семьи	44
12	Беременность (партнерши)	40
13	Сексуальные проблемы	39
14	Появление нового члена семьи, рождение ребенка	39
15	Реорганизация на работе	39
16	Изменение финансового положения	38
17	Смерть близкого друга	37
18	Изменение или смена места работы	36
19	Усиление конфликтности отношений с супругом	35
20	Ссуда или заем на крупную покупку (например, дома)	31
21	Окончание срока выплаты ссуды, растущие долги	30
22	Повышение служебной ответственности	29
23	Сын или дочь покидает дом	29
24	Проблемы с родственниками мужа (жены)	29
25	Выдающееся личное достижение, успех	28

26	Супруг бросает работу (или приступает к работе)	26
27	Начало или окончание обучения в учебном заведении	26
28	Изменение условий жизни	25
29	Отказ от каких-то индивидуальных привычек, изменение стереотипов поведения	24
30	Проблемы с начальством, конфликты	23
31	Изменение условий или времени работы	20
32	Перемена места жительства	20
33	Смена места обучения	20
34	Проведение досуга или отпуска	19
35	Изменение привычек, связанных с вероисповеданием	19
36	Изменение социальной активности	18
37	Ссуда или заем для покупки крупных вещей (машины)	17
38	Изменение индивидуальных привычек, связанных со сном, нарушение сна	16
39	Изменение числа живущих вместе членов семьи, изменение характера и частоты встреч с другими членами семьи	15
40	Изменение привычек, связанных с питанием (количество потребляемой пищи, диета, отсутствие аппетита и т.п.)	15
41	Отпуск	13
42	Рождество, встреча Нового года, день рождения	12
43	Незначительное нарушение правопорядка (штраф за нарушение правил уличного движения)	11

Итоговый балл по шкале определяет актуальный уровень стресса для индивида. Данный балл сопоставляется со следующими уровнями переживания стресса:

Общая сумма баллов	Степень сопротивляемости стрессу
150–199	Высокая
200–299	Пороговая
300 и более	Низкая (ранимость)

В соответствии с проведенными исследованиями было установлено, что 150 баллов означают 50% вероятности возникновения какого-то заболевания, а при 300 баллах они увеличиваются до 90%.

**Сеанс аутогенной тренировки (АТ) при проведении  
психотерапии психогенных расстройств**

**1) Общее успокоение.**

Я совершенно спокоен. Я полностью расслаблен. (Представьте себе, что Вы лежите в теплой ванне). Все мое тело теплое и расслабленное. Я совершенно спокоен.

**2) Внушения тяжести.**

Моя правая рука тяжелеет (представьте, что правая рука, будто полый сосуд наполняется свинцом). Моя правая рука стала тяжелая. Моя правая рука тяжелая. Правая рука тяжелая. Рука тяжелая.

(Подобные формулы самовнушения для левой руки и ног).

Все мое тело стало тяжелое. Мое тело тяжелое.

Внушение расслабления мышц. Расслаблен лоб (разгладились складки на лбу). Расслабились веки (веки стали тяжелыми и расслабленными). Расслабились челюсти, разжались губы. Мое лицо полностью расслабилось. Расслабилась шея. Расслабились плечи (плечи чуть заметно опустились вниз). Расслабилась спина. Расслаблены руки, ноги. Расслаблено все тело. Мое тело тяжелое и расслабленное.

**3) Внушение тепла.**

Моя правая рука теплеет (представьте, что Вы погружаете правую руку в теплую воду).

Далее идут формулы самовнушения, аналогичные вызыванию тяжести.

**4) Успокоение дыхания.**

Мое дыхание становится медленнее и спокойнее. Мое дыхание медленное, ровное и спокойное. Дышится легко и свободно.

**5) Успокоение деятельности сердца.**

Мое сердце начинает работать медленнее и спокойнее. Мое сердце бьется ровно и ритмично.

**6) Тепло в области солнечного сплетения.**



В моем солнечном сплетении появляется тепло. Мое солнечное сплетение излучает тепло. Теплеют все внутренние органы моего тела. Все мое тело стало теплое. Все тело теплое, тяжелое и расслабленно.

7) Прохлада в области лба.

Мой лоб слегка прохладен (ощутите дуновение легкого ветерка на лбу).

8) Общее успокоение.

Я совершенно спокоен. Я полностью расслаблен.

9) Использование АТ – проведение необходимого самоуспокоения, направленного на снижение чувства внутреннего напряжения.

10) Выход из состояния АТ.

Я хорошо отдохнул. Я бодр, активен, работоспособен. Тяжесть в теле сменяется легкостью, тепло – приятной прохладой. Веки становятся легкими, глаза открываются.

**Психогенные расстройства:  
этиология, клиника, диагностика, лечение**

*Учебное пособие*

*Заведующая редакцией*

*Н.Б. Гончарова*

*Редактор*

*Л.Б. Абрамова*

*Компьютерная верстка*

*М.М.Абрамовой*

Подписано в печать 9.06.2023 г.

Формат 60х84/16. Гарнитура Century Schoolbook.

Бумага офсетная. Цифровая печать. Усл. печ. л. 6,62.

Федеральное государственное бюджетное учреждение  
“Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии  
и наркологии имени В.П. Сербского” Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

119034 ГСП-1, Москва, Кропоткинский пер., 23.

## ДЛЯ ЗАМЕТОК

## ДЛЯ ЗАМЕТОК