



РязГМУ им. акад. И. П. Павлова
Кафедра психиатрии

НЕВРОТИЧЕСКИЕ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА

*Методические указания
для студентов 5 курса лечебного факультета*



Рязань, 2013

УДК 616.891 (о75.83)

ББК 56.14

М 406

Рецензенты: **С.С. Петров**, д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой психиатрии и психотерапии ФДПО

Б.Ю. Володин, д-р мед. наук, доц., зав. кафедрой клинической психологии и психотерапии

Составители: **Е.А. Шитов**, канд. мед. наук, ассистент кафедры психиатрии

Д.И. Шустов, д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой психиатрии

Д.С. Петров, д-р мед. наук, доц. кафедры психиатрии

А.В. Меринов, д-р мед. наук, доц. кафедры психиатрии

Невротические и соматоформные расстройства: методические указания для студентов по дисциплине «Психиатрия» / Е.А. Шитов, Д.И. Шустов, Д.С. Петров, А.В. Меринов; ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России.– Рязань: РИО РязГМУ, 2013. – 305 с.

Методические указания содержат сведения о

Методические указания предназначены для студентов лечебного факультета.

Одобрено Научно-методическим Советом Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова и рекомендовано к печати.

УДК

ББК

© ГБОУ ВПО РязГМУ, 2013

СОДЕРЖАНИЕ:

Введение	2
Классификация	3
Тревожно-фобические расстройства	5
Обсессивно-компульсивные расстройства	7
Истерические расстройства	11
Неврастения	15
Соматизированные психические реакции	18
Вопросы для повторения и вопросы для контроля	20
Ситуационные задачи	24
Список терминов	25
Список рекомендуемой литературы	30

Введение

Невротические расстройства (неврозы) – группа психогенно обусловленных болезненных состояний, характеризующихся парциальностью и эгодистонностью многообразных клинических проявлений, не изменяющих самосознания личности и осознания болезни.

Психогенный - термин, отражающий происхождение расстройства, – как следствие психической травмы, часто неосознаваемой больным (в отличие от реактивных состояний, при которых существует «понятная» связь между содержанием психотравмирующей ситуации и фабулой болезненных переживаний – один из симптомов триады Ясперса).

Эгодистонность – чуждость Эго (Я) пациента – пациент воспринимает симптомы как болезненные проявления, в отличие от расстройств личности или психозов, симптомы которых *эгосинтонны* (средство к Я) вследствие расстройства самосознания личности и осознания болезни.

В МКБ-10 не используется традиционная дифференциация между неврозами и психозами и эти термины устранены из классификации. В тоже время сохраняются термины *невротические* (этот раздел включает большинство расстройств, которые некоторыми специалистами традиционно рассматриваются в рамках неврозов) и *психотические* расстройства (термин, который указывает на наличие бреда, галлюцинаций или некоторых форм нарушенного поведения – резкое возбуждение, выраженная заторможенность, кататония).

Невротические расстройства нарушают лишь определенные сферы психической деятельности, не сопровождаются *психотическими явлениями* или тяжелыми нарушениями поведения, но при этом они могут существенно влиять на качество жизни.

В группу невротических расстройств не включаются невротические симптомокомплексы, сопутствующие эндогенным психическим (шизофрения и др.), соматическим и неврологическим заболеваниям (в этих случаях симптоматика квалифицируется как неврозоподобная).

Классификация

На современном уровне знаний широкое распространение получила синдромальная классификация неврозов, которая нашла отражение в МКБ-10. В этой классификации расстройства, рассматривавшиеся ранее в рамках неврозов, расположены главным образом в рубриках F40 – F42 (паническое расстройство, агорафобия, социальная фобия; специфические, изолированные фобии; генерализованное тревожное расстройство, навязчивые мысли, компульсивные действия, деперсонализационно-дереализационный синдром и др.), но представлены также в разделах F44 – диссоциативные (конверсионные) расстройства, F45.2 – нозофобии и F48 – неврастения.

Однако дифференциация невротических синдромов сопряжена с некоторыми трудностями, среди которых — высокий уровень *коморбидности* (сочетание различных психопатологических расстройств), наблюдающейся в ряду тревожно-фобических и обсессивно-компульсивных расстройств. Так, при обсессивно-компульсивных расстройствах наблюдается коморбидность с фобиями почти в половине случаев (46,5 %), а также с паническими атаками (13,8 %). Более чем у 50 % лиц, страдающих социальными фобиями, отмечается еще одно тревожное расстройство (агорафобия, простая фобия). Признаки навязчивости обычно свойственны большинству невротических проявлений: тревожным опасениям, неопределенным страхам, предчувствиям, отдельным фобиям. Круг этих нарушений достаточно широк. Так болезненные проявления, составляющие спектр обсессивно-компульсивных расстройств, включают соматизированные, ипохондрические, диссоциативные, деперсонализационные нарушения, личностные расстройства, расстройства, связанные со злоупотреблением

алкоголем и психоактивными веществами, нервную анорексию, булимию и др.

При большинстве невротических состояний весьма велика возможность возникновения аффективных расстройств; так, для панических атак вероятность сочетания с депрессиями колеблется в пределах 30—70 %. На определенных этапах затяжных невротических реакций в их клинической картине могут преобладать аффективные расстройства. В некоторых случаях депрессии предшествуют дебюту тревожно-фобических и обсессивно-компульсивных расстройств.

В настоящем разделе используется следующая систематика невротических расстройств:

- тревожно-фобические (включая обсессивно-компульсивные) расстройства (в традиционной отечественной систематике - невроз навязчивых состояний);
- истерические (преимущественно конверсионные или диссоциативные) расстройства;
- неврастения;
- соматоформные расстройства.

Такое деление невротических синдромов основано на современных подходах, но учитывает и традиционные для отечественной психиатрии классификации.

ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИЕ И ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Проблема фобий и навязчивостей привлекала внимание клиницистов еще в донозологический период психиатрии. Навязчивый страх смерти был описан уже в начале XVII в. [Burton E., 1621]. В 1871 г. С. Westphal ввел термин «агорафобия», обозначавший страх пребывания в общественных местах. Однако лишь на стыке XIX—XX вв. (1895—1903) благодаря исследованиям учеников J. Charcot— Z. Freud и P. Janet, исходивших из разных теоретических установок, были предприняты попытки объединения тревожно-фобических расстройств в самостоятельное заболевание — тревожный невроз (Z. Freud), психастению (P. Janet). В настоящее время термин P. Janet «психастения» употребляется в основном для обозначения одного из типов конституциональных психопатий.

В соответствии с МКБ-10 психопатологические проявления расстройств тревожного ряда включают следующие симптомокомплексы:

- паническое расстройство без агорафобии,
- паническое расстройство с агорафобией,
- ипохондрические фобии (в МКБ-10 относятся к ипохондрическим расстройствам (F45.2),
- социальные и изолированные фобии,
- обсессивно-компульсивное расстройство.

Тревожно-фобические расстройства – одна из наиболее распространенных форм психической патологии.

Распространенность. Тревожно-фобические расстройства встречаются в 5 % случаев. При этом большинство пациентов наблюдаются в общей медицинской сети, где показатель их распространенности достигает 11,9 %.

Клинические проявления. Среди психопатологических проявлений тревожно-фобических расстройств в первую очередь необходимо рассмотреть панические атаки, агорафобию и ипохондрические фобии.

Панические атаки – неожиданно возникающий и быстро, в течение нескольких минут, нарастающий симптомокомплекс вегетативных расстройств (вегетативный криз – сердцебиение, стеснение в груди, ощущение удушья, нехватки воздуха, потливость, головокружение), сочетающийся с ощущением надвигающейся смерти, страхом потери сознания либо потери контроля над собой, сумасшествия. Продолжительность манифестных панических атак варьирует в широких пределах, хотя обычно не превышает 20–30 мин.

Агорафобия вопреки первоначальному смыслу термина [Westphal С., 1871] включает не только страх открытых пространств, но и целый ряд сходных фобий (клаустрофобия, фобия транспорта, толпы и др.). Агорафобия, как правило, манифестирует в связи с (или вслед за) паническими атаками и по существу представляет собой боязнь оказаться в ситуации, чреватой опасностью возникновения панического приступа. В качестве типичных ситуаций, провоцирующих возникновение агорафобий, становятся поездка в метро, пребывание в магазине, среди большого скопления людей и т. п. Как следствие этой боязни развивается **фобическое поведение** – избегание ситуаций, вызывающих страх, в которых возможно развитие панического

приступа. Часто развивается особый вариант *сверхценной ипохондрии*, которая отличается от опасений заболеет мнимой болезнью (*невротическая ипохондрия*). Доминирующей идеей, которой подчинен весь образ жизни пациентов, здесь становится ликвидация условий возникновения болезненных проявлений, т. е. панических атак. Меры по предотвращению панических атак предпринимаются с момента появления страха повторного приступа и, постепенно усложняясь, трансформируются в сложную ипохондрическую систему. Разрабатывается комплекс охранительных и приспособительных мер, включающий смену работы (вплоть до увольнения), переезд в «экологически чистый» район и пр. Сформировавшиеся ипохондрические установки (щадящий образ жизни, ограничение контактов, избегание определенных форм активности, в том числе профессиональной) поддерживают и усугубляют такие проявления фобического ряда, как страх передвижения на транспорте, страх толпы, пребывания в общественных местах.

Ипохондрические фобии (нозофобии) – навязчивый страх какого-либо тяжелого заболевания. Чаще всего наблюдаются кардио-, канцеро- и инсультофобии, а также сифило- и СПИДофобии. Формирование таких персистирующих страхов тесно связано с явлениями *невротической ипохондрии* – обостренной интроспекцией и постоянной ипохондрической озабоченностью своим здоровьем. При наличии ипохондрической сенсбилизации поводом для обострения страхов и тревожных опасений могут стать даже незначительные отклонения в деятельности организма — вегетативные, алгические и конверсионные проявления, которые в обычных условиях прошли бы незамеченными. Актуализация ипохондрических фобий происходит как в связи с психогенными (ятрогения) и соматогенными (интеркуррентные заболевания) провокациями, так и спонтанно и, как правило, сопровождается частыми посещениями врачей и возобновлением приема лекарств (ипохондрический невроз). На высоте тревоги (*фобические раптусы*) больные иногда утрачивают критическое отношение к своему состоянию – обращаются к врачам соответствующего профиля, требуют обследования.

Социальные фобии [Marks J. M., 1966] – страх оказаться в центре внимания, сопровождающийся опасениями негативной оценки окружающими и избеганием общественных ситуаций. Данные о распространенности социальных фобий в населении варьируют от 3–5 % [Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж., 1994] до 13,3 % [Magee R. Jr. et al., 1996].

В поле зрения психиатров эти больные попадают сравнительно редко. Социальные фобии обычно манифестируют в пубертатном и юношеском возрасте. Нередко появление фобий совпадает с неблагоприятными психогенными или социальными воздействиями. При этом в качестве провоцирующих выступают лишь особые ситуации (ответ у доски, сдача экзаменов – школьные фобии, появление на сцене) или контакт с определенной группой лиц (учителя, воспитатели, представители противоположного пола). Общение в кругу семьи и с близкими знакомыми, как правило, страха не вызывает. Социальные фобии могут возникать транзиторно или иметь тенденцию к хроническому развитию. Пациенты, страдающие социальными фобиями, чаще, чем здоровые, живут одиноко, имеют более низкий уровень образования.

Социальные фобии отличаются высоким уровнем коморбидности с другими психическими расстройствами (в 70 % случаев, по Р. Турер, 1996). В большинстве случаев наблюдается их сочетание с проявлениями тревожно-фобического ряда (простые фобии, агорафобия, паническое расстройство), аффективной патологией, алкоголизмом, лекоманией (Лекомания – злоупотребление лекарственными препаратами, не входящими в перечень наркотических и не подлежащих особому учету и контролю), расстройствами пищевого поведения. Коморбидные сочетания любого другого психического расстройства и социальной фобии ухудшают прогноз заболевания и увеличивают риск суицидальных попыток.

Специфические (изолированные) фобии – фобии, ограниченные строго определенной ситуацией – страх высоты, тошноты, грозы, домашних животных, лечения у зубного врача. Поскольку соприкосновение с предметами страха сопровождается интенсивной тревогой, в этих случаях характерно стремление к их избеганию.

Обсессивно-компульсивные расстройства, (перевод с латинского: *obsessio* – навязчивые мысли, *compulsio* – навязчивые действия) – навязчивость) как и тревожно-фобические, достаточно широко распространены в населении.

Распространенность их в населении определяется показателем 1,5—1,6 % (имеются в виду страдающие этим расстройством в течение последнего месяца или 6 мес соответственно) или 2—3 % (если учитываются страдающие в течение жизни). Больные обсессивно-компульсивными расстройствами составляют 1% от всех больных, получающих лечение в психиатрических учреждениях [Кап-

лан Г. И., Сэдок Б. Дж., 1994]. Такие пациенты чаще всего наблюдаются в ПНД либо в психиатрических больницах.

Клинические проявления. Начало заболевания приходится на подростковый и ранний зрелый возраст. Манифестация клинически очерченных проявлений обсессивно-компульсивных расстройств приходится на возрастной интервал 10 лет – 24 года.

Навязчивости выражаются в виде обсессивных мыслей и компульсивных действий, воспринимаемых больным как нечто психологически ему чуждое, абсурдное и иррациональное. **Обсессивные мысли** – тягостные, возникающие помимо воли идеи, образы или влечения, которые в стереотипной форме вновь и вновь приходят на ум больному и которым он пытается противостоять. **Компульсивные действия** – повторяющиеся стереотипные поступки, иногда приобретающие характер защитных ритуалов. Ритуалы имеют целью предотвращение каких-либо объективно маловероятных событий, опасных для больного или его близких. Несмотря на пестроту клинических проявлений, в ряду обсессивно-компульсивных расстройств выделяются очерченные симптомокомплексы и среди них

- абстрактные навязчивости (навязчивый счет, мысли)
- навязчивые сомнения,
- контрастные навязчивости,
- навязчивый страх загрязнения (заражения) - мизофобия.

При преобладании симптомокомплекса **навязчивых сомнений** больных преследуют неотвязные мысли о правильности совершенных действий или принятых решений (**психастения**). Содержание сомнений различно: навязчивые бытовые опасения (заперта ли дверь, достаточно ли плотно закрыты окна или водопроводные краны, выключены ли газ, электричество), сомнения, связанные со служебной деятельностью (не перепутаны ли адреса на деловых бумагах, не указаны ли неточные цифры, правильно ли сформулированы или исполнены распоряжения). Навязчивые сомнения сопровождаются компульсивными перепроверками правильности выполненных действий (например больной неоднократно возвращается и проверяет выключил ли он утюг, закрыл ли дверь в автомобиле и т.п.) Больными используются различные стратегии для сокращения времени перепроверок – формируются «магические» ритуалы – так, например, больной после неоднократных проверок выключен ли утюг, может несколько раз закрыть и открыть входную дверь, что «магическим» образом умень-

шает его тревогу и он может уже переключиться на другую деятельность.

Контрастные навязчивости («агрессивные obsессии») – хульные, кощунственные мысли, страх причинения вреда себе и окружающим. Психопатологические образования этой группы относятся преимущественно к *образным навязчивостям* с ярко выраженной аффективной насыщенностью и овладевающими представлениями. Больные с контрастными навязчивостям и жалуются на непреодолимое стремление добавить к только что услышанным репликам определенные окончания, придающие сказанному неприятный или угрожающий смысл, повторять за окружающими, но уже с оттенком иронии или злобы фразы религиозного содержания, выкрикивать циничные, противоречащие собственным установкам и общепринятой морали слова; могут испытывать страх потери контроля над собой и возможного совершения опасных или нелепых действий, аутоагрессии, нанесения увечья собственным детям. В последних случаях навязчивости нередко сочетаются с фобиями предметов (страх острых предметов – ножей, вилок, топоров и др.). К группе контрастных частично относятся и навязчивости сексуального содержания (навязчивости по типу запретных представлений о перверзных (извращенных) сексуальных актах, объектом которых становятся дети, представители того же пола, животные).

Навязчивые идеи загрязнения (мизофобия). К этой группе obsессии относится не только страх загрязнения (землей, пылью, мочой, калом и другими нечистотами), но и фобии проникновения в организм вредных и ядовитых веществ (асбест, токсические отходы), мелких предметов (осколки стекла, иглы, специфические виды пыли), микроорганизмов. В ряде случаев страх загрязнения может носить ограниченный характер, оставаться в течение многих лет на субклиническом уровне, проявляясь лишь в некоторых особенностях личной гигиены (частая смена белья, многократное мытье рук) или в порядке ведения домашнего хозяйства (тщательная обработка продуктов питания, ежедневное мытье полов, «табу» на домашних животных). Такого рода монофобии существенно не влияют на качество жизни и оцениваются окружающими как привычки (утрированная чистоплотность, чрезмерная брезгливость).

Клинически завершенные варианты мизофобии относятся к группе тяжелых навязчивостей, при которых нередко обнаруживается склонность к усложнению и даже генерализации. На первый план в

клинической картине в этих случаях выступают постепенно усложняющиеся защитные ритуалы: избегание источников загрязнения, прикосновения к «нечистым» предметам, обработка вещей, на которые могла попасть грязь, определенная последовательность в использовании моющих средств и полотенец, позволяющая сохранить «стерильность» в ванной комнате. Пребывание за пределами квартиры также обставляется серией защитных мероприятий: выход на улицу в специальной, максимально закрывающей тело одежде, специальная обработка носильных вещей по возвращении домой. На поздних этапах заболевания пациенты, избегая соприкосновения с грязью или какими-либо вредными веществами, не только не выходят на улицу, но не покидают даже пределы собственной комнаты. Во избежание опасных в плане загрязнения контактов и соприкосновений пациенты не подпускают к себе даже ближайших родственников. (*Очень наглядный пример представлен в сериале «Монк – дефективный детектив»*).

Навязчивые действия (компульсии) сравнительно редко выступают в изолированном виде, чаще сочетаются с Obs-сессиями.

Течение тревожно-фобических расстройств.

Переходя к закономерностям динамики тревожно-фобических расстройств, в качестве наиболее характерной тенденции необходимо указать хронификацию. Случаи эпизодической манифестации и выздоровления встречаются значительно реже. Однако у многих, особенно при сохраняющейся мономорфности проявлений (агорафобия, навязчивый счет, ритуальное мытье рук), возможна длительная стабилизация. В этих случаях отмечаются постепенная (обычно во второй половине жизни) редукция психопатологической симптоматики и социальная реадaptация. Эти пациенты приспосабливаются к повседневной жизни лучше, чем при других навязчивых состояниях. Например, больные, испытывающие страх поездок на определенных видах транспорта или публичных выступлений, избегают вызывающие фобии ситуации и не чувствуют себя ущербными, работают наряду со здоровыми,.

Более тяжелые и сложные Obs-сессивно-фобические расстройства, такие, как фобии заражения, загрязнения, острых предметов, контрастные представления, многочисленные ритуалы, напротив, могут стать стойкими, резистентными к лечению психопатологическими образованиями либо обнаружить тенденцию к рецидивированию с

сохраняющимися (даже несмотря на активную терапию) резидуальными расстройствами.

ИСТЕРИЧЕСКИЕ (ДИССОЦИАТИВНЫЕ И КОНВЕРСИОННЫЕ) РАССТРОЙСТВА

*Термин «истерия» употреблялся еще в Древней Греции. Природу истерических проявлений в то время связывали с сексуальными нарушениями. Термин «истерия» (от греч. *hysteria* – матка) отражал представления о причине болезни как о «бешенстве матки». В последующем доминирующее значение эротических конфликтов для возникновения истерии подчеркивали преимущественно Z. Freud и его последователи. В соответствии с концепцией Z. Freud в патогенезе истерии основная роль принадлежит двум факторам – сексуальным комплексам, сформировавшимся в прегениальных фазах сексуального развития, и психическим травмам периода раннего детства, подвергшимся вытеснению в бессознательное.*

В МКБ – 10 термин истерия не употребляется вместо него используется термин диссоциативные расстройства, который включает в себя собственно диссоциативные и конверсионные расстройства (об их происхождении и значении см. ниже).

Чаще всего стойкие и длительные истерические реакции возникают при соответствующем предрасположении. Однако это наблюдается не только у аномальных личностей истерического склада. Истероневротическая симптоматика может формироваться и при иной характерологической структуре, например у шизоидов, нарциссических или антисоциальных личностей, лиц из круга возбудимых и др.

Как правило, к истерическим реакциям склонны лица с признаками психического инфантилизма: с несамостоятельностью суждений, внушаемостью, эгоцентризмом, эмоциональной незрелостью, аффективной лабильностью, легкой возбудимостью, впечатлительностью. Кроме того, к развитию истероневротических расстройств предрасполагает неустойчивость вегетативной системы, во многом облегчающая эмоциональные стрессовые воздействия на «область телесных процессов» [Краерелин Е., 1915], обуславливающая неадекватные психогенному раздражителю бурные соматические реакции.

Распространенность. *Субклинические истерические проявления наблюдаются на протяжении жизни у 1/3 лиц в общем населении.*

Истерические невротические расстройства, так же как и истерические реактивные психозы, наблюдаются у женщин в 2 раза чаще, чем у мужчин. Истерические стигмы могут сочетаться с другими невротическими проявлениями – тревожно-фобическими, обсессивно-компульсивными, ипохондрически-сенестопатическими, а также с аффективными расстройствами.

Клинические проявления истерии наблюдаются преимущественно в виде неврологических и соматических симптомов, относящихся к категории конверсионных. **Термин «конверсия»** (лат. *conversio* — превращение, замена) заимствован из психоаналитической литературы. В клиническом понимании он **обозначает особый патологический механизм, ведущий к разрешению аффекта сенсомоторными актами или, иными словами, обуславливающий трансформацию психологических конфликтов в соматоневрологические проявления.**

Конверсия в зарубежной психиатрической литературе в последнее время объединяется с диссоциацией, что нашло отражение и в МКБ-10. В соответствии с психологической интерпретацией Р. Janet (1911) диссоциация означает отщепление психических комплексов, приобретающих на время автономию и управляющих психическими процессами в отрыве от целостности психической жизни. К истерическим расстройствам диссоциативного типа принято относить истерический сомнамбулизм, амнезии, фуги, ступор, сумеречные состояния, псевдодеменцию и др. Истерические расстройства диссоциативного типа редко наблюдаются в структуре невротических расстройств (их описание см. в разделе «Реактивные психозы»).

Среди характерных свойств манифестации чувственно-двигательных симптомов истерии выделяются демонстративность, чрезмерность, экспрессивность, интенсивность проявлений; особая динамичность — изменчивость, подвижность, внезапность появления и исчезновения; обогащение и расширение круга симптомов под влиянием новой информации; «инструментальный» характер болезненных расстройств, выступающих в качестве орудия (инструмента) манипуляции окружающими (ослабление или даже исчезновение симптоматики в связи с разрешением трудной ситуации, экзацербация — при неудовлетворении эмоциональных потребностей). Цель манипулятивного поведения — добиться участия и помощи, привлечь внимание к своим проблемам, подчинить близких своим интересам.

В клинической картине конверсионной истерии можно выделить три основные категории симптомов

- *двигательные,*
- *сенсорные нарушения*
- *расстройства вегетативных функций, имитирующие соматические и неврологические заболевания (см. раздел «Психосоматические расстройства»).*

Двигательные расстройства представлены нарушениями двух видов: *гиперкинезами* или другими непроизвольными движениями (дрожь, вздрагивания и т. п.) и проявлениями *акинезии* (парезы, параличи). *Гиперкинезы* при истерии могут иметь разнообразные формы: тики, грубый ритмичный тремор головы и конечностей, усиливающийся при фиксации внимания, блефароспазм, глоссолабиальный спазм, хореиформные движения и подергивания, но более организованные и стереотипные, чем при неврологической хорее. В отличие от органических истерические гиперкинезы зависят от эмоционального состояния, видоизменяются по механизму подражания, сочетаются с необычными позами и другими истерическими стигмами (комок в горле, обмороки), временно исчезают или ослабляются при переключении внимания или под влиянием психотерапевтических воздействий.

Иногда в ответ на психогенное воздействие, часто незначительное (мелкая ссора, неприятное известие, резкое замечание и т. п.), возникают *генерализованные судорожные движения*, сопровождающиеся вегетативными проявлениями и нарушением сознания, которые формируют картину **истерического припадка**. Симптоматика истерического припадка разнообразна, в тяжелых случаях он сопровождается потерей сознания и падением. В отличие от эпилептических пароксизмов при истерии сознание утрачивается не полностью, больной успевает упасть таким образом, чтобы избежать серьезных повреждений (в отличие от пароксизма при эпилепсии). Истерическому припадку нередко предшествуют различные стигмы, обмороки и вегетативные кризы, а по миновании судорожных пароксизмов могут выявляться амавроз, стойкий гиперкинез или псевдопараличи.

Истерические парезы и параличи возникают по типу моно-, гемипарезов и параличей; в одних случаях они напоминают центральные спастические, в других — периферические вялые параличи. Особенно часты расстройства походки, наиболее известные под названием «астазия-абазия», заключающиеся в психогенно обусловленной не-

возможности стоять и ходить при отсутствии нарушений мышечного тонуса и сохранении пассивных и активных движений в положении лежа. Реже встречаются афонии, параличи языка, мышц шеи и других мышечных групп, истерические контрактуры, поражающие суставы конечностей и позвоночника. Топография истерических параличей обычно не соответствует расположению нервных стволов или локализации очага в ЦНС. Они охватывают либо всю конечность, либо ее часть, строго ограниченную суставной линией (нога до колена, стопа и т. п.). В отличие от органических при истерических параличах не обнаруживаются патологических рефлексов и изменений сухожильных рефлексов, крайне редко встречаются мышечные атрофии.

Сенсорные нарушения чаще всего проявляются *расстройствами чувствительности* (в виде анестезии, гипо- и гиперестезии) и *болевыми ощущениями* в различных органах и частях тела (истерические боли). Нарушения кожной чувствительности могут иметь самое причудливое расположение и конфигурацию, однако чаще всего они локализуются в области конечностей. Топография нарушений чувствительности, так же как и двигательных расстройств, чаще всего бывает произвольной. Отсюда характерные для истериков анестезии по ампутационному типу – в виде «чулок или перчаток».

В клинической картине конверсионной истерии двигательные и сенсорные расстройства редко выступают изолированно и обычно сочетаются, отличаясь большим динамизмом, разнообразием симптомов, сложностью и изменчивостью сочетаний. Например, гемипарезы обычно выступают совместно с гемианестезией, монопарезы — с ампутационной анестезией.

Для **расстройства вегетативных функций** характерны разнообразные патологические телесные ощущения, имитирующие топографически ограниченные нарушения чувствительности (кожные анестезии или гиперестезии, частичная или полная потеря зрения, слуха или обоняния), нередко сопряженные с нарушениями моторики или координации (парезы, параличи, явления астазии-абазии), психалгиями и телесными фантазиями. В клинической картине при телесных фантазиях наряду с элементарными и нестойкими болевыми ощущениями наблюдаются более сложные: *ощущения «надувающегося шара в животе»*, *«обруча, охватывающего лоб в виде болевого пояса»* или *«вбитого гвоздя (clavus hystericus)»*, *«кома в горле (globus hystericus), воспринимаемого как объемное образование»* и пр. В качестве облигатных признаков конверсионного расстройства рас-

сматриваются демонстративная выразительность и наглядность клинических феноменов с оттенком утрированность и нарочитости. Манифестация конверсионных расстройств, провоцируемая психологическим стрессом, реализуется по механизмам «преципитации» симптомов. Их течение характеризуется чаще всего кратковременными (длительностью не более 2—4 мес) реакциями.

НЕВРАСТЕНИЯ

Термин «неврастения» и первое клиническое определение этого понятия принадлежат американскому врачу G. Beard (1868, 1880). Он рассматривал неврастению как состояние раздражительной слабости, связанное с истощением нервной системы. Вскоре неврастения была выделена в Германии (R. Neisser) и во Франции (J. M. Charcot). В 1899 г. в России появилось сообщение А. Я. Анфимова о возникающих преимущественно в юношеском возрасте состояниях «периодической усталости». Круг невротических нарушений, относимых к неврастении, в последующем значительно сузился. К этой группе расстройств стали в первую очередь относить состояния, в развитии которых ведущая роль отводится производственному нервному стрессу, обусловленному триадой факторов: объем подлежащей усвоению значимой информации, дефицит времени и высокая мотивация деятельности. Соответственно выделяются реакции типа «экспериментального невроза» [Arian E., 1957], «информационного невроза» [Хананишвили М. М., 1978], синдрома «менеджера» [Mariani G., 1982], «белых воротничков» [Forces W. H., 1943], возникающие у лиц, занимающих административные должности, работающих в ситуации повышенной ответственности, конкуренции, неуверенности в исходе своих начинаний. При этом подчеркивается патогенная роль психического и физического переутомления, хронического недосыпания, эмоциональных перегрузок. Появлению симптомов неврастении могут также способствовать недоедание, авитаминоз, снижение сопротивляемости организма в связи с перенесенными соматическими заболеваниями, инфекциями и интоксикациями. Нередко неврастения развивается у лиц, отличающихся быстрой утомляемостью, пониженным психическим и физическим тонусом, непереносимостью интенсивных нагрузок, т. е. при астенической конституции.

Распространенность неврастении составляет 1,2–5 % [Billing H., 1981]. К врачам общей практики по поводу астении обращаются 14–65 % пациентов.

Клинические проявления. Картина неврастении определяется симптомами *психической гиперестезии*. Характерный признак *гиперестезии* – *интенсивность самого ощущения утомления*. Преобладают жалобы на «невыносимую» усталость, полную «прострацию», снижение жизненного тонуса, упадок физических и умственных сил, отсутствие бодрости, энергии, разбитость, слабость, непереносимость обычных нагрузок. Каждый поступок, даже движение, требуют, по словам больных, величайших усилий. Гиперестезия проявляется также в сфере сенсорного восприятия и телесных ощущений. Прежде всего обращает на себя внимание сенсбилизация к внешним раздражителям (раздражают звуки капающей воды, тиканье часов, «оглушают» скрип дверей, хлопанье фрамуги) и физиологическим ощущениям (гиперпатии, чрезмерное восприятие ощущений, связанных с нормальными физиологическими функциями организма, – сердцебиения, усиленная перистальтика и др.). Одним из постоянных симптомов гиперестезии являются головные боли напряжения. Они изменчивы и многообразны (давление, стягивание, покалывание в области лба и затылка, ощущение «несвежей» головы и др.) и причиняют больным большое беспокойство. При резких поворотах головы или изменении положения тела болезненные ощущения иррадиируют вдоль позвоночника, распространяясь на туловище и конечности, возникают шум и звон в ушах, ощущение неустойчивости, которое больные называют головокружением. Возможна также гиперестезия кожных покровов, когда до головы нельзя дотронуться и даже расчесывание волос вызывает боль. Интенсивность головных болей колеблется, чаще всего они возникают и усиливаются в связи с умственной нагрузкой, однако ухудшение состояния может быть связано с плохой погодой или поездкой в транспорте.

Нарушение цикла «сон – бодрствование» относится, к ряду основных симптомов неврастении. Почти весь день больные испытывают сонливость, а по ночам (хотя выраженной агрипнии, как правило, не возникает) спят тревожно, с пробуждениями («кивающий» сон) и множеством сновидений, содержанием которых становятся дневные заботы. В той или иной форме происходят изменения фаз засыпания и пробуждения. С вечера больные долго не засыпают, что связано с гиперестезией слуха, своеобразным шумом в ушах; утром либо

просыпаются слишком рано, либо встают поздно с чувством разбитости, тяжести в голове. Всю первую половину дня они подавлены, раздражительны, всем недовольны; лишь во второй половине дня самочувствие несколько улучшается.

Возможности поддержания прежнего рабочего ритма при неврастении значительно ограничены. В одних случаях работоспособность быстро падает и трудовая деятельность становится невозможной в связи с быстро возникающим чувством физического утомления. В других случаях (это относится главным образом к интеллектуальным занятиям) вследствие рассеянности, рассредоточенности резко снижается производительность труда, больным трудно уследить за мыслью собеседника, за ходом лекции, дочитать до конца необходимый документ, вникнуть в смысл неоднократно просматриваемого текста. Характерна «кривая работоспособности», когда в связи с менее выраженной в утренние часы усталостью на это время переносится большая часть нагрузки. Кратковременный перерыв в работе, как правило, не приносит облегчения, не сопровождается восстановлением сил. Отдых не только не дает желаемого результата, но представляется тягостным из-за необходимости преодолеть плохое самочувствие. Больные не в состоянии управиться со своими делами, они все время тревожатся, создавая вокруг себя нервную обстановку, торопятся, легко срываются, могут накричать на подчиненных, дают противоречивые указания; не закончив одного дела, берутся за другое.

Астения, связанная с переутомлением, психическими и физическими нагрузками (реакция на нагрузку), обычно полностью купируется при достаточно длительном отдыхе, назначении физиотерапевтических и других общеукрепляющих процедур. При этом происходит восстановление доболезненного уровня функционирования.

При затяжном течении проявления неврастении могут усложниться, приобретая черты *невротической ипохондрии*. Формирование астено-ипохондрии происходит путем расширения круга телесных ощущений (сенестезии, пароксизмы типа дизэстетических кризов с тахикардией, ознобом, ощущением удушья), сочетающихся с нозофобиями (кардио-, канцеро-, танатофобией). Такой динамике клинических проявлений соответствует и картина аномального поведения, складывающегося в картине астении и выражающегося стремлением к самоощажению, «экономии» сил, «полноценному» отдыху, построенному на регламентации всех видов деятельности и сознательной

элиминации обязанностей, выходящих за пределы профессиональных.

Неврастению необходимо дифференцировать от астенических расстройств, вызванных воздействием экзогенно-соматических факторов: черепно-мозговой травмы, инфекций, истощающих соматических заболеваний, хронических интоксикаций. Астеническая симптоматика в этих случаях тесно связана с проявлениями органического психосиндрома, симптоматических психозов.

Значительные трудности могут возникнуть при отграничении неврастении от *аутохтонной астении*, формирующейся в рамках вялотекущей шизофрении. Астенические расстройства, относящиеся к шизоастении [Mayer-Gross G., 1932], быстро теряют связь с нервными нагрузками и приобретают персистирующий характер. При этом отмечается явление «*астении без астении*», когда жалобы больного на всепоглощающую усталость расходятся с гипоманиакальной активностью, объективно наблюдаемым речевым возбуждением и напором.

СОМАТИЗИРОВАННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ, ИЛИ СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Со времени выделения W. Cullen (1776) неврозов эти расстройства описывались в рамках психических нарушений, протекающих с вегетативными стигмами. Позднее стала выделяться группа неврозов, терминологическое обозначение которых было различно — вегетативные, висцеровегетативные, системные неврозы; нейроциркуляторная, вегетососудистая дистония. В МКБ-10, как уже упоминалось, эти нарушения отнесены к классу «соматоформных расстройств».

Психопатологические проявления соматоформных расстройств чаще всего образуют симптомокомплексы, обозначаемые как

- *конверсионное,*
- *соматизированное,*
- *хроническое соматоформное болевое расстройство.*

Описание *конверсионного расстройства* дано выше при описании и истерического расстройства.

Для *соматизированного расстройства* характерны полиморфные патологические телесные ощущения. Последние представлены *алгиями*, варьирующими по интенсивности от субъективно незначимых, не приводящих к обращению за медицинской помощью, до вы-

раженных, острых аллопатических феноменов. Наряду с этим при соматизированном расстройстве наблюдаются *вегетативные проявления, имитирующие urgentные соматические заболевания* (симпто-адреналовые, вагоинсулярные, смешанные кризы), и функциональные нарушения деятельности внутренних органов и систем (тахикардия, дискинезии желчных путей и др.). Возникновение соматизированных расстройств, как правило, связано с психогенными факторами и реализуется по механизмам реактивной лабильности. Длительность рассматриваемых реакций обычно не более 6 мес.

Хроническое соматоформное болевое расстройство характеризуется стойкими мономорфными патологическими ощущениями — алгиями, которые с самого начала неизменны по локализации, интенсивности и не сопровождаются сколь либо выраженной неврологической и психовегетативной симптоматикой. Типичен мучительный («изнуряющий», «непереносимый») оттенок болей, отражающий особую, не свойственную конверсионным и другим психалгическим феноменам чувственную насыщенность ощущений; характерна также четкая проекция по отношению к отдельным органам и анатомическим образованиям. Появление их чаще всего спонтанно, а длительность таких состояний («развитие с выявлением телесных ощущений» — по А. Б. Смулевичу и соавт.) отражает стойкость болезненных явлений и составляет от нескольких месяцев (свыше 6) до нескольких лет.

Среди проблем, связанных с соматоформными расстройствами, существует особый аспект: наличие относительно изолированных функциональных нарушений отдельных органов. Речь идет о так называемых *органных неврозах*, описания которых приводятся еще в исследованиях С. П. Боткина, А. А. Остроумова, Г. А. Захарьина. В настоящее время термин «органный невроз» используется с известной условностью, так как, естественно, не предполагается, что «невротизируется» тот или иной орган, а нарушается психика в целом. С учетом этого и рассматриваются соматоформные проявления, распространяющиеся на отдельные органы и системы организма. Соответственно выделяются кардио- и ангионеврозы, синдром гипервентиляции (психогенная одышка), ахалазия (кардиоспазм), синдром «раздраженного» желудка, «раздраженной» или «возбудимой» толстой кишки, «раздраженного» мочевого пузыря и пр. Наиболее часто соответствующие симптомы относятся к сердечно-сосудистой системе — 22,7–54,5 %, реже к пищеварительной — 14–27,4 %, дыхательной — 13,6–24,5 % и еще реже к мочеполовой — 4,5 %.

Психопатологические проявления таких неврозов чаще всего представлены сочетанием конверсионных и соматизированных симптомокомплексов с фобиями ипохондрического содержания. При этом коморбидные связи во многом определяются «выбором органа».

Так, при *кардионеврозе* наряду с функциональными кардионевротическими нарушениями (кардиалгии, изменения ритма сердечных сокращений и дыхательных движений, сопровождающиеся ощущением удушья или неполноты вдоха) выступают кардиофобии (страх остановки сердца, инфаркта миокарда), а также страх смерти, сопровождающийся панические атаки.

Функциональные нарушения деятельности желудка (абдоминальные алгии, ощущение распираания и переполнения, изжога, тошнота, рвота, отрыжка) в отличие от кардионевроза чаще всего сочетаются с признаками генерализованного тревожного расстройства или канцерофобией при функциональных нарушениях со стороны кишечника (алгии, диффузный метеоризм с усиленной перистальтикой), нарастает удельный вес социальных фобий вплоть до формирования явлений дисморфомании (страх недержания кишечных газов, испускания неприятного для окружающих запаха, сочетающийся с несистематизированными идеями отношения).

Невроз мочевого пузыря протекает со страхом недержания мочи, сенситивными идеями отношения и явлениями агорафобии (опасения удалиться от дома и оказаться в ситуации, в которой невозможно воспользоваться туалетом).

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПОВТОРЕНИЯ

1. Что такое невротические расстройства? Что означает психогенный характер происхождения невротических расстройств? Что означает эгосинтонность симптомов при невротических расстройствах?
2. Какие виды тревожно-фобических расстройств вы знаете?
3. Что такое агорафобия? Что такое панические атаки?
4. Что такое ипохондрия? Какие виды ипохондрического синдрома вы знаете?
5. Что такое социальная фобия? Какие виды социальной фобии вы знаете?
6. Что такое obsessions и compulsions?
7. Что такое навязчивые сомнения?

8. Что такое контрастные навязчивости?
9. Что такое истерические расстройства? Какова их связь с конверсионными и диссоциативными расстройствами? Какие три вида расстройств функций встречается при этой патологии?
10. Что такое неврастения? Ее клинические проявления?

ВОПРОСЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ

01. Астенический синдром характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) физической истощаемости
- б) психической истощаемости
- в) фиксационной амнезии
- г) аффективной лабильности
- д) нарушений сна

02. Навязчивые опасения характеризуются всем перечисленным, кроме

- а) неустранимой вопреки воле и рассудку неуверенности в выполнении привычных или автоматизированных действий
- б) ощущения воздействия посторонней силы
- в) отношения к образным (чувственным) навязчивостям
- г) близости к навязчивым сомнениям

03. Истерические сенсорные нарушения и расстройства чувствительности проявляются всем перечисленным, кроме

- а) концентрического сужения полей зрения
- б) психогенной слепоты (амавроза)
- в) утраты слуха
- г) гипестезии и анестезии участков тела
- д) наличия характера сделанности этих расстройств

04. Обсессивный синдром характеризуется

- а) возникновением чувств, мыслей, воспоминаний, влечений, двигательных актов и т.д. помимо желаний
- б) сознанием их болезненности, критическим отношением к ним
- в) затруднения преодоления препятствий
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

05. К навязчивым ритуалам относятся все перечисленные, кроме

- а) навязчивых движений и действий, возникающих совместно с образными навязчивостями
- б) действия, совершаемого под воздействием чужой воли
- в) имеющих значение заклинаний, защиты
- г) воспроизводящихся вопреки разуму для предупреждения мнимого несчастья или преодоления другого вида навязчивости
- д) возникающих на основании ситуационных или аутохтонных навязчивостей

06. Обсессивный синдром характеризуется

- а) возникновением чувств, мыслей, воспоминаний, влечений, двигательных актов и т.д. помимо желания
- б) сознанием их болезненности, критическим отношением к ним
- в) затруднения преодоления препятствий
- г) верно сочетание а) и б)
- д) верно сочетание а), б) и в)

07. Ипохондрический синдром проявляется всем перечисленным, исключая

- а) чрезмерно утрированное внимание к здоровью
- б) убежденность в существующем неизлечимом заболевании
- в) подавленное настроение с сенестопатиями
- г) бредовую убежденность в существовании неизлечимой болезни
- д) разнообразные, крайне мучительные и тягостные ощущения
- е) ощущение воздействия посторонней силы

08. К отвлеченным навязчивостям относятся все перечисленные, исключая

- а) бесплодное мудрствование (умственная жвачка)
- б) навязчивое чувство антипатии
- в) навязчивое воспроизведение в памяти забытых имен, терминов и т.д.
- г) навязчивый счет
- д) навязчивое разложение на отдельные слоги различных слов

09. Истерический припадок проявляется всем перечисленным, кроме

- а) припадка с клонической и тонической фазой
- б) разнообразных сложных, выразительных движений
- в) сопровождающегося сужением сознания
- г) психогенной обусловленности
- д) усиления и затягивания при скоплении людей вокруг

10. Навязчивый страх (фобия) характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) неопределенного чувства страха, без понимания его бессмысленности
- б) понимания его бессмысленности, попытками справиться с ним
- в) наличия конкретного содержания
- г) интенсивного и непреодолимого страха, охватывающего больного
- д) возможности быть всеохватывающим

11. Навязчивые сомнения характеризуются всем перечисленным, исключая

- а) назойливую неуверенность в правильности и законченности совершенных действий
- б) сомнение в правильности и точности исполнения
- в) успокоение больного многократными проверками
- г) стремление проводить перепроверки
- д) возможность продолжаться до бесконечности

12. Истерические нарушения моторики проявляются всем перечисленным, исключая

- а) функциональные парезы и параличи
- б) явления астазии-абазии
- в) различные гиперкинезы и тики
- г) психогенную слепоту
- д) блефароспазм, афонию и мутизм

Ответы на контрольные вопросы

1 в, 2 б, 3 д, 4 г, 5 б, 6 г, 7 е, 8 б, 9 д, 10 д, 11 в, 12 г.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Больной Р., 38 лет, служащий, не имевший эмоциональных нарушений в анамнезе, обратился с жалобой на страх авиа полётов. После серии авиакатастроф, больной стал бояться летать. Перед полётом у него развивается выраженная тревога, сопровождающаяся «нехваткой воздуха». Появляется бессонница, пациент не может выполнять служебные обязанности. После полёта состояние быстро стабилизируется.

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

Больной Г., 32 лет, рассказал, что около месяца назад в туннеле вагона метро испытал внезапный приступ страха, который сопровождался сердцебиением, одышкой, урчанием в животе. Не выдержал «эмоционального напряжения» стал метаться по вагону. Отмечает, что помнит каждую секунду, было стыдно перед пассажирами, но сдерживать себя не мог. Выбежал из метро, до дома добирался наземным транспортом. В течение месяца до работы добирался на автобусах. Повторный приступ произошел через 5 дней на остановке, где скопилось много людей. Появился страх возникновения нового приступа, «а бежать некуда». Нарастала тревога, сердцебиение, одышка. Растолкав людей, побежал в сторону дома. В настоящее время не работает, испытывает страх возникновения нового приступа, активно ищет помощь.

1. Назовите описанный синдром.
2. При каких расстройствах он наблюдается?
3. Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?
4. Какова врачебная тактика при возникновении этого синдрома?
5. Рекомендуемое лечение.

СПИСОК ТЕРМИНОВ

Агорафобия (греч. *agore* – рыночная площадь, *phobos* – страх). Разновидность навязчивых страхов. 1. Боязнь пространства, открытых мест, площадей, приводящая к тому, что больной не может самостоятельно перейти малолюдную улицу или площадь [Westphal С., 1871]. 2. Боязнь скопления людей [Cordes E., 1871].

Ананказм (греч. *anankasma* – принуждение) [Donath G., 1897]. Явление, обусловленное автоматизмом навязчивых идей, их доминированием в психике больного и распространением на двигательную сферу с образованием навязчивых ритуалов.

Разновидность навязчивых состояний, выявляющихся в переживаниях и действиях, возникающих вне ситуаций, когда эти действия были бы адекватны: например, навязчивое мытье рук. Наблюдается у тревожно-мнительных, инертных, педантичных личностей, часто в рамках невроза навязчивых состояний и психастении.

Син.: *обсессия*.

Астения (греч. *astheneia* – бессилие, слабость). Психопатологическое состояние, характеризующееся слабостью, повышенной утомляемостью, эмоциональной лабильностью, гиперестезией, нарушениями сна.

А. гиперстеническая (греч. *hyper* – над, сверх, *sthenos* – сила) [Иванов-Смоленский А.Г., 1949] – вследствие нарушения активного торможения в клинике преобладают несдержанность, раздражительность, недостаточный самоконтроль.

А. гипостеническая – характеризуется выходящими в связи с ослаблением возбуждения на первый план явлениями истощаемости, раздражительной слабости.

Астенические состояния различаются и по этиологическим факторам, вызвавшим их: *А. интоксикационная, постинфекционная, посттравматическая, соматогенная; А. гиперфагитационная* (лат. *hyper* – сверх, *agitatio* – утомление) вызывается переутомлением. В рамках органического психосиндрома выделяют *А. органическую* (церебрастению).

Выделялась также *А. периодическая* (периодическая слабость, по Анфимову Я.А., 1898), однако, как показали последующие исследования, в данном случае речь шла о циклотимии. У этих больных нередко отмечались наличие чередований состояний субдепрессии и эк-

зальтации, а также возможность нарастания болезненных расстройств, достигающих психотической степени.

Навязчивость. См. *Навязчивые состояния*.

Навязчивые действия. Труднопреодолимое стремление совершать определенные действия или движения. Отличаются большим разнообразием (стремлением часто мыть руки, читать все подряд вывески на улице на своем пути, произносить бранные слова). Нередко они сочетаются с навязчивыми мыслями и страхами (обсессивно-компульсивный синдром). На почве навязчивых страхов в ряде случаев возникают своеобразные навязчивые обрядности, назначение которых – предотвратить грозящее несчастье, уничтожить страх (навязчивый ритуал). Понимая нелепость ритуальных действий, больной с их помощью стремится добиться разрядки присущего фобиям мучительного аффекта. Ритуалы могут отрываться от реальной картины страхов и носить символический характер. Есть основания рассматривать их как своеобразный механизм психологической защиты [Блейхер В.М., Завилянская Л.И., Завилянский И.Я., 1978]. Навязчивые ритуалы могут быть достаточно сложными: так, при навязчивом стремлении к педантичности больной превращает свою жизнь в расписанную от утреннего вставания и завершая вечерним туалетом («ритуал спальни»). Такие ритуалы утрачивают свое защитное значение и становятся самостоятельными навязчивыми состояниями, еще более тягостными для больных, чем породившие их фобии.

Навязчивые представления. Непреодолимо возникающие и очень яркие представления, воспоминания, настолько овладевающие сознанием больного, что принимаются им вопреки сознанию за реальные. Несмотря на понимание болезненного происхождения Н.п. больные нередко прибегают к разного рода проверкам. Так, больной во власти Н.п. о том, что покидая работу, он не выключил электрокипятильник и возник пожар, будучи в отпуске, ищет указаний об этом событии в газетах, и, наконец, прерывая лечение в санатории, возвращается в свой город, прямо с вокзала, устремляясь на работу. Отличаются большим постоянством, часто в них находят отражение психотравмирующие факторы.

Навязчивые припоминания. Разновидность навязчивых состояний, проявляющаяся непреодолимым влечением вспоминать, часто без надобности, чьи-то имена, даты, названия городов и т.д. Нередко это воспоминания о каком-либо неприятном для больного или поро-

чащем его событии из прошлого; в этих случаях Н.п. окрашены в отрицательный аффективный тон, крайне тягостны.

Навязчивые сомнения. См. *Сомнения патологические*.

Навязчивые состояния. Психопатологические явления, характеризующиеся тем, что определенные содержания многократно возникают в сознании больного, сопровождаясь тягостным чувством принудительности [Зиновьев П.М., 1931]. Для Н.с. характерно непровольное, даже вопреки воле, возникновение навязчивостей при ясном сознании. Хотя навязчивости чужды, посторонни по отношению к психике больного (Эгодистонны), но освободиться от них больной не в состоянии. Они тесно связаны с эмоциональной сферой, сопровождаются депрессивными эмоциями, чувством тревоги. Будучи симптомообразованиями, по С.Л. Суханову [1912], «паразитическими», они не влияют па течение интеллектуальной деятельности в целом, остаются чуждыми мышлению, не приводят к снижению его уровня, хотя ухудшают работоспособность и продуктивность умственной деятельности больного. На всем протяжении болезни к навязчивостям сохраняется критическое отношение.

Н.с. условно делятся на навязчивости в интеллектуально-аффективной (фобии) и двигательной (компульсии) сферах, но чаще всего в структуре навязчивостей соединяются несколько их видов. Выделение навязчивостей отвлеченных, аффективно индифферентных, безразличных по своему содержанию, например, аритмомании, редко бывает оправданным; анализ психогенеза невроза нередко позволяет увидеть в основе навязчивого счета выраженную аффективную подоплеку. Наряду с навязчивостями элементарными, связь которых с психогенной очевидна, существуют криптогенные, когда причина возникновения болезненных переживаний скрыта [Свядош А.М., 1959].

Н.с. наблюдаются, главным образом, при неврозе навязчивых состояний и психастении. Для последней характерны навязчивые патологические опасения. Кроме того, Н.с. встречаются в рамках неврозоподобных состояний при вялотекущей шизофрении, эндогенных депрессиях (См. *Ананкастическая депрессия*, эпилепсии, последствиях черепно-мозговой травмы, соматических заболеваний, главным образом, ипохондрически-фобический или нозофобический синдром).

Навязчивые страхи. Разновидность навязчивых состояний, проявляющаяся интенсивными и непреодолимыми страхами. В

структуре навязчивости преобладает аффект тревоги. Н.с. всегда сопровождаются выраженной вегетодистонической симптоматикой (бледность лица, дрожание тела и конечностей, потливость, тахикардия).

Содержанием Н.с. может быть любое явление повседневной жизни, даже такое, о котором больной знает понаслышке. Чаще всего наблюдается при неврозе навязчивых состояний и неврозоподобных состояниях, например, при шизофрении. Возникновению Н.с. и их фиксации способствуют тревожно-мнительные черты характера. Выделяют Н.с. элементарные, ограниченные отдельным конкретным событием или явлением, и сложные, примером которых может служить всеохватывающая панфобия.

Н.с. исключительно разнообразны. По G. Langfeldt [1951], они делятся на 4 группы: 1. Н.с. особых ситуаций и общения (акрофобия, агорафобия, антропофобия и др.); 2. Н.с. опасности окружающего мира (айхмофобия, нозофобия, зоофобия); 3. Н.с. дисфункции того или иного внутреннего органа или системы (эритрофобия, дефекациофобия); 4. Н.с. совершения насилия по отношению к самому себе или кому-нибудь другому (суицидофобия, гомицидофобия).

Обсессия (*лат. obsessio* – обложение, осада, блокада). См. *Навязчивые состояния*.

Ритуалы (*лат. ritualis* – обрядовый). Двигательный акт, простой или сложный, выполняемый вопреки воле и внутреннему сопротивлению больного, символически выражая надежду таким образом предотвратить предполагаемое несчастье. В таком плане может рассматриваться как проявление механизма психологической защиты. Достигая значительной выраженности, Р. сам по себе становится мучительным ананкастическим феноменом.

Навязчивые Р. сочетаются с навязчивыми мыслями и страхами в рамках обсессивно-компульсивного синдрома. Символически-ритуальные действия иногда сложно соотносятся с породившей их причиной. Так, навязчивое мытье рук не всегда является следствием мизофобии (боязни загрязнения); оно может носить символический характер, и, как следствие смещения понятий, их подстановки, выражает стремление больного быть чистым от вины, греха.

Навязчивые защитные Р. могут быть достаточно сложными; так, при компульсивном влечении к педантичности, больные свою повседневную жизнь превращают в расписанную поминутно стереотипную систему затверженных церемоний, начиная от утреннего вставания до

вечернего туалета («ритуал спальни»). S. Freud выделял при этом два вида защитных механизмов: уничтожение и изоляцию. Пример уничтожения – бесконечное мытье рук при мизофобии, пример изоляции – церемониал, заключающийся в запрещении возможности прикосновения к нежелательному предмету (табу на прикосновение).

Стигмы истерические. Симптомы, указывающие на склонность субъекта к истерическим формам реагирования (например, участки кожной анестезии, расположение которых противоречит возможности повреждения периферических нервов, часто – с изменчивой локализацией). К С.и. в более широком смысле относят наиболее частые симптомы истерии (расстройства зрения, слуха, чувствительности и др.).

Страх. Чувство внутренней напряженности, непосредственной опасности для жизни в ожидании угрожающих событий, действий. Сопровождается разнообразными вегетативными расстройствами. Может быть различно выражен – от неопределенного чувства неуверенности, опасности до ужаса.

Сомнения патологические [Pick A., 1902; Ганнушкин П.Б., 1907]. Тяжелые тревожные сомнения нравственно-этического или ипохондрического содержания, лишены реального основания и адекватности трезвой вероятности беды, неприятности. Чаще всего наблюдаются при психастении, иногда при шизоидной и циклоидной психопатии, при шизофрении, протекающей с психастеноподобной симптоматикой

Тревога. Аффект, возникающий в ожидании неопределенной опасности, неблагоприятного развития событий. Т. отличается от страха беспредметностью, тогда как страх – это реакция на конкретную угрозу. Эта особенность Т., возможно, является следствием неосознаваемости повода возникновения такого рода аффекта. Аффект Т. побуждает человека искать источник возможной опасности, угрозы его благополучию. Отсюда роль Т. в возникновении бреда, особенно персекуторного, и неврозов.

В психологических методиках исследуют конституциональную личностную тревожность и ситуативную Т., характеризующую состояние личности в настоящее время. (см. *Спилбергера шкала тревоги*, *Тейлор шкала тревоги*).

Фобии (греч. *phobos* – страх). См. *Навязчивые страхи*.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Виленский О. Г. Психиатрия / О. Г. Виленский. – М.: Вузовская книга, 2010. – 188 с.
2. Жариков Н. М. Психиатрия / Н. М. Жариков, Ю. Г. Тюльпин. – М.: Медицинское информационное агентство, 2009. – 832 с.
3. Жмуров В. А. Клиническая психиатрия / В. А. Жмуров. – М.: Джангар, 2010. – 1270 с.
4. Корсаков С. С. Вопросы клинической психиатрии / С. С. Корсаков. – М: Либроком, 2010. – 264 с.
5. Психиатрия. Справочник практического врача / Под редакцией А. Г. Гофмана. – МЕДпресс-информ, 2010. – 608 с.
6. Цыганков Б. Д. Психиатрия / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников – М.: ГЭОТАР, 2012 г. – 696с.