

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ВНУТРІШНІХ СПРАВ**

*Факультет №6
Кафедра соціології та психології*

ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ

з навчальної дисципліни «**Клінічна психологія**»
обов'язкових компонент освітньої програми першого
(бакалаврського) рівня вищої освіти

053 Психологія (практична психологія)

Тема №13: «Психогенні розлади»

Харків 2023

ЗАТВЕРДЖЕНО

Науково-методичною радою
Харківського національного
університету внутрішніх справ
Протокол від 30.08.23 №7

СХВАЛЕНО

Вченою радою факультету
Протокол від 25.08.23 р. №7

ПОГОДЖЕНО

Секцією Науково-методичної ради
ХНУВС з гуманітарних та соціально-
економічних дисциплін
Протокол від 29.08.23 №7

Розглянуто на засіданні кафедри соціології та психології
Протокол від 15.08.2022 №8.

Розробник:

доцент кафедри соціології та психології, кандидат психологічних наук,
доцент, Жданова І.В.

Рецензенти:

1. Доцент кафедри педагогіки та психології Харківської державної академії фізичної культури, кандидат психологічних наук, доцент Павлик О. М.
2. Доцент кафедри соціології та психології факультету № 6 Харківського національного університету внутрішніх справ, кандидат психологічних наук, доцент Шиліна А.А

План лекції (4 год):

1. Поняття про психогенії.
2. Психогенно-психотичні розлади.
3. Психогенно-невротичні розлади.

Рекомендована література:

Основна:

1. Вітенко І.С. Медична психологія [Підручник] К: Здоров'я, 2017. 208с
2. Діденко С.В. Клінічна психологія. Словник-довідник. К.: Академвадав, 2012, 320 с.
3. Ільїна Н. Клінічна психологія: навчальний посібник. Вид: «Університетська книга». 2020, 163 с.
4. Максименко С. Д., Цехмістер Я. В., Коваль І. А., Максименко К. С. Медична психологія : підручник / за загальною ред. С. Д. Максименка. 2-е вид. К. : Слово, 2014. 516 с.
5. Ніконенко Ю.П. Клінічна психологія: Навчальний посібник. Вид. КНТ Київ, 2019. 368 с.
6. Основи медичної психології : навч.-метод. посіб. Для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рів. акред. та лік.-інтерн. / Ждан В.М., Скрипніков А.М., Животовська Л.В. та ін. Полтава: ТОВ «АСМІ», 2014. 255 с.
7. Савенкова І.І. Клінічна психологія: навчальний посібник [для студентів вищих навчальних закладів]. Одеса: Астропринт, 2018. 287 с.

Допоміжна:

1. Мартинюк І. А. Патопсихологія. Навчальний посібник. К.: Центр учбової літератури, 2018. 208 с.
2. Психіатрія і наркологія : підручник / В.Л. Гавенко, В.С. Бітенський, В.А. Абрамов та ін. ; за ред. В.Л. Гавенка, В.С. Бітенського. 2-ге вид., переробл. і допов. К. : ВСВ "Медицина", 2015. 512 с.

Текст лекції.

Питання 1. Поняття про психогенії.

У вітчизняній психіатрії та медичній психології діагностика психогенних розладів традиційно ґрунтується на констатації тісного зв'язку між психотравмуючою подією і перебігом та клінічними проявами розладу психіки. Найбільш чітко цей зв'язок (*критерій*) сформульовано у *триаді К. Ясперса* (1910):

- психогенне захворювання розвивається безпосередньо після впливу психотравми;
- прояви хвороби безпосередньо випливають із змісту психотравми, між ними є психологічно зрозумілий зв'язок;

- перебіг захворювання тісно пов'язаний з виразністю і актуальністю психотравми; вирішення психотравми призводить до припинення або значного ослаблення проявів хвороби.

Дані критерії не втратили свого значення до теперішнього часу. Але, їх застосування пов'язано з певними **труднощами**:

А) при реактивних психозах зв'язок між психотравмуючою подією і психічним розладом простежується досить чітко;

Б) при неврозах (непсихотичних) складніше. Причини цьому наступні:

- тривалість психотравми, що не дозволяє точно співвіднести в часі хворобу і патогенну ситуацію;

- при неврозах зазвичай використовуються механізми психологічного захисту (як правило, мимовільне витіснення зі свідомості людини емоційно неприємної інформації для збереження психічної рівноваги). Тому сам хворий не завжди здатний усвідомити зв'язок наявних розладів з психотравмою, вона йому не \ зрозумілою.

В) в однаковій ситуації психогенні захворювання розвиваються не у всіх людей.

Відмінності психогенних розладів від ендогенних захворювань:

- 1) неврози і реактивні психози ніколи не виникають і не прогресують на тлі психологічного благополуччя;

- 2) відсутність будь-яких органічних змін головного мозку (а це визначає характерний для даної групи хвороб сприятливий прогноз);

- 3) висока ефективність психотерапевтичних методів лікування.

- 4) при психогеніях хворобливі розлади безпосередньо впливають з існуючих до хвороби характерологічних рис (преморбідних особливостей особистості). Тривале існування хвороби призводить до збільшення і загострення цих рис. При прогресивних ендогенних захворюваннях (шизофренії, епілепсії), навпаки, відбуваються перетворення особистості, втрата індивідуальних особливостей, придбання рис характеру, які ніколи раніше не простежувалися.

Класифікація психогенній.

У вітчизняній психіатрії та клінічній психології прийнято виділяти:

- важкі розлади з вираженим порушенням поведінки - реактивні психози;
- м'які стани без втрати критики - неврози та невротичні стани і реакції.

Питання 2. Психогенно-психотичні розлади.

До психогенно-психотичних розладів відносяться реактивні психози. Клінічні варіанти реактивних психозів представлені.

- 1) *короткочасними*, що протікають кілька годин або днів, розладами (афективно-шоківі реакції, істеричні психози);

- 2) *затяжними*, що тривають тижні і місяці, станами (реактивна депресія і реактивний параноїд).

Реактивні психози зустрічаються в клінічній практиці відносно рідко. Хоча точні дані про поширеність отримати досить важко через короткочасність і схильність до мимовільного вирішення, кількість таких хворих в десятки разів менше, ніж хворих на шизофренію. Дещо частіше зустрічається реактивна депресія. Частота реактивних психозів може зростати у періоди масових лих (війна, землетрус та ін.).

Афективно-шокова реакція (гостра реакція на стрес) [F43.0] розвивається в результаті надзвичайно сильної одномоментної психотравми. Суб'єкт є безпосереднім учасником або свідком трагічних подій (катастрофи, аварії корабля, пожежі, вбивства, актів жорстокого насильства та ін.). Сила психотравмуючого фактору така, що вона може викликати розлад психіки практично у будь-якої людини. Проявляється у вигляді:

- або реактивного ступору (неможливість рухатися, відповідати на питання, нездатність зробити будь-які дії в ситуації, що загрожує життю, «реакція уявної смерті»),
- або реактивного збудження (хаотична активність, крик, метання, паніка, «реакція втечі»).

І в тому, і в іншому випадку психоз супроводжується потьмаренням свідомості і наступною частковою або повною амнезією. Безладна активність або неадекватна бездіяльність в цьому випадку нерідко є причиною загибелі людей: так, збуджений хворий може під час пожежі вистрибнути з вікна. Саме афективно-шоківі реакції служать причиною небезпечної паніки в людних місцях під час катастроф. Подібні психози дуже короткочасні (від декількох хвилин до декількох годин). Спеціального лікування, як правило, не потрібно. У більшості випадків припинення небезпечної ситуації призводить до повного відновлення здоров'я, проте в деяких випадках пережиті події продовжують довгий час турбувати пацієнта у вигляді нав'язливих спогадів, кошмарних сновидінь, це може супроводжуватися сумом з приводу загибелі близьких, втрати майна і житла. Для позначення таких розладів використовується термін «посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР) [F43.1],

Істеричні психози. У ситуаціях смертельної загрози соціальному статусу пацієнта (судовий розгляд, мобілізація в діючу армію, раптовий розрив з партнером і ін.) Можливо виникнення істеричних психозів. По механізму виникнення ці розлади не відрізняються від інших істеричних феноменів (функціональні зворотні порушення психічної діяльності, засновані на самонавіюванні і конверсії внутрішньої тривоги в яскраві демонстративні форми поведінки), однак ступінь вираженості досягає психотичного рівня, критика різко порушена.

До виникнення істеричних психозів призводять органічні ураження головного мозку в анамнезі, демонстративні риси особистості. Клінічні прояви істеричних психозів різноманітні: амнезія, психомоторне збудження або ступор, галюцинації, потьмарення свідомості, судоми, розлади мислення.

Досить часто в картині захворювання чітко проступають риси психічного регресу: дитячість, придуркуватість, безпорадність, дикість.

Найбільш часто виділяють наступні стани: пуерилізм, псевдодеменція, синдром Ганзера, істеричний сутінковий розлад.

Типові марення при істеричних психозах розвивається рідко - частіше спостерігаються маячноподібні фантазії у вигляді яскравих, безглузвих, емоційно забарвлених висловлювань, які дуже мінливі за фабулою, нестійкі, легко обростають новими подробицями, особливо коли співрозмовник проявляє до них інтерес.

Істеричні психози звичайно нетривалі, тісно пов'язані з актуальністю психотравмуючої ситуації, завжди завершуються повним одужанням, можуть проходити без спеціального лікування.

Реактивна депресія проявляється вираженням почуттям туги, безпорадністю, іноді загальмованістю, часто суїцидальними думками і діями. На відміну від ендогенної депресії всі переживання тісно пов'язані з перенесеною психотравмою. Зазвичай причинами реактивної депресії є ситуації емоційної втрати - смерть близької людини, розлучення, звільнення або вихід на пенсію, переїзд з рідних місць, фінансовий крах, помилка або проступок, який може відбитися на всьому подальшому житті. Будь-яке нагадування про травмуючу подію або, навпаки, самотність, що штовхає до сумних спогадів, підсилюють гостроту переживання хворого. Ідеї самозвинувачення, самознищення відображають наявну психотравму. Хворі звинувачують себе у смерті коханого, в нерозторопності, в тому, що не змогли зберегти сім'ю. Хоча подібні стани можуть бути тривалими, іноді завершуються самогубством, своєчасна медико-психологічна допомога призводить до повного одужання. Повторних нападів депресії у таких хворих зазвичай не виникає (при ендогенній депресії виникають).

Реактивний параноїд [F23.31] - маячний психоз, що виникає як реакція на психологічний стрес. Така маячня зазвичай є несистематизованою, емоційно насиченою (супроводжується тривогою, страхом), зрідка поєднується зі слуховими обманами. У типових випадках виникненню психозу сприяють раптова зміна обстановки, поява великої кількості незнайомих людей (військові дії, тривалі переїзди по незнайомій місцевості), соціальна ізоляція (одиначне ув'язнення, іншомовне середовище), підвищена відповідальність людини, коли будь-яка помилка може стати причиною серйозних наслідків. Прикладом реактивного параноїду можуть бути «залізничний параноїд», що виникав нерідко в колишні роки, коли поїздки на поїзді тривали багато днів, були пов'язані з постійним страхом відстати від поїзда, втратити речі, виявитися здобиччю бандитів. Соціальна ізоляція, ймовірно, є причиною появи марення у тугоухих, яким починає здаватися, що люди приховують від них щось, замишляють лихе, обговорюють їх між собою. До реактивного параноїду відносять і індуковане марення, що виникає у примітивних особистостей, які постійно проживають разом з

душевнхворим і сліпо вірять в справедливість його суджень. Особливо часто реактивні параноїд спостерігалися у воєнний час.

У більшості випадків при реактивному параноїді марення є нестійким, добре піддається лікуванню психотропними засобами (нейролептиками і транквілізаторами); або зникає без лікування, якщо психотравмуюча ситуація вирішується.

Питання 3. Психогенно-невротичні розлади.

До психогенно-невротичних розладів відносяться неврози і невротичні реакції.

Поняття «невроз» було введено у 1776 р. шотландським лікарем Вільямом Калленом. Зміст терміна неодноразово переглядався, однозначного загальноприйнятого визначення немає до сих пір.

На сьогодні термін «невроз» більше не використовується професійним психіатричним спільнотою США. В американському Діагностичному і статистичному керівництві по психічним розладам розділ «неврози» був скасований ще з третього видання DSM-III (1980-го р.). Наприклад, депресивний невроз був замінений дистимічним розладом, obsесивно-компульсивний невроз на obsесивно-компульсивний розлад, іпохондричний невроз на іпохондрію і т. д.

У вітчизняній науці та практиці цей термін використовується.

Неврози - непсихотичні розлади, нерідко пов'язані з тривалими, важко пережитими конфліктними ситуаціями. Ці розлади носять функціональний (неорганічний) характер, зазвичай супроводжуються порушеннями у соматовегетативній сфері, при цьому хворі зберігають критику, розуміють хворобливий характер наявних симптомів, прагнуть позбутися від них.

На сьогодні єдиної класифікації невротичних станів не існує. У МКХ-10 поділ ґрунтується на зазначенні провідного симптому: фобії [F40], нападів страху, паніки [F41], нав'язливості [F42], туги, пригніченості [F43.2], та інших.

У вітчизняній психіатрії та клінічній психології найбільш часто виділяли **3 варіанти неврозу**: неврастенія, невроз нав'язливих станів, істеричний невроз. Сутність соматичних розладів принципово різниться при різних варіантах неврозів:

- демонстративність, прагнення звернути на себе увагу - при істерії;
- страх, тривожні побоювання - при неврозі нав'язливості;
- почуття втоми, виснаження - при неврастенії.

Дані про поширеність неврозів суперечливі через розбіжності в існуючих класифікаціях (наводяться дані 2-20% населення). Крім того, відомо, що велика частина хворих з неврозами або не звертаються до лікарів, або проходять лікування у терапевтів, невропатологів та інших фахівців. Серед тих, хто звертається до психіатрів хворі неврозом становлять 20-25%. Велика частина хворих - жінки, переважають особи молодого і зрілого віку (до 50 років).

Клініко-психологічна характеристика різних невротичних розладів.

Неврастенія (астенічний невроз, невроз виснаження) [F48.0] проявляється, в першу чергу, астенічним синдромом. Найважливішим проявом цього синдрому є поєднання дратівливості з підвищеною стомлюваністю і виснаженням.

Хворі на неврастенію часто звертаються до терапевтів, невропатологів, сексопатологам зі скаргами на перебої в роботі серця, вегетативну лабільність, зниження лібідо, імпотенцію та інші соматичні жалоби.

Серед хворих на неврастенію переважають жінки і молоді люди, які починають самотійне життя. Захворювання легше розвивається у осіб з астенічної конституцією, нетренованих, що погано переносять навантаження.

Неврастенія вважається найбільш сприятливим варіантом неврозу. Чрез 10-25 років після звернення до лікаря близько 3/4 хворих були практично здоровими або відзначали стійке поліпшення самопочуття.

Невроз нав'язливості (обсесивно-фобічний невроз) об'єднує ряд невротичних станів, при яких у хворих виникають нав'язливі думки, дії, страхи, спогади, які сприймаються ними як хворобливі, чужі, неприємні, від яких пацієнти не можуть самотійно звільнитися.

Чоловіки і жінки хворіють цією формою неврозу приблизно з однаковою частотою. Важливу роль у виникненні захворювання грає конституційно-особистісна схильність. Серед хворих переважають особи «розумового» типу, схильні до логіки, самоаналізу (рефлексії), які прагнуть стримувати зовнішній прояв емоцій, тривожно-недовірливі особистості.

Найчастіше провідною симптоматикою неврозу нав'язливості є *страхи (фобії)*. Нерідко виникає страх захворіти важкими соматичними та інфекційними захворюваннями [F45.2]: кардіофобія, сіфілофобія, канцерофобія, снідофобія. Часто страх викликає перебування в замкнутому просторі, транспорті, метро, ліфті (клаустрофобія), вихід на вулицю і знаходження в людному місці (агорофобія) [F40], причому іноді страх виникає тоді, коли хворі тільки уявляють собі цю неприємну ситуацію. Страждаючі фобіями всіляко намагаються уникнути ситуації, яка викликає у них страх: не виходять на вулицю, не користуються транспортом та ліфтом, ретельно миють і дезінфікують руки. Щоб позбутися страху захворіти на рак, вони часто звертаються до лікарів з проханням провести необхідні обстеження. Результати цих обстежень кілька заспокоюють хворих, але зазвичай не надовго. Ситуація погіршується через те, що у зв'язку з підвищеною увагою до свого здоров'я хворі помічають навіть самі незначні відхилення в роботі внутрішніх органів. Часом у них виникають невизначені болі і неприємні відчуття, які вони розцінюють як ознаки важкої хвороби.

Іноді невроз проявляється утрудненням виконання звичних дій тому, що хворий чомусь побоюється невдачі (*невроз очікування*). Так може виникнути психогенна імпотенція у осіб, які побоюються, що їх вік або тривала перерва в сексуальних відносинах можуть вплинути на потенцію.

Іноді невроз очікування є причиною професійної неспроможності у музикантів, спортсменів, акробатів, хірургів після незначної травми.

Дещо рідше проявом неврозу стають *нав'язливі думки (обсесії)* [F42.0]. Хворі не можуть позбутися нав'язливих спогадів, безглуздо перераховують вікна, проїжджаючи машини, багато разів повторюють в розумі літературні уривки («розумова жуйка»). Пацієнти розуміють хворобливий характер цих явищ, скаржаться на те, що подібний надлишок мислення заважає їм виконувати службові обов'язки, стомлює і дратує їх. Особливо важко переживають хворі виникнення контрастних нав'язливостей, які виражаються в думках про те, що вони можуть зробити вчинок, неприпустимий з точки зору етики і моралі (нецензурно лаятися у громадському місці, зробити насильство, вбити власну дитину). Хворі важко переживають подібні думки і ніколи їх не реалізують.

Можливе також виникнення *нав'язливих дій (компульсії)* [F42.1], наприклад нав'язливе миття рук; повернення додому з тим, щоб перевірити, чи закриті двері, вимкнені праска і газ. Часто подібні дії набувають символічного характеру і відбуваються в якості деякої «магічної» дії з тим, щоб зменшити тривогу і зняти напругу (ритуали). У дітей нав'язливі дії при неврозі нерідко виражаються у невротичних тиках. Ізольовані дитячі тики зазвичай сприятливо протікають і повністю зникають із завершенням пубертатного періоду.

Деякі фахівці окремо виділяють *панічні атаки* [F41.0] - повторювані напади інтенсивного страху, зазвичай тривалістю менше години. Велика частина таких вегетативних пароксизмальних нападів тісно пов'язана з хронічним стресом, одночасно спостерігається схильність до тривожних побоювань, фобій.

Напад триває близько 10–30 хв, хоча може тривати і довше. У міжнападний період ознак захворювання немає.

Пацієнти з панічним розладом мають повторні епізоди паніки зі страхом повернення нападу, що призводить до серйозної зміни поведінки. Вони стають більш пасивними, залежними та замкненими.

Запустити черговий напад можуть так звані панічні тригери, а саме:

- травма (аварія, хірургічна);
- різні хвороби;
- міжособистісний конфлікт або втрата;
- вживання канабісу;
- застосування стимуляторів, таких як кофеїн, симпатоміметики та ін.;
- відміна селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну.

Розлади нав'язливого спектру нерідко бувають тривалим, протікає хронічно, призводить до формування невротичного розвитку особистості. Часто спостерігається поступове розширення кола ситуацій, що викликають страхи і нав'язливості. Разом з тим навіть при тривалому перебігу більшості

хворих властиві наполеглива боротьба з хворобою, прагнення будь-якою ціною зберегти свій соціальний статус і працездатність.

Істеричний невроз (дисоціативний розлад) - психогенне функціональне захворювання, основним проявом якого бувають вкрай різноманітні соматичні, неврологічні і психічні розлади, що виникають за механізмом самонавіювання.

У жінок істеричний невроз спостерігається в 2-5 разів частіше, ніж у чоловіків. Нерідко захворювання починається в юності або в періоді інволюції (клімакс). Серед захворілих переважають особи з невисоким рівнем освіти, художнім типом вищої нервової діяльності, екстраверти, які опинилися в ситуації соціальної ізоляції (наприклад, непрацюючі дружини військових).

До виникнення захворювання призводять риси психічного інфантилізму (несамостійність суджень, підвищена сугестивність, егоцентризм, емоційна незрілість, афективна лабільність, легка збудливість, підвищена вразливість). Часто істеричний невроз є декомпенсацією істеричного розладу особистості та відповідної акцентуації особистості.

Патологічні прояви при істерії вкрай різноманітні. Можуть спостерігатися припадки, соматичні, вегетативні та неврологічні розлади. Прояви істерії можуть нагадувати ендogenous психічні захворювання. Виразний психогенний характер розладів і демонстративний характер поведінки пацієнтів нерідко викликають відчуття умовної «бажаності», психологічної «вигідності» симптомів. Разом з тим слід чітко розрізняти істерію, яка є хворобою, стражданням, і симуляцію, яка не супроводжується внутрішнім дискомфортом. Поведінка хворого істерією - це не цілеспрямована поведінка людини, яка знає, чого вона хоче, а лише спосіб позбутися від болісного почуття безвиході, небажання визнати свою нездатність впоратися з ситуацією.

Прояви.

Рухові розлади [F44.4] включають паралічі, парези, відчуття слабкості в кінцівках, атаксія, астазія-абазія, тремор, гіперкінези, блефароспазм, апраксія, афонія, дизартрія, дискінезія аж до акінезій.

Сенсорні порушення [F44.6] проявляються різноманітними розладами чутливості у вигляді анестезії, гіпостезії, гіперестезії і парестезії (свербіж, печіння), болями [F45.4], втратою слуху і зору. Порушення чутливості часто не відповідають зонам іннервації. Істеричні болі дуже яскраві, незвичайні, в різних частинах тіла (наприклад, відчуття здавлення голови обручем, раптовий біль в спині, ломота в суглобах). Болі нерідко стають причиною помилкових хірургічних діагнозів і навіть порожнинних операцій.

Соматовегетативні порушення [F45] можуть ставитися до будь-якої з систем організму. Шлунково-кишкові розлади - порушення ковтання, відчуття грудки в горлі, нудота, блювота, відсутність апетиту (анорексія), метеоризм, запор, пронос.

Порушення з боку серця і легенів - задишка, відчуття нестачі повітря, болі в області серця, серцебиття, аритмія. Урогенітальна сфера - різі при сечовипусканні, відчуття переповнення сечового міхура, сексуальні розлади (вагінізм), уявна вагітність, вікарні кровотечі.

Психічні розлади проявляються психогенної амнезією [F44.0], істеричними ілюзіями і галюцинаціями, емоційною лабільністю, що супроводжується плачем, криком, гучними голосінням.

На відміну від хворих з неврозом нав'язливості, пацієнти з істерією зазвичай не схильні обмежувати свої контакти у зв'язку із захворюванням (приймають гостей лежачи в ліжку або сидячи в інвалідному кріслі, розливають чай лівою рукою, помістивши праву «паралізовану» руку в пов'язку, охоче беруть участь у бесіді в разі втрати здатності мови, пояснюючи знаками і жестами), проявляючи несподівану індіферентність до важких порушень в організмі.

Перебіг істеричного неврозу зазвичай є хвилеподібним; вираженість симптоматики пов'язана з дією додаткових психотравм. При відсутності рис істеричного розладу особистості усунення психотравмуючого фактору веде до повного одужання. При тривалому існуванні нерозв'язного конфлікту і при неефективному лікуванні спостерігаються затяжний перебіг і формування невротичного розвитку особистості.