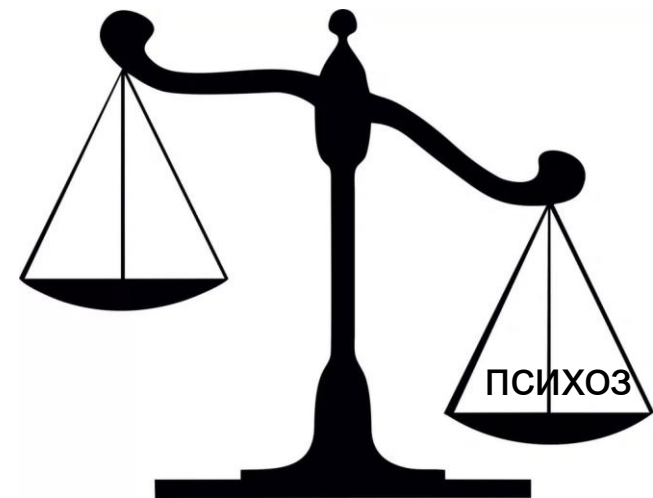


Реактивные психозы

Реактивные психозы (их называют также психогенными психозами) представляют собой психические нарушения **психотического уровня**, которые возникают вследствие воздействия сверхсильных потрясений, психических травм, эмоционально значимых для личности.



Реактивные психозы это группа благоприятных функциональных расстройств, обусловленных тяжелейшим эмоциональным стрессом, проявляющихся грубыми (психотического уровня) нарушениями психических функции и поведения, склонных к быстрому регрессу после прекращения действия психотравмы; в исходе отмечается полное выздоровление.

Все особенности возникновения, течения и разрешения реактивных психозов сформулированы в триаде К. Ясперса (1923).

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

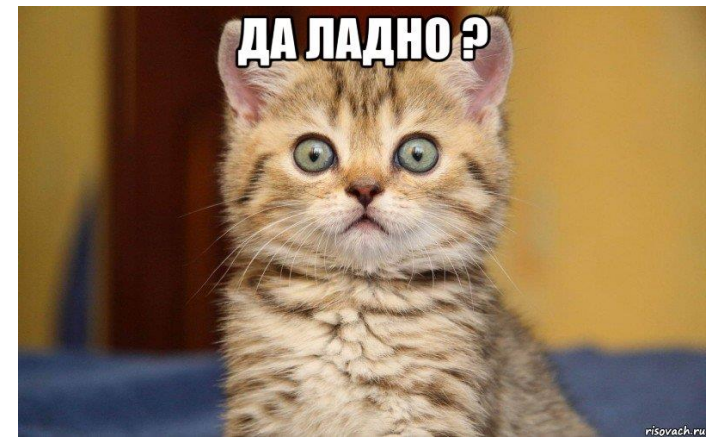


Карл Теодор Ясперс ([нем. Karl Theodor Jaspers](#); [23 февраля 1883](#), [Ольденбург](#) — [26 февраля 1969](#), [Базель](#)) — [немецкий философ](#), [психолог](#) и [психиатр](#), один из основных представителей [экзистенциализма](#).

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Б.Д. Цыганков, С.А. Овсянников «руководство для врачей», 2011 год.

Влияние конституционально-предрасполагающих факторов, которым ранее придавалось большое значение, на самом деле оказывается не столь существенным.



ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Основная причина реактивных психозов — это воздействие самих психотравмирующих факторов, мощность различных душевных потрясений и трагических событий, глубоко воздействующих на личность больных (катастрофы, стихийные бедствия, военные действия, вестущееся уголовное дело с возможностью лишения свободы, внезапная смерть любимого, близкого человека, служебные конфликты с угрозой благополучию и др.).



К таким причинам относят и **ятрогению** (неправильное поведение врача в отношении больного, в частности сообщение ему непроверенных, но угрожающих по смыслу сведений о наличии неизлечимого заболевания и др.).

Например, больная на с жалобами на боли в горле получает мгновенное заключение о наличии у нее либо сифилиса, либо СПИДа и впадает в состояние истерического ступора (на самом деле у нее впоследствии определили явления лакунарной ангины).



ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

«факторы обстановки» играют определенную роль в возникновении и развитии реактивных состояний. Это обстоятельство отражается и в названии различных психогенных реакций: «бред помилования осужденных», «командная истерия», «бред вражеского пленения», «железнодорожный параноид».

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Важное значение в этиопатогенезе принадлежит «патологически измененной почве» (по С.П. Жисльну).

В этом смысле говорят о психической астенизации (переутомление, эмоциональное напряжение, черепно-мозговые травмы, тяжелые ранения, соматические заболевания, алкоголизм), что и служит зачастую **неблагоприятным фоном, который ослабляет сопротивляемость по отношению к психотравмирующим моментам.**



ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

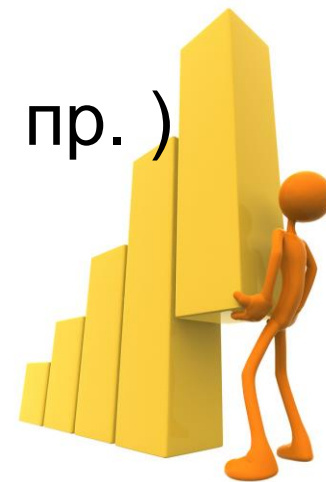
Определенное значение имеют особые физиологические состояния, такие как **беременность, лактация, возрастные кризы.**

Подобные факторы достаточно часто сопутствуют декомпенсации нервных адаптационных механизмов и развитию реактивного психоза.



Распространённость

Реактивные психозы встречаются в клинической практике **относительно редко**. Хотя точные данные об их распространённости получить довольно трудно из-за **кратковременности** и склонности к **самопроизвольному разрешению**, **количество таких больных в десятки раз меньше чем больных шизофренией и МДП**.
Частота реактивных психозов может возрастать в периоды массовых бедствий (война, землетрясения, террористический акт и пр.)



- С. Ганзер (1897) описал **истерическое сумеречное помрачение сознания** в условиях тюремного заключения, так называемый «ганзеровский синдром».
- В последующем были даны описания **истерического ступора** (К. Рэкке, 1901), **пуэрилизма** (Е. Дюпре, 1903), **псевдодемениции** (К. Вернике, 1906), **бредоподобных фантазий** (К. Бирнбаум, 1906), **психогенных бредовых психозов** (П.Б. Ганнушкин, 1904; Р. Гаупп, 1910).

Реактивные психозы
По длительности

Кратковременные
(часы-дни)

Затяжные
(недели-месяцы)

Аффективно-
шоковая реакция

Истерические
реактивные
психозы

Реактивный
параноид

Реактивные
депрессии

Таблица 22.1. Соответствия между МКБ-10 и традиционной российской классификацией в систематике психогенных заболеваний

Традиционная российская терминология	Соответствующий класс МКБ-10
Активные психозы:	
Аффективно-шоковые реакции	F43.0 - острая реакция на стресс
Истерические психозы	F44.80 - синдром Ганзера, или F44.1, F44.2, F44.3 - истерическая фуга, транс, ступор
Реактивная депрессия	F32 - однократный депрессивный эпизод
Реактивный параноид	F23.31 - острая бредовая реакция

Аффективно-шоковая реакция (острая реакция на стресс F43.0)

Развивается после воздействия чрезвычайно сильной и внезапной психотравмы, которая отражает реальную угрозу жизни самого человека или его близких (землетрясение, пожар, кораблекрушение, нападение бандитов, акт насилия и др.)



Аффективно-шоковая реакция (острая реакция на стресс F43.0)

Сила воздействующего фактора такова, что она приводит к расстройству психики у любого человека, совершенно здорового и уравновешенного до воздействия суперстресса.



Аффективно-шоковая реакция (острая реакция на стресс F43.0)

При этом клинические проявления могут характеризоваться либо развитием обездвиженности (ступор), либо «двигательной бурей».



Ступор

- Больные «остолбеневают» от страха, застывают в состоянии оцепенения
- мутизм,
- неспособность выполнять любые действия, даже защитного характера (реакция «мнимой смерти», по Э. Кречмеру).
- Мимика выражает страх, ужас, глаза широко раскрыты,
- кожа бледная, покрыта холодным потом
- может наблюдаться непроизвольное мочеиспускание, даже дефекация.

Возбуждение

- преобладает хаотическая активность, больные мечутся, бесцельно бегут,
- кричат, рыдают, вопят, издают подчас нечленораздельные звуки.
- На лице выражение ужаса.
- кожа либо бледная, либо гиперемирована.



Продолжительность
ступора и
возбуждения от
нескольких минут
до нескольких
дней, воспоминаний
у больных, как
правило, не
остается.

- И в том, и в другом случае происходит *аффективное (афектогенное) сужение поля сознания* с последующей частичной или полной амнезией.

Беспорядочная активность или неадекватная бездеятельность в этом случае нередко является причиной гибели людей: так, возбужденный больной может во время пожара выпрыгнуть из окна .



Именно аффективно-шоковые реакции служат причиной опасной паники в людных местах во время катастроф. Подобные психозы весьма кратковременны (**от нескольких минут до нескольких часов**).

Специального лечения, как правило, не требуется.



Истерические (диссоциативные)
реактивные психозы

```
graph TD; A[Истерические (диссоциативные) реактивные психозы] --- B[ступор]; A --- C[двигательные нарушения]; A --- D[Истерические расстройства с изменением сознания или синдромом Ганзера]; A --- E[Псевдодеменция (ложное слабоумие)]; A --- F[Пуэрилизм (детское поведение)];
```

ступор

двигательные нарушения

Истерические расстройства с изменением
сознания или синдромом Ганзера

Псевдодеменция (ложное слабоумие)

Пуэрилизм (детское поведение)

Ступор:

- проявляется в виде неподвижности, негативизма, сопровождается отказом от пищи.
- напоминает кататонию, но **отличается показным характером поведения.**
- в основном регистрируются явления психогенного субступора. Больные заторможены, но **полного оцепенения не наблюдается.** Сохраняется способность двигаться, больные **выполняют элементарные действия**, они опрятны.

Ступор

- В центре подобного состояния остается **резкое ограничение речевого общения**, реже наблюдается полный отказ от речи (**мутизм**).
- **Лицо имеет скорбное или безразличное выражение**. В связи с этим диссоциативный ступор напоминает депрессивный ступорозный статус.
- Такие расстройства часто наблюдаются в судебной практике при проведении экспертизы обвиняемым при значительном ухудшении имеющейся неблагоприятной ситуации с угрозой тяжкого наказания.



Истерические (диссоциативные) двигательные нарушения

- Проявляются в виде истерических припадков, параличей, явлений амавроза, афонии и т.д.



Пуэрилизм (детское поведение)

- говорят сюсюкающим тоном, употребляют детские интонации
- Хнычут
- называют врачей «дяденьками» и «тетеньками», просят дать пряник, конфету.
- начинают играть различными предметами в куклы
- Скачут верхом на палке
- катают по полу коробочки, как машины
- просят «на ручки»,
- высовывают язык.
- Внешне они напоминают больных псевдодеменцией, неуклюжи, плохо ориентируются в месте нахождения, выражение лица плаксивое, недовольное



Псевдодемениция (ложное слабоумие)

- утрата ориентировки в окружающем
 - заторможенность
 - Больные не могут назвать своего имени, ответить, сколько им лет, есть ли у них дети, не знают текущего времени (месяц, число, год), не могут сказать, сколько у них пальцев.
 - нелепые ответы(мимоответы) (что у него одна рука, восемь пальцев на руках и т.д., дважды два - пять)
 - таращат глаза, рот у них полуоткрыт.
 - Они не узнают предметов и не могут ими пользоваться.
 - отказываются ходить и стоять, падают, когда их ставят на ноги
 - впадают в состояние ступора, молча и неподвижно лежат
 - обычно пассивном подчиняются требованиям персонала.
 - От еды они не отказываются
- Обращает на себя внимание утрата тех навыков и знаний, которые являются настолько прочными, что по закону Рибо должны сохраняться даже при очень глубоком органическом слабоумии.**

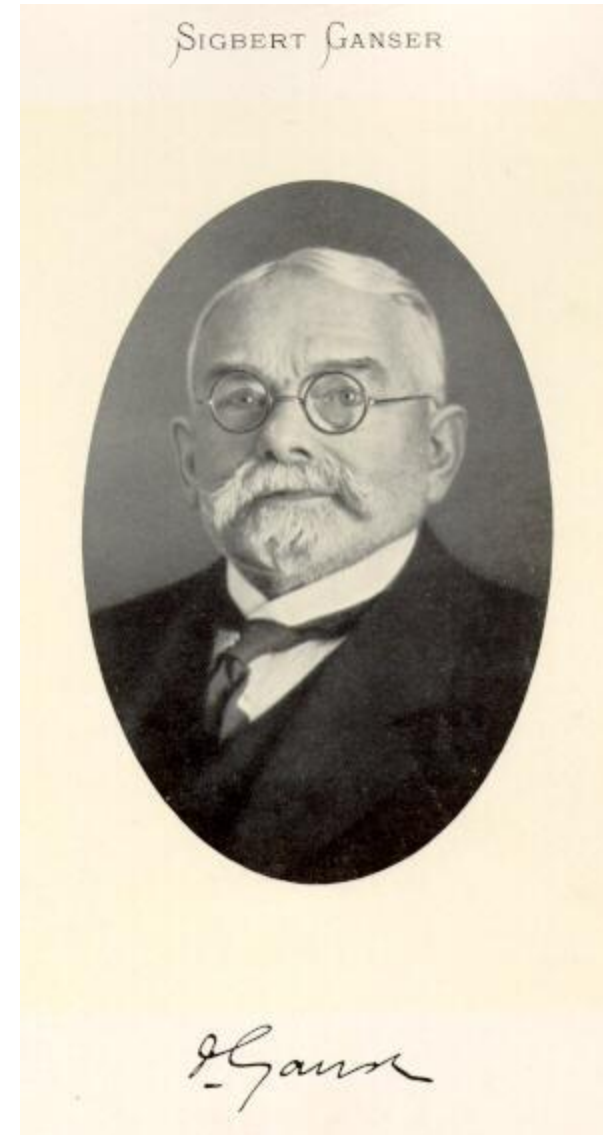


Истерическое сумеречное расстройство (фуга, транс, ступор, F44.1-F44.3).

- Возникает внезапно в связи с психотравмой,
- сопровождается нарушением ориентировки
- нелепыми действиями,
- иногда яркими галлюцинациями, отражающими психотравмирующую ситуацию.
- По миновании психоза отмечается амнезия.
- Обычно наблюдается нарушение ориентировки: больные не могут сказать, где находятся, путают время года.

Синдром Ганзера

«...больные на самые простые вопросы не в состоянии ответить правильно, хотя по характеру их ответа видно, что они понимают смысл предлагаемых им вопросов; в своих ответах они обнаруживают поразительное невежество и исчезновение сведений, которыми наверное обладали и обладают...» (S. Ganser)



Синдром Ганзера

- Неспособность дать правильные ответы
- Миморечь, мимоговорение
- детскость,
- Дезориентировка
- Могут наблюдаться галлюцинации.

Синдром Ганзера

- «Сколько у вас носов?»
- «Не знаю».
- «Есть у вас нос?»
- «Не знаю».
- «Есть ли у вас глаза?»
- «Я не имею глаз».
- «Сколько у вас пальцев?»
- «Одиннадцать».
- «Сколько ног у лошади?»
- «Три».—
- «А у слона?»
- «Пять»,

СИНДРОМ «ОДИЧАНИЯ»

- Больные ведут себя как животные, ходят на четвереньках, подбирают несъедобные предметы с земли, поедают их, мычат что-то непонятное.

Лакают еду из тарелки, воют, как волки, скалят зубы,

пытаются укусить.



- Типичный бред при истерических психозах развивается редко, чаще наблюдаются **бредоподобные фантазии** в виде ярких, нелепых, эмоционально окрашенных высказываний, которые **очень изменчивы по фабуле, нестойки, легко обрастают новыми подробностями, особенно когда собеседник проявляет к ним интерес.**

Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, В.В. Чирко, М.А. Кинкулькина,
«Психиатрия и наркология», 2006 г

- Длительность болезненного периода при истерических психотических состояниях различная — они могут продолжаться **от нескольких дней, недель до нескольких лет.** Прогноз в основном благоприятный, наступает полное выздоровление, но могут быть **постреактивные изменения личности** с формированием патохарактерологических признаков с повышенной раздражительностью, возбудимостью или астенией.

Реактивный параноид (F23.31)

- бредовый психоз, как реакция на психологический стресс
- Чаще всего появлению психоза предшествует ситуация неопределенности, когда само несчастье еще не случилось, но оно как бы «нависает» над человеком и может настичь его в любой момент.

Реактивный параноид (F23.31)

Возникающие идеи преследования соответствуют реальной опасности, пациенты убеждены в том, что им грозит преследование, наказание, они воспринимают случайные замечания окружающих как признак того, что попали под подозрение, так что в содержании бредовых идей отношения, преследования, галлюцинаторных переживаниях постоянно отражается психотравмирующая ситуация.



Реактивный параноид (F23.31)

- В формировании реактивного параноида играет значительную роль преморбидный склад личности больного.
- Болезнь может продолжаться от нескольких месяцев до года и более.

Реактивный параноид (F23.31)

- Особую форму представляет **железнодорожный параноид**, описанный С.Г. Жислиным (1934). Здесь в качестве психотравмирующей ситуации выступает поездка по железной дороге, быстрая смена обстановки, мелькание людей, посторонние разговоры, которые начинают трактоваться по бредовому типу как преследование какими-то организациями, шпионами и т.д. **У больных возникают страх, тревога, возбуждение, что и становится причиной их госпитализации.**

Реактивные депрессии

В 1910 году Е. Раисе выделил психогенные депрессии, именно на этой модели рассмотрев основные особенности всех психогенных болезней. К. Бирнбаум (1918) подчеркнул, что **переживания таких больных «центрированы» на психотравмирующих обстоятельствах и на всем протяжении болезни сохраняют зависимость от них.**



Реактивные депрессии



- Ю.В. Каннабих (1929) отмечал, что психогенная депрессия может развиваться у здоровых лиц.
- К. Шнайдер (1955) рассматривал «невротическую депрессию» как самостоятельную форму заболевания.
- А. Кильхгольц (1977) отмечал нозологическую общность невротической и реактивной депрессии, выделяя депрессию истощения как один из вариантов реактивной депрессии.

Реактивные депрессии

- При возникновении РД большую роль играют **особенности психотравмирующего фактора**, который определяется как **невозвратимая потеря** (смерть родных, близких), **тяжелый конфликт** в семье (развод, супружеская неверность) или на работе (притеснения, наносящие удар по престижу, угроза «разоблачения») и др.

Реактивные депрессии

- Подавленность
- чувство безысходности, безнадежности
- Слезливость
- бессонница,
- различные вегетативные расстройства.
- Сознание больных полностью сосредоточено на событиях случившейся с ними беды, всех ее обстоятельств. Эта тема становится доминирующей, принимает характер сверхценной идеи негативного содержания,
- больные охвачены полным пессимизмом.

Реактивные депрессии

- Основная фабула сохраняет свою актуальность даже тогда, когда депрессия затягивается и становится сама по себе менее яркой.
- Случайная ассоциация может усилить болезненные воспоминания, подавленность, даже вспышки проявлений отчаяния.

Реактивные депрессии

- Чаще всего при постепенной стабилизации реактивной депрессии гнетущие воспоминания повторяются в сновидениях «кошмарного» характера.



Реактивные депрессии

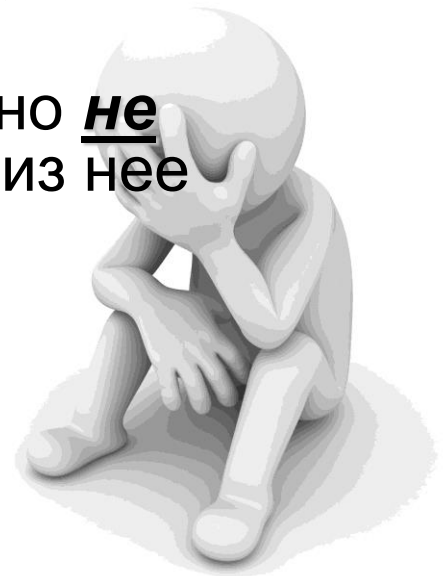
- Витальные проявления при реактивной депрессии обнаруживаются не так ярко и четко, как в случаях эндогенных фаз. У этих больных сохраняется критическое понимание и оценка своего состояния,
- **отличительной особенностью является направленность вектора вины не на себя, а на окружающих.**
- **Отличие от эндогенной депрессии обнаруживается и в том, что интенсивность психогенных депрессивных проявлений связана с конкретно складывающейся ситуацией.**

Реактивные депрессии

- **Признаки идеаторной и моторной заторможенности** проявляются, в основном, лишь **на ранних этапах** реактивной депрессии. Сразу вслед за случившимся несчастьем, сверхмощным стрессом больной как бы «окаменевают», делает все автоматически, внутренне остается при этом ко всему безучастным; при этом нет слез, бурных эмоциональных проявлений чувств, отмечается «уход в себя», молчаливость.
- И только затем развивается «выразительная» картина реактивной депрессии.

Реактивные депрессии

- В соответствии с преобладающими симптомами можно выделить **истерическую психогенную депрессию с демонстративностью, эксплозивностью (П.И. Фелинская, 1968), тревожную депрессию и истинно депрессивные реакции.**
- Понятно, что особый колорит этих вариантов связан с индивидуальным преморбидом (истерики, тревожно-мнительные, циклоиды).
- Длительность реактивной депрессии обычно **не превышает нескольких месяцев**, выход из нее постепенный, через этап астении.

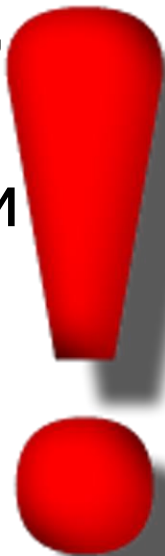


Депрессивно-параноидное состояние

- может развиваться после тяжелой психогении как реактивный психоз. Это состояние развивается подостро. В периоде продрома наблюдается заострение личностных особенностей, больные испытывают **страх, тревогу, отмечается подозрительность**. В дальнейшем развиваются **идеи отношения, бредовые идеи преследования с фабулой, отражающей психогенную ситуацию**.

Депрессивно-параноидное состояние

- При галлюцинаторно-бредовой манифестации наряду с идеями отношения, преследования возникают **слуховые галлюцинации**. Вербальные галлюцинации обычно **истинные**, при затяжных реактивных депрессивных психозах могут возникать **псевдогаллюцинации**. Содержание слуховых галлюцинаций тесно переплетается с ситуационными коллизиями, носит обычно **угрожающий характер**.



Депрессивно-параноидное состояние

- Депрессивно-параноидные состояния протекают, как правило, в течение длительного времени, при рецидивирующих вариантах длительность колеблется **от месяца до двух-трех лет.**

Дифференциальная диагностика реактивных психозов

- Против шизофрении свидетельствует отсутствие личностной прогрессивности и признаков нарушений мышления, аутизма, выход из психоза с сохранением всех основных свойств личности, адекватной эмоциональности
- Кроме того, во всех случаях реактивных психозов определяются признаки триады Ясперса.

Дифференциальная диагностика реактивных психозов

- Эндогенные аффективные психозы отличает аутохтонный характер, развитие депрессивного симптомокомплекса, реактивная депрессия определяется фабулой имевшей место психогении.

Список литературы

- Б.Д. Цыганков, С.А. Овсянников «руководство для врачей», 2011 год.
- Н.Н. Иванец, Ю.Г Тюльпин, В.В. Чирко, М.А. Кинкулькина, «Психиатрия и наркология», 2006 г
- ЭЛЕКТРОННЫЙ УЧЕБНИК «ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ», кафедра психиатрии ПСПБГМУ
- *Большая медицинская энциклопедия. 1970.*