

Реактивные психозы (реактивные состояния)

Квантованный учебный текст с заданиями в тестовой
форме к электронному курсу по психиатрии
для студентов медицинских вузов

Кайратбек Сарсембаев,
*доктор медицинских наук, профессор,
Казахский национальный медицинский
университет имени С.Д. Асфендиярова
kairatbek60@gmail.com*

Определение

Реактивные психозы (реактивные состояния) — это выраженные психические расстройства, возникающие на тяжёлый эмоциональный стресс, имеющий особую значимость для индивидуума, представляющий угрозу для его жизни, благополучия. Так же как и неврозы, относится к психогенным расстройствам.

Однако, в отличие от неврозов их клинические проявления характеризуются остротой и многообразием, достигая уровня психоза. Больные ведут себя неадекватно ситуации, утрачивают контроль над своими действиями, поведение их хаотично, бессмысленно, порой опасно для себя и окружающих. Критическая оценка состояния отсутствует. Все это может сопровождаться бредом, галлюцинациями, кататоническими расстройствами с помрачением сознания.

Общая характеристика

Реактивные состояния в зависимости от клинических проявлений подразделяются на острые (аффективно-шоковые реакции) и затяжные. Происходит расстройство деятельности центральной нервной системы, которое приводит к резкому ограничению, а в ряде случаев — и к исключению разумной деятельности человека в стрессовой ситуации.

Продолжительность реактивных психозов различна — от нескольких часов до нескольких дней, недель и месяцев. Прогноз благоприятный, обычно выздоровление.

Острая реакция на стресс (аффективно — шоковая реакция)

Она возникает в ответ на неожиданную, экстремальную, угрожающую жизни больного стрессовую ситуацию (пожар, землетрясение, террористический акт и т.п.). Это проявляется в виде возбуждения или заторможенности, вплоть до мышечного оцепенения (ступора) с помрачением сознания. После выхода из состояния психоза наблюдается полная либо частичная

амнезия. Аффективно-шоковые реакции наряду с двигательными и эмоциональными расстройствами сопровождаются вегетативной симптоматикой в виде нарушения сердечно — сосудистой деятельности, тахикардии, потливости, расширения зрачков, желудочно-кишечными расстройствами.

Острая реакция на стресс с возбуждением (реактивное возбуждение)

Возникает непосредственно вслед за угрожающей жизни стрессовой ситуацией и характеризуется хаотичным, беспорядочным психомоторным возбуждением с паническими, немотивированными действиями, бесцельной двигательной активностью, часто во вред самому индивидууму. Например, во время пожара многоэтажного здания они могут выбраться из окна, хотя в это время угрозы для жизни могло не быть. Возбуждение сопровождается помрачением сознания с нарушением ориентировки и последующей амнезией. Продолжительность острого реактивного психоза обычно от нескольких минут до нескольких часов.

Острая реакция на стресс, с заторможенностью, ступором (реактивный ступор)

Так же как и реактивное возбуждение, наступает непосредственно, в связи со стрессовой ситуацией, представляющей угрозу жизни. Она может сопровождаться как заторможенностью действий, движений, тяжестью в теле, ногах, так и полной обездвиженностью (ступором). Больной не может говорить, сдвинуться с места, как говорят, «остолбенел, онемел от ужаса». На высоте состояния ступора может возникнуть помрачение сознания, с после-

дующей амнезией периода психоза. Психоз кратковременен, от нескольких минут до нескольких часов.

Истерические психозы включают группу психопатологических расстройств, возникающих у лиц при угрозе уголовного наказания. Часто встречаются в судебно-психиатрической практике, а также в военное время. Возникновению данных психозов предрасполагает истерический склад личности пациента, характеризующийся повышенной внушаемостью и самовнушаемостью, с конверсией внутренней тревоги в демонстративные формы поведения, чаще на фоне органической неполноценности головного мозга.

Общая клиническая характеристика

Истерические психозы характеризуются многообразием клинических проявлений. Это могут быть психомоторное возбуждение и ступор, помрачение сознания, судороги, расстройства мышления, бредоподобные фантазии и галлюцинации, конфабуляции и амнезии. Наряду с этим довольно часто наблюдается психический регресс. Больные становятся дурашливы, беспомощны, ведут себя как дети, или же их поведение становится животным — лают, мяукают, пытаются укусить.

В судебно-психиатрической практике наиболее часто выделяют следующие формы истерических психозов: *псевдодеменция, пугрилизм, истерическое сумеречное расстройство сознания, синдром Ганзера.*

Псевдодеменция

Данный психопатологический феномен характеризуется внезапным поглупением пациента в стрессовой ситуации. Отмечается утрата простейших знаний, навыков и умений.

При этом выражение лица нарочито расстроенное, глупое, глаза широко раскрыты, таращит их, оглядываясь по сторонам.

Поведение их нарочито демонстративное. На простые вопросы даёт неправильные ответы, но в плане заданного, что свидетельствует о том, что больной правильно воспринимает вопрос. Они не могут произвести простой арифметический счёт. С выражением недоумения считают и пересчитывают сколько пальцев на руках. Вместо правого уха показывают левое и наоборот. Рубашку надевают на ноги, брюки как рубашку. Они производят впечатление ложно слабоумных, что и определило название синдрома.

В отличие от синдрома Ганзера не наблюдается сумеречного сужения сознания. Данная форма истерического психоза имеет более тяжёлое течение, в сравнении с остальными формами, и может продолжаться до нескольких месяцев.

Пуэрилизм

Так же как и предыдущая форма истерического психоза, довольно часто возникает в условиях тюремного заключения и сопровождается истерическим сужением сознания. В психотравмирующей ситуации в поведении, движениях, гримасах, речи больных появляется детскость. Они начинают вести себя как маленькие дети: говорят шепеляво с сюсюканием, детским голосом, передразнивают окружающих. Громко расппевают детские песенки, не выговаривая отдельных букв. Просят взять их «на ручки, на коленки, погладить по головке», поиграть с ними. При отказе, как маленькие дети, демонстративно обижаются, хнычут, плачут, топают ногами. По комнате не ходят, а бегают, как маленькие дети, называя окружающих «дяденьки, тетеньки».

Мужчины ползают по полу, надувая щеки пыхтят, имитируя движение машины или паровоза. Жен-

щины играют в куклы, сделанные из подручных материалов. Возможно сочетание пуэрилизма с псевдодеменцией.

Истерическое сумеречное расстройство сознания

Данное расстройство сознания возникает остро, в связи с тяжёлой психотравмирующей ситуацией (обычно внезапная потеря близких). Происходит резкое сужение сознания с наплывом ярких образных представлений, галлюцинаций, отражающих стрессовую ситуацию. Все это сопровождается нарушением ориентировки, отсутствием критики к своему поведению.

При этом больной, как правило, в благоприятном ракурсе переживает сложившуюся ситуацию. Например, известие о гибели близкого человека воспринимает как его приезд и с весёлым видом, выказывая радость, хлопчет по дому, накрывая на стол, приглашая окружающих принять участие в «празднике».

На действия, слова утешения окружающих не обращает внимания, считая их «глупостями». Психоз обычно продолжается от нескольких часов до нескольких недель. Выход из психоза сопровождается амнезией.

Синдром Ганзера

Данный синдром был описан С. Ганзером (1898) у подследственного, в тюремных условиях, и обычно назывался «тюремным психозом». Клинические проявления такого психоза напоминают проявления псевдодементного синдрома и пуэрилизма. Однако в отличие от них при синдроме Ганзера все расстройства протекают на фоне сумеречного состояния сознания. Больные дезориентированы во времени, месте. Они не узнают окружающих. Ответы на вопросы характеризуют-

ся выраженной нелепостью. Психоз обычно непродолжителен, редко затягивается на несколько недель. После выхода из психоза наблюдается амнезия.

Затяжные реактивные состояния. Реактивная депрессия

Данное расстройство является наиболее частой формой реакции личности на тяжёлую психогенную ситуацию. В клинической картине наблюдается доминирование депрессии над всеми остальными переживаниями, свойственными людям при данной психической травме. Фон настроения снижен. Больные подавлены, заторможены с чувством безысходности. Мысли постоянно о сложившейся ситуации, и о причине, вызвавшей её. Если это смерть близкого человека, то возникают идеи самообвинения, самоуничужения, вплоть до суицидальных мыслей. Они обвиняют себя в черствости, бездушности по отношению к умершему, считая себя виновными в его смерти. Больные не могут спать, нетрудоспособны. Ни с кем не общаются, подолгу сидят в одиночестве, ссутулившись в однообразной позе с согнутой спиной, опущенными вниз плечами, руками. У больных утрачивается аппетит, они не едят, теряют массу тела. У них наблюдается сухость кожи, запоры, тахикардия, повышается артериальное давление. Отсутствие должного наблюдения, своевременной госпитализации может привести к суициду. Длительность реактивной депрессии — от нескольких недель до нескольких месяцев. Прогноз обычно благоприятный.

Реактивный параноид

Данное расстройство обычно развивается как реакция на ситуацию, представляющую реальную угрозу жизни, благополучию личности.

Обычно это иноязычная среда, внезапная смена обстановки, военная обстановка, длительные железнодорожные переезды, тюремная ситуация, рейдерские нападения и т.п. Реактивный параноид характеризуется возникновением ошибочных идей отношения, преследования, в которых находит отражение сложившаяся психогенная обстановка.

Варианты течения реактивного параноида

Эти идеи могут носить как сверхценный, так и бредовый характер.

При *сверхценном характере* идеи преследования и отношения основаны на реальном факте, эмоционально насыщены, но доступны коррекции.

При *бредовом варианте* эти идеи носят ошибочный характер, полностью овладевают сознанием больного и не поддаются переубеждению. Часто сопровождаются иллюзорными, галлюцинаторными переживаниями, в которых находит отражение психотравмирующая ситуация.

Поведение больного соответствует бредовой интерпретации окружающего и не корректируется окружением, включая и близких ему людей. Критическая оценка своего поведения, сложившейся ситуации со стороны больного полностью отсутствует. В данном состоянии, в зависимости от содержания бреда, больной может представлять опасность как для себя, так и для окружающих его людей. При благоприятном исходе психогенной ситуации наступает редукция реактивного параноида.

Принципы лечения реактивных состояний

Клиническая выраженность, острота проявления реактивных состояний предполагает назначение препаратов, снижающих аффективную напряженность. Тем самым преду-

преждается дальнейшее развитие других, более сложных синдромов психотического уровня.

При *начальных проявлениях*, характеризующихся тревогой, беспокойством, расстройством сна, целесообразно назначение транквилизаторов — фенозепам, тазепам, реланиум, диазепам, лоразепам.

При *психомоторном возбуждении с бредом, галлюцинациями* необходимо назначение нейролептиков, как фенотиазинового (аминазин, тизерцин, трифтазин), так и бутирофенонового ряда (галоперидол, триседил).

При *депрессии* необходимо назначение антидепрессантов. Наряду с психотропной терапией необходимо проведение общеукрепляющего лечения, так как выход из психоти-

ческого состояния сопровождается постпсихотической астенией.

Острые реакции на шок обычно непродолжительны и с устранением психотравмирующей ситуации проходят самостоятельно, без специального лечения и наблюдения психиатра.

При *затяжных реактивных состояниях*, наряду с устранением психотических расстройств, необходимо проведение реабилитационных мероприятий.

На всем этапе лечебно-реабилитационного процесса необходимо проведение психотерапии, направленной как на устранение психотравмы, так и на формирование адаптационных механизмов к последствиям психотравмирующей ситуации.

Задания в тестовой форме

Вашему вниманию предлагаются задания, в которых могут быть один, два, три и большее число правильных ответов. Нажимайте на клавиши с номерами всех правильных ответов.

1. РЕАКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ, В ОТЛИЧИЕ ОТ НЕВРОТИЧЕСКИХ,

- 1) развиваются как реакция на тяжёлый эмоциональный стресс
- 2) представлены психотическим уровнем расстройств
- 3) контролируются сознанием больного
- 4) представляют опасность для больного и окружающих
- 5) не требуют неотложной госпитализации
- 6) купируются транквилизаторами
- 7) протекают с расстройством сознания
- 8) характеризуются непсихотическим регистром расстройств

2. ПРИ РЕАКТИВНЫХ СОСТОЯНИЯХ, В ОТЛИЧИЕ ОТ НЕВРОЗОВ, БОЛЬНЫЕ

- 1) ведут себя неадекватно ситуации
- 2) критически оценивают ситуацию
- 3) утрачивают контроль над своими действиями
- 4) ведут себя соответственно ситуации
- 5) действия больных опасны для себя и окружающих
- 6) действуют бессмысленно
- 7) ведут себя хаотично
- 8) имеют расстройства психики непсихотического характера
- 9) наблюдаются расстройства сознания
- 10) прогноз неблагоприятный

3. РЕАКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ (РЕАКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ)

- 1) — это выраженные психические расстройства
- 2) — это пограничные психические расстройства
- 3) возникают на тяжёлый эмоциональный стресс
- 4) характеризуются остротой проявлений
- 5) не представляют опасность для окружающих
- 6) контролируются сознанием больного
- 7) относятся к психогенным заболеваниям
- 8) — это невротический уровень расстройств

4. В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ АФФЕКТИВНО–ШОКОВОЙ РЕАКЦИИ НАБЛЮДАЮТСЯ

- 1) беспорядочное психомоторное возбуждение
- 2) бесцельная двигательная активность
- 3) мотивированные действия
- 4) вегетативная симптоматика
- 5) заторможенность действий
- 6) адекватность поведения ситуации
- 7) полная обездвиженность
- 8) невротические расстройства

5. РЕАКТИВНОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) паническими, немотивированными действиями
- 2) мотивированным психомоторным возбуждением
- 3) возбуждением с помрачением сознания
- 4) хаотичностью, беспорядочностью поведения
- 5) полной обездвиженностью больного
- 6) бредоподобными фантазиями
- 7) внезапным поглуплением пациента
- 8) нарушением ориентировки больного

6. В КЛИНИКЕ ОСТРОЙ РЕАКЦИИ НА СТРЕСС С ЗАТОРМОЖЕННОСТЬЮ И СТУПОРОМ НАБЛЮДАЮТСЯ

- 1) хаотичные немотивированные действия
- 2) заторможенность действий, движений
- 3) идеи самообвинения, самоуничтожения
- 4) полная обездвиженность больного
- 5) тяжесть в теле, ногах
- 6) помрачение сознания
- 7) сниженный фон настроения
- 8) амнезия периода психоза

7. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ИСТЕРИЧЕСКИХ ПСИХОЗОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) психомоторным возбуждением и ступором
- 2) бредоподобными фантазиями и галлюцинациями
- 3) целесообразностью и осознанностью действий
- 4) неврозоподобными расстройствами
- 5) сумеречным сужением сознания
- 6) демонстративностью поведения
- 7) рациональностью суждений
- 8) сохранностью критики больного
- 9) психическим регрессом
- 10) конфабуляциями

8. ПСЕВДОДЕМЕНТНЫЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) беспорядочным психомоторным возбуждением
- 2) нарочито демонстративным поведением
- 3) осмысленным выражением лица
- 4) аффектом недоумения
- 5) сумеречным сужением сознания
- 6) нарушением ориентировки

9. К ИСТЕРИЧЕСКИМ ПСИХОЗАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) острая реакция на стресс с возбуждением
- 2) острая реакция на стресс заторможенностью
- 3) острая реакция на стресс со ступором
- 4) аффективно – шоковая реакция
- 5) реактивный параноид
- 6) синдром Ганзера
- 7) псевдодеменция
- 8) пуэрилизм

10. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПУЭРИЛИЗМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) изменением эмоционального фона
- 2) бредовым восприятием окружающего
- 3) истерическим сужением сознания
- 4) глупым выражением лица
- 5) необъяснимым беспокойством
- 6) нарастанием тревоги
- 7) детскостью поведения
- 8) демонстративностью поведения
- 9) сохранностью критики
- 10) наличием галлюцинаций

11. ИСТЕРИЧЕСКОЕ СУМЕРЕЧНОЕ РАССТРОЙСТВО СОЗНАНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) наплывом ярких образных представлений
- 2) наплывом ярких образных галлюцинаций
- 3) сохранностью критики к своему поведению
- 4) беспорядочным психомоторным возбуждением
- 5) резким сужением сознания
- 6) нарушением ориентировки
- 7) невротической симптоматикой
- 8) остротой развития

12. В КЛИНИКЕ СИНДРОМА ГАНЗЕРА НАБЛЮДАЮТСЯ

- 1) нарушение ориентировки больного во времени
- 2) нарушение ориентировки больного в месте
- 3) делириозное расстройство сознания
- 4) онейроидное состояние сознания
- 5) сумеречное состояние сознания
- 6) нелепое демонстративное поведение
- 7) идеи преследования
- 8) амнезия периода психоза

13. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РЕАКТИВНОЙ ДЕПРЕССИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1) доминированием депрессии над остальной симптоматикой
- 2) нелепостью, неадекватностью поведения больного
- 3) преобладанием бреда воздействия
- 4) доминированием идей самообвинения
- 5) снижением массы тела, сухостью кожи
- 6) снижением артериального давления
- 7) склонностью к суициду
- 8) бредом интерметаморфоза
- 9) амнезией периода психоза
- 10) заторможенностью больного

14. К СОМАТИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ДЕПРЕССИИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) сниженный фон настроения больного
- 2) снижение и утрата аппетита
- 3) повышение артериального давления
- 4) наличие идей самоуничужения
- 5) снижение, отсутствие трудоспособности
- 6) подавленность, заторможенность больного
- 7) высокий риск суицидов
- 8) сухость кожных покровов
- 9) тахикардия, запоры
- 10) снижение массы тела

15. КЛИНИКА РЕАКТИВНОГО ПАРАНОИДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) бесцельной двигательной активностью
- 2) галлюцинаторными переживаниями
- 3) бредовыми идеями самообвинения
- 4) бредовыми идеями преследования
- 5) немотивированными действиями
- 6) бредовыми идеями отношения
- 7) иллюзорными переживаниями
- 8) осознанием своих действий
- 9) сверхценными идеями преследования, отношения
- 10) амнезией периода психоза

16. ПРИ ПСИХОМОТОРНОМ ВОЗБУЖДЕНИИ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1) реабилитационных мероприятий
- 2) общеукрепляющего лечения
- 3) физиологических процедур
- 4) антидепрессантов
- 5) психостимуляторов
- 6) нейролептиков
- 7) психотерапии
- 8) тизерцина