

**Реактивные состояния,
психические расстройства в
экстремальных ситуациях.
Принципы терапии и
профилактики психогений**

Профессор О.Ю. Ширяев

Лек. №9

- Под психогенными заболеваниями понимают различные расстройства психической деятельности, включающие острые и затяжные психозы, психосоматические нарушения, неврозы, аномальные реакции (патохарактерологические и невротические) и психогенное развитие личности, возникающее под влиянием психической травмы или в психотравмирующей ситуации.

Реактивные психозы

- болезненное расстройство психики, возникающее под влиянием психической травмы и проявляющееся целиком или преимущественно неадекватным отражением реального мира с нарушением поведения, изменением различных сторон психической деятельности с возникновением не свойственных нормальной психике явлений (бред, галлюцинации и др.).

Реактивные психозы

- 1) аффективно-шоковые реакции, возникающие обычно при глобальной угрозе жизни большим контингентам людей (землетрясения, наводнения, катастрофы и т.д.);
- 2) истерические психозы, которые возникают, как правило, в ситуациях, угрожающих свободе личности;
- 3) психогенные психотические расстройства (параноиды, депрессии), обусловленные субъективно значимыми психическими травмами, т.е. психическими травмами, имеющими значение для определенной личности.

Аффективно-шоковые реакции

- Это кратковременные психотические состояния, возникающие в ситуациях, остро угрожающих жизни. Они характеризуются переживанием ужаса, отчаяния, глубоким аффективно-суженным состоянием сознания, из-за чего утрачивается контакт с окружающими, двигательными и вегетативными расстройствами.

Аффективно-шоковые реакции

- *Гипокинетический вариант* характеризуется внезапно возникшей в травмирующей ситуации двигательной заторможенности («остолбенел от страха»), достигающей в ряде случаев полной обездвиженности и мутизма (аффектогенный ступор). В таком состоянии больные не воспринимают окружающее, на лице у них выражение страха, ужаса, глаза широко открыты, кожные покровы чаще бледные, покрыты холодным потом, наблюдаются непроизвольное мочеиспускание, дефекация. Воспоминания об этом периоде у больных отсутствуют.
- *Гиперкинетический вариант* отличается острым психомоторным возбуждением — «двигательной бурей» по Э.Кречмеру. Больные бесцельно мечутся, стремятся куда-то бежать, движения хаотичны, нецеленаправленны. На лице у них выражение ужаса, они часто издают нечленораздельные звуки, кричат, рыдают. Состояние сопровождается выраженными вегетативными реакциями: тахикардией, потливостью, бледностью или гиперемией кожных покровов, непроизвольными мочеиспусканием и дефекацией. Воспоминания об этом периоде не сохраняются.

Истериические психозы

- *псевдодеменция*
- *пуэрилизм*
- *синдром Ганзера*
- *синдром бредоподобных фантазий*
- *синдром регресса психики («одичания»).*

Псевдодеменция

- Относительно легким и неглубоким из истерических расстройств считается псевдодеменция. Обычно через несколько недель после привлечения человека к ответственности и в ожидании наказания поведение его становится неправильным. Он перестает правильно отвечать на вопросы, с нарочито расстроенным выражением лицам оглядывается по сторонам, таращит глаза, как бы изображая слабоумного и беспамятного. На простые вопросы дает нелепые ответы, но, как правило, по содержанию вопроса. Неправильные ответы иногда сочетаются с неправильными действиями: так, больной, успешно совершая более сложные движения, не может отпереть ключом дверь, открыть коробку спичек и совершить другие простейшие операции. Типичной особенностью псевдодементного состояния является контраст между неправильными ответами, поступками и действиями в простых обстоятельствах при одновременном сохранении сложных решений и действий.

- **Пуэрилизм.** Пуэрилизм (от лат. *puer* — дитя, ребенок) также возникает под влиянием психической травмы и сопровождается < истерическим сужением сознания. Речь больных становится дет- ' ской, они говорят с детскими интонациями, шепелявят, иногда не выговаривают отдельные буквы, неправильно, как дети, произносят слова, обращаясь к окружающим, называют их «дяди» и «тети», заявляют, что хотят «на ручки», «в кроватку». В движениях, гримасах также проявляется детскость. Больные суетливы, дотрагиваются до всех предметов, не ходят, а бегают мелкими детскими шажками. Аффективные реакции сопровождаются детской мимикой. Они надувают губы, хнычут, сосут пальцы, топают ногами, когда им что-то не дают, играют коробочками, катают их, как машинки.
- Псевдодеменция и явления пуэрилизма могут наблюдаться и при остром истерическом сумеречном расстройстве сознания, которое было описано С.Ганзером в 1897 г. и с тех пор называется синдромом Ганзера.

Синдром Ганзера

- Характеризуется истерическим сумеречным помрачением сознания с преобладанием в клинической картине явлений мимоговорения (неправильные ответы на вопросы).

Бредоподобные фантазии (бредоподобные идеи)

- возникающие у больных реактивным психозом идеи преследования, величия, реформаторства, обвинения и самообвинения и т.д., содержание которых изменяется в зависимости от внешних обстоятельств. В отличие от бреда при бредоподобных фантазиях у больного отсутствует убежденность в этих идеях; они сопровождаются театральностью поведения. Больные рассказывают о своих изобретениях, открытиях, космических полетах, богатствах, успехах, иногда пишут научные труды. В содержании высказываний прямо или косвенно звучит травмирующая ситуация. На период бредоподобных фантазий может наблюдаться полная или частичная амнезия. В процессе развития истерического психоза бредоподобные фантазии могут возникнуть после псевдодементного поведения или пуэрилизма, при утяжелении психоза после бредоподобных фантазий могут появиться псевдодементные или пуэрильные формы поведения.

Синдром регресса психики («одичания»)

- Этим термином обозначают возникающее на фоне истерического расстройства сознания поведение больного, напоминающее повадки животного. Больной не носит белье, бегает на четвереньках, лакает из миски, издает нечленораздельные звуки, проявляет агрессивность, кусается, рычит, пищу обнюхивает, при приближении скалит зубы, принимает угрожающую позу.

Реактивные депрессии

- Простая
- Истерическая
- Тревожная

Простая депрессия

- Не наблюдается аффективно-шоковой реакции, вся клиническая картина исчерпывается депрессивными расстройствами, тоскливое настроение обычно сопровождается двигательной заторможенностью, медленней течения мыслительных процессов. Все переживания сконцентрированы на случившемся, отвлечь внимание, переключить мысли на другие события обычно не удастся. Будущее рисуется в мрачных красках, возникают идеи самообвинения. Тоскливое настроение усиливается к вечеру и при оживлении воспоминаний о психотравмирующей ситуации (беседа, встреча с людьми, посещение тех мест, где произошло несчастье, кладбища и т.д.).

Истерический вариант депрессии

- Аффект тоски бывает менее глубоким, сочетается с недовольством, раздражительностью и капризностью. Тоска сопровождается демонстративным поведением, театральностью, стремлением вызвать к себе сочувствие окружающих. Идеи самообвинения, как правило, не бывает или они носят нарочитый, демонстративный характер. Чаще имеется тенденция обвинять окружающих в своих несчастьях. На фоне депрессии могут наблюдаться истерические «стигмы», расстройства походки, блефароспазм, параличи, афония и др. Психогенные галлюцинации обычно яркие и сценоподобны: больные могут видеть целые сцены, связанные с психической травмой, или умершего родственника, разговаривают с ним, кормят его и т.д.

Тревожная депрессия

- Наиболее часто наблюдаются аффективно-шоковые реакции гиперкинетического типа. Нарастающая депрессия сопровождается двигательным беспокойством, тревогой до ажитированных приступов отчаяния. Эти больные наиболее опасны в отношении совершения самоубийств.
- Выделяют два варианта реактивной депрессии: так называемую *открытую*, при которой имеются все признаки депрессивного состояния с переживанием тоскливого настроения, слезливостью, заторможенностью, фиксацией на несчастье, и *диссимулятивную*, при которой отсутствуют активные жалобы на тоску, больные стараются не говорить о травмирующей ситуации, держатся тихо и незаметно. Переживания не раскрывают. Суицидальные мысли скрываются, суицидальные попытки готовятся и часто оказываются неожиданными для окружающих.

Реактивные (психогенные) параноиды

- Реактивным параноидом называют бредовый психоз, возникающий вследствие психической травмы.

Острый реактивный параноид

- обычно предшествует период выраженной тревоги, беспокойства, «предчувствия несчастья». Затем остро возникает бред отношения, преследования, особого значения, сопровождающийся галлюцинациями. Наблюдается более или менее выраженное изменение сознания по типу аффективно-суженного.
- В бредовых идеях отражается содержание травмирующей ситуации. Настроение тревожно-тоскливое с выраженным аффектом страха. В этом состоянии больные могут быть возбуждены. На высоте психоза наблюдаются расстройства сна. Иногда по ночам возникают устрашающие зрительные галлюцинации. Возможны суицидальные тенденции, «чтобы избежать наказания».

Реактивное паранойяльное бредообразование

- характеризуется возникновением сверхценных или паранойяльных идей, не выходящих за рамки психотравмирующих обстоятельств. По содержанию могут быть идеи ревности, изобретательства, ипохондрические, которые часто сопровождаются сутяжными и кверулянтскими тенденциями. Больные обычно насторожены, подозрительны, тревожны. Тематика бреда психологически понятна и связана с реальными, конкретными ситуациями, обидой, ущемлением интересов, оскорблением их достоинства и т.д. Бред носит интерпретативный характер, в ситуациях, не связанных с бредом, длительное время сохраняется достаточно правильное поведение.

Индукцированный бред (индукцированное помешательство)

- такое болезненное состояние, при котором бред, чаще преследования, возникает как результат передачи «заражения» от одного лица к другому. Индуктором обычно бывают лица, страдающие психическим заболеванием, например параноидной шизофренией. Индукцированию подвергаются близкие люди, находящиеся под влиянием больного и эмоционально к нему привязанные, интеллектуально ограниченные, пассивные, легко внушаемые, неспособные правильно оценить ситуацию.

Посттравматическое стрессовое расстройство

- Психические нарушения, возникающие при стихийных бедствиях и катастрофах, по DSM-3-R называются посттравматическими стрессовыми расстройствами, по МКБ-10 они относятся у кругу невротических, стрессовых и соматоформных расстройств.

Периоды ПТСР

- *Первый период* характеризуется преобладанием переживаний страха, ужаса при угрозе собственной жизни и гибели близких. Стрессорное воздействие в это время вызывает неспецифические, внеличные психогенные реакции, затрагивающие главным образом жизненные инстинкты. Психические расстройства выражаются преимущественно реактивными психозами, а также непсихотическими психогенными реакциями.
- Во *втором периоде* (во время развертывания спасательных работ) в формировании психических расстройств значительная часть принадлежит личностным особенностям пострадавших, осознанию ими жизнеопасной ситуации, ожиданию новых стрессовых воздействий, переживаний в связи с потерей близких, жилищ, имущества. В начале второго периода превалирует эмоциональное напряжение, постепенно сменяющееся повышенной утомляемостью с астенической депрессивной или апатодепрессивной симптоматикой.
- *Третий период* начинается после эвакуации пострадавших в безопасные районы. В это время у многих происходит сложная эмоциональная и мыслительная переработка пережитой ситуации, обостряется горечь утрат и потерь. Стойкие психогенные нарушения непсихотического уровня могут возникать в связи с изменениями жизненного стереотипа, необходимостью проживать в условиях убежищ или в разрушенной местности. При этом нередки сомато-психические расстройства, обычно подострого характера.

Мероприятия по оказанию медицинской помощи пострадавшим с ПТСР

Первая медицинская помощь	Первая врачебная помощь	Специализированная медицинская помощь
<p>Успокаивающее горячее питье. При длительном возбуждении, неадекватных поступках в качестве крайней меры — фиксация носилкам.</p>	<p>Успокоение. При двигательном возбуждении — 2,5% раствор тизерцина или аминазина (2—3 мл); галоперидол (10-20 мг); 0,1% раствор феназепама (2 мл); литическая смесь; 2,5% раствор аминазина (2-3 мл) или 2,5% тизерцина (2 мл); 1% раствор димедрола (3 мл); при отсутствии гипотонии 25% раствор магния сульфата (5 мл).</p>	<p>В полном объеме в зависимости от особенностей заболевания и ведущего синдрома.</p>