

Реактивные психозы

Реактивные психозы

Реактивные психозы – психические заболевания, вызванные психической травмой и протекающие с психотической симптоматикой.

Наряду с термином ***«реактивные психозы»*** в литературе можно встретить термины ***«реактивные состояния»***, ***«психогенные реакции»***, ***«психогенные психозы»***, ***«ситуационные реакции»***, ***«экзистенциальные реакции»*** и др.

Реактивные психозы

Распространенность.

Точных данных о распространенности реактивных психозов в статистике гражданского здравоохранения нет, что объясняется, по мнению П.Г. Сметанникова (1986), различными принципами диагностики этих заболеваний. Зачастую они диагностируются, как истерические психозы. Статистические данные имеются лишь в отношении реактивной депрессии, которая по данным Г.Л. Воронкова (1981) составляет 59% от всех реактивных психозов. В мирное время реактивные психозы относятся к редкой форме психической патологии и составляют около 2% от всех военнопленных госпитализированных в психиатрические отделения.

Эпидемиология реактивные психозов

- Среди пограничных состояний частота возникновения реактивных психозов самая низкая.
- Наиболее часто возникают в возрасте от **20** до **49 лет** причем у женщин в два раза чаще , чем у мужчин.
- Наиболее частая форма – ***реактивная депрессия (59,2 %)***
- Наиболее редкая – ***истерический ступор (3,2%)***

Реактивные психозы

Клиника **реактивных психозов** характеризуется так называемой **триадой Ясперса** (Karl Theodor Jaspers - 23.02.1883 -26.02.1969) :

- 1. Психоз развивается в связи с психической травмой.**
- 2. Травма отражается в содержании психопатологических симптомов психоза.**
- 3. Психоз прекращается после ликвидации вызвавшей его психической травмы.**

Реактивные психозы

Патогенез:

1. Значимость травмы для данной личности.
2. Особенности структуры личности.
3. Прошлый жизненный опыт.
4. Социальные условия.
5. Условия при которых действует психическая травма.
6. Продолжительность психической травмы.
7. Интенсивность психической травмы
8. Повторность психической травмы.

Реактивные психозы

Патогенез:

а) Биологические подходы:

Психические травмы, являющиеся чрезмерными по силе раздражителям, вследствие резкого перенапряжения процессов возбуждения и торможения могут привести к их истощению и развитию гипнотических фаз, «больных пунктов» в коре большого мозга; возникают очаги инертного возбуждения.

В связи с эмоциональным напряжением возникает гиперадреналинемия и гиперкликемия, усиливается деятельность щитовидной железы.

При **реактивных психозах** нарушается функция гипофизарно-надпочечниковой системы, изменяется гомеостаз, усиливается секреторная деятельность, сужаются сосуды, артериальное давление. Происходит резкое возбуждение симпатической части вегетативной нервной системы, усиливается потребление кислорода, активируется основной обмен. Эндокринно-вегетативные сдвиги, вызванные психической травмой, можно охарактеризовать как **стрессовое состояние**.

На **ЭЭГ** определяется **снижение** амплитуды **α -ритма**.

По мнению психоморфологов, возникновение **реактивных психозов** связано с поражением продкорковых областей мозга.

Реактивные психозы

Патогенез:

б) Психологические подходы:

Современные последователи З. Фрейда считают реактивные психозы следствием вытеснения энергии в подсознательное нереализованных сексуальных комплексов.

Сторонники **психодинамического направления** в основе **реактивных психозов** видят изживание внутреннего конфликта, реакцию личности на ранние этапы онтогенеза

Сторонники **конституционально-типологического** направления полагают, что психогенный фактор лишь усиливает конституциональные особенности.

Реактивные психозы

Различные встречающиеся при реактивных психозах симптомы и синдромы имеют специфические особенности:

Расстройства сознания – от аффективно суженного до глубоких сумеречных состояний. Наиболее характерно аффективно суженное сознание: больной сосредоточен на узком круге аффективно окрашенных переживаний, связанных с травмирующей ситуацией, они не стойки, подвижны, ярки, образны значимы для больного. Отмечается смена синдромов нарушенного сознания.

Расстройства памяти – явления ретроградной амнезии («вытеснения») «запамятование» всего периода психической травмы, обнаруживаемое после исчезновения расстройств сознания. В одних случаях, несмотря на продолжающуюся психогенную реакцию, амнезия исчезает, в других, несмотря на благоприятное разрешение ситуации и исчезновения других признаков психоза – стойко сохраняется. Больные не испытывают тревоги в связи с тем, что не помнят определенных событий, отрицают их, возмущаются, когда им напоминают о фактах, касающихся периода амнезии.

Аффективные расстройства – наиболее характерны. Преобладает депрессивный аффект. Выражены галлюцинаторные и бредовые симптомы. Часто развиваются астенические реакции, особенно после окончания психоза как проявления постреактивной астении.

Виды амнезий

Ретроградная амнезия – выпадение памяти на события, предшествующие острому периоду заболевания.

Антероградная амнезия - выпадение памяти на события, происходящие после начала заболевания.

Конградная амнезия - выпадение памяти на события острого периода болезни (при потере сознания).

Фиксационная амнезия – отсутствие (ослабление) способности запомнить текущие события.

Тотальная амнезия - выпадение памяти на события, происходящие до, во время и после острого периода болезни.

Виды реактивного психоза

- 1. Аффективно-шоковые психогенные реакции**
(Острая реакция на стресс).
- 2. Примитивно-истерические психозы** (Диссоциативные расстройства).
- 3. Затяжные реактивные психозы**
 - А) Реактивные депрессии** (Расстройство адаптации. Депрессивный эпизод).
 - Б) Реактивные бредовые психозы** (Острые преимущественно бредовые расстройства, ассоциированные со стрессом)
- 4. Посттравматическое стрессовое расстройство**
(данный вид расстройства впервые выделен в МКБ-10).

Аффективно-шоковые психогенные реакции (Острая реакция на стресс).

Кратковременные (транзиторные) реакции психотического уровня, возникающие у лиц, до того не имевших видимого психического расстройства, в ситуациях острой, внезапной, массивной, психотравматизации.

По содержанию психотравмирующие ситуации чаще всего предстают в виде:

а) угрозы безопасности или физической целостности самого индивидуума или близкому (при природных катастрофах, несчастном случае, войне, изнасиловании и т.п.);

б) необычно резкого и угрожающего изменение в социальном положении и (или) окружении больного (потеря многих близких или пожар в доме и т.п.)

Однако далеко не у всех в таких ситуациях развиваются вышеуказанные расстройства.

Аффективно-шоковые психогенные реакции (Острая реакция на стресс).

Риск развития расстройства увеличивается у людей:

- а) ослабленных соматическим заболеванием;*
- б) длительным недосыпанием;*
- в) утомлением;*
- г) эмоциональным напряжением;*
- д) наличием органически неполноценной почвы (пожилые).*

Личностные особенности индивидуума, при такого рода расстройствах, имеют меньшее значение, особенно при угрозе жизни (т.н. *внеличностное реагирование*). Хотя, следует сказать, что уязвимость и адаптивные способности у разных людей различаются. Кроме того, их можно повысить путем целенаправленной тренировки и подготовки к таким ситуациям (профессиональные военные, пожарники).

.

Аффективно-шоковые психогенные реакции (Острая реакция на стресс).

Клинические проявления обнаруживают типичную смешанную и меняющуюся картину (что часто приводит к необходимости квалифицировать статус в рамках нескольких смежных диагнозов).

Возникает состояние ***острого ужаса, отчаяния, с обильными вегетативными проявлениями*** («волосы дыбом», «позеленел от страха» «сердце чуть не вырвалось из груди»), на фоне чего происходит ***аффективное (афектогенное) сужение поля сознания***. Из-за этого утрачивается адекватный контакт с окружающим (неспособность адекватно реагировать на внешние стимулы), возникает дезориентировка.

В дальнейшем своем развитии данное состояние может сопровождаться двумя противоположными вариантами проявлений, что дало основание выделять ***гипо- и гиперкинетический варианты аффективно-шоковых реакций***

Аффективно-шоковые психогенные реакции (Острая реакция на стресс).

Гипокинетический вариант (диссоциативный ступор в рамках острой реакции на стресс по МКБ-10) — проявляется внезапно возникшей **двигательной заторможенностью** («оцепенел от ужаса»), достигающих в отдельных случаях полной обездвиженности (**ступор**) и невозможностью говорить (**мутизм**). В состоянии ступора больные не воспринимают окружающее, не реагируют на стимулы, на лице выражение ужаса, глаза широко открыты. Наблюдается, чаще, бледность кожных покровов, обильное холодное потоотделение, могут произойти непроизвольные мочеиспускание и дефекация (вегетативный компонент).

Такое реагирование (поскольку оно в целом надличностное) является результатом оживления эволюционно наиболее ранних форм защитных действий у живых организмов в ситуации угрозы, смысл которых заключается в стратегии «если замереть, то может, не заметят» (т.н. «мнимая смерть» по E. Kretschmer, 1924).

Аффективно-шоковые психогенные реакции (Острая реакция на стресс).

Гиперкинетический вариант (реакция бегства в рамках острой реакции на стресс по МКБ-10) — проявляется выраженной ажитацией, психомоторным возбуждением. Довольно часто у большого количества людей одновременно — т.н. «паника толпы». Поведение теряет целесообразность (*фугиформная реакция*). Больные бесцельно мечутся, куда-то бегут, движения абсолютно нецеленаправленны, хаотичны, часто что-то кричат, рыдают с выражением ужаса на лице. Состояние, так же как при первом варианте, сопровождается обильными вегетативными проявлениями (тахикардия, бледность, потливость и пр.).

Ранне-эволюционный стратегический смысл такого реагирования в виде «двигательной бури» [E. Kretschmer, 1924].

Длительность таких реакций в среднем **до 48 часов** при сохранении стрессорного воздействия. При его прекращении симптомы начинают уменьшаться в среднем через **8-12 часов**. После перенесенного состояния развивается полная или частичная амнезия. Если данное расстройство затягивается на более длительный срок, то диагноз пересматривается.

2. Примитивно-истерические психозы (Диссоциативные расстройства)

Данная группа расстройств возникает, чаще всего, в ситуациях, угрожающих свободе личности. Их еще образно называют «тюремные психозы». С ними чаще имеют дело судебные психиатры. Хотя принципиально такое состояние может развиваться и при других условиях.

Чаще всего такие расстройства возникают у лиц с истероидными чертами характера, основными из которых являются выраженная склонность к внушаемости и самовнушаемости.

Болезнь возникает по истерическим механизмам защиты (диссоциация) от непереносимой для личности ситуации: «бегство в болезнь», «фантазирование», «регресс» и отражает представление данной личности о сумасшествии («стал как ребенок», «поглупел» «превратился в животное» и пр.). На сегодняшний день такие примитивные формы реагирования встречаются редко.

Под влиянием психотравмирующего воздействия возникает сложное, негативное аффективное состояние, которое, включая истерические механизмы защиты, приводит к состоянию истерически сумеречного сужения поля сознания, на фоне которого и развертываются разные варианты истерических психозов. Они в свою очередь могут предстать как самостоятельными формами, так и стадиями (этапами). По окончании психоза выявляется амнезия.

Примитивно-истерические психозы (Диссоциативные расстройства)

1. Истерическое сумеречное помрачение сознания (Синдром Ганзера)

Проявляется в «мимоговорении». На все вопросы больной отвечает не по существу. Однако, несмотря на явную несообразность ответов, обнаруживает понимание предложенных ему вопросов. Ответы больного хотя и неправильные, но всегда находятся в кругу представлений, связанных с вопросом (что отличает от ответов больных шизофренией с атактическими замыканиями).

Поведение его при этом демонстративно, сопровождается либо громким смехом, дурашливостью, либо плачем, рыданиями. Ориентировка в месте, времени и окружающих лицах нарушена.

Примитивно-истерические психозы (Диссоциативные расстройства)

Псевдодеменция — мнимое слабоумие. Психотическое состояние истерического генеза. Характеризуется преходящим регрессом психики имитирующим слабоумие. Термин впервые был предложен ***C. Wernicke (1906)***. Наблюдается в условиях судебно-следственной ситуации. Характерен внешний вид больных: растеряны, таращат глаза, на лице бессмысленная улыбка.

Бросается в глаза типичный для данного состояния контраст между проявлениями слабоумия в простых ситуациях при одновременной сохранности правильных действий в гораздо более сложных ситуациях. Развитие постепенное. Длительность до нескольких недель с полной редукцией симптоматики и развитием амнезии на период психоза.

Различают два варианта [Фелинская Н.И., 1944]

- ***Ажитированный вариант***
- ***Депрессивный вариант***

Примитивно-истерические психозы (Диссоциативные расстройства)

Ажитированный вариант псевдодеменции - развивается на фоне психомоторного возбуждения. Больные суетливы, непоседливы, совершают много ненужных движений, гримасничают, кривляются. Эйфория легко сменяется страхом, тревогой. Речь ускорена, ответы прямо противоположны по смыслу. Типичен симптом неправильных действий. Отмечается истерическое сужение сознания. При углублении заболевания ажитированный вариант сменяется пуэрилизмом.

Депрессивный вариант псевдодеменции – развивается постепенно на фоне психомоторной заторможенности. Настроение больных тревожно-подавленное. Обычно сидят в скорбной позе, озираются по сторонам. Мышление замедленное, на вопросы отвечают после многократного повторения. При углублении заболевания депрессивный вариант сменяется психогенным ступором.

Псевдодеменция длится до 3 месяцев.

Примитивно-истерические психозы (Диссоциативные расстройства)

Пуэрилизм — Появление в поведении и речи взрослого человека, черт, свойственных детям. Состояние, в котором больной изображает как бы ребенка: речь становится детской, коверкает слова, шепелявит, называет всех «дяденька» и «тетенка». Поведение так же приобретает детские черты: просится «на ручки», «в кроватку», ковыряется в носу, хнычет, сосет пальцы, играют предметами и т.п.

Термин предложил ***E. Dupre (1903)***.

Нередко отмечаются элементы псевдодеменции. Больные не могут справиться с простыми заданиями.

Поведение не тождественно детскому, отмечается диссоциированность.

Примитивно-истерические психозы (Диссоциативные расстройства)

Синдром регресса психики (синдром «одичания») — наиболее редкая форма. Характеризуется распадом сложных психических функций на фоне истерически изменённого сознания. Сопровождается аффектом страха. Утрачиваются элементарные навыки обслуживания. Больные не удерживают на себе одежду, ползают, лают, обнюхивают пищу, предметы, едят прямо из тарелки.

Может развиваться при тяжелой психической травме.

Синдром бредоподобных фантазий .

Впервые описан ***K.Birnbaum***. Характерны нестойкие бредовые идеи величия, богатства, изобретательства, которые в фантастически-гипербализированой форме отражают стремление личности к вытеснению психотравмирующих переживаний .

По современным представлениям (**МКБ-10**) к **диссоциативным** расстройствам психотического уровня также относят:

- **Диссоциативная (истерическая) амнезия** — потеря памяти на недавние важные (обычно травматические события типа потери близких или несчастных случаев), не связанная с органическим поражением головного мозга и имеющей такую выраженность, что не может быть объяснена обычной забывчивостью или усталостью. Обычно она является парциальной и селективной с частым варьированием в течении нескольких дней но, с постоянной не возможностью вспомнить в состоянии бодрствования.
- **Диссоциативная (истерическая) фуга** — имеет все признаки диссоциативной амнезии в сочетании с внешне целенаправленными путешествиями вне пределов обычной повседневности, во время которых больной поддерживает уход за собой и несложное социальное взаимодействие с незнакомыми людьми (типа покупки билетов, заказа еды и т.п.). Со стороны такое поведение может представляться совершенно нормальным. Данное состояние не обусловлено органическим поражением головного мозга.
- **Диссоциативный (истерический) ступор** — поведение больного отвечает критериям ступора, отсутствуют физические или другие психические расстройства, которое могло бы объяснить ступор и есть сведения о недавних стрессах или текущих проблемах (психотравматизации).

3. Затяжные реактивные психозы (Сложные ситуационные реакции)

1. Реактивные депрессии. (Расстройство адаптации. Депрессивный эпизод).

Группа реактивных (психогенных) депрессивных состояний, вызванных субъективно значимыми психотравмами. Наиболее частыми вариантами психотравмы при таких расстройствах являются многообразные психосоциальные стрессоры в виде ситуации эмоционального лишения (смерть близкого, его отъезд, уход, положение беженца, просто переезд, особенно вынужденный и пр.).

Хотя ведущей причиной развития реактивных депрессий является наличие психосоциального стресса (без которого она бы не развилась), в то же время не менее значима роль и личностных особенностей. Чаще такие расстройства возникают у лиц с такими чертами как прямолинейность, ригидность, бескомпромиссность.

Депрессия развивается обычно спустя некоторое время (до нескольких дней) вслед за психотравматизацией после внутренней переработки случившегося с оценкой значимости потери, что является попыткой психологически справиться с лишением (утратой).

1. Реактивные депрессии.

Клинические проявления и выраженность психогенных депрессивных переживаний может быть различной.

Это может быть психологически вполне адекватное переживание утраты в виде подавленности и грусти (реакция горя, не выходящая за этно-культуральные особенности). Может доходить до уровня психотической депрессии с витальной тоской, с переживанием безысходности, нежеланием жить и идеями самообвинения.

Длительность от нескольких дней до нескольких лет с возможными периодическими обострениями.

1. Реактивные депрессии.

Выделяют несколько клинических вариантов таких депрессий:

- **Простая (меланхолическая) депрессия:**

Клиническая картина исчерпывается депрессивной симптоматикой. Тоскливое настроение сопровождается двигательной заторможенностью и замедлением течения мыслительных процессов. Все переживания сконцентрированы вокруг психотравмирующей ситуации. Не удается переключить внимание и отвлечь мысли на что-то другое. Будущее окрашивается в мрачные тона. Могут возникнуть идеи самообвинения («не уберег» «из-за меня»), не желание дальше жить (суицидальные тенденции). Тоска усиливается обычно к вечеру. Тоска может усиливаться так же при оживлении воспоминаний о случившемся (иногда даже спустя месяцы и годы уже после выхода из собственно депрессии). Отмечаются нарушения сна, снижение аппетита, вегетативные проявления (гипертензия, тахикардия, диспноэ и т.п.). Могут возникнуть гипнагогические галлюцинации, отражающие случившееся событие. Наблюдаются обычно у гармоничных личностей но с особенностями в виде сдержанности, собранности, аккуратности, целеустремленности, четкой эмоциональной привязанности к близким. Суточные колебания настроения не отмечаются. Н.Weitbrecht (1962) называл их «витализированными».

1. Реактивные депрессии.

• Тревожная депрессия

Характерно двигательное беспокойство на фоне тревоги, достигающей до ажитации с приступами отчаяния. В таком состоянии больные не могут усидеть на месте, причитают об утрате, периодически начинают метаться, впадают в отчаяние с попытками покончить с собой (данный вариант наиболее опасен в отношении совершения суицида). Могут наблюдаться гипнагогические галлюцинации. Такому варианту психогенной депрессии часто так же предшествует аффективно-шоковая реакция. Чаще возникают у лиц эмоционально неустойчивых, тревожно-мнительных, склонных к сомнениям, неуверенных в себе.

1. Реактивные депрессии.

- **Астеническая депрессия.** Может протекать в форме астено-депрессивного синдрома [Авербух Е.С., 1962]
- **Ипохондрическая депрессия.** Постепенно собственно горе и переживание по поводу утраты сменяются жалобами на проявления какой-либо болезни (обычно у пожилых людей).
- **Диссимулятивный вариант реактивной (психогенной) депрессии,** особенно у подростков. При таком варианте отсутствуют жалобы на подавленность, тоску, больные держаться тихо и незаметно, избегают разговоров на травмирующую тему. При этом они могут вынашивать суицидальные тенденции с неожиданной для окружающих их реализацией.
- **Острые депрессивные состояния [Kraft-Ebing E, 1895]** . Чаще возникают у женщин по типу реакции «последней капли», «паралич эмоций».

1. Реактивные депрессии.

- **Истерическая депрессия:**

Малая выраженность депрессивного аффекта. Менее глубокий и может сочетаться с раздражительностью, капризностью, недовольством. В поведении наблюдается демонстративность, театральность, стремление вызвать сочувствие окружающих. Могут наблюдаться истерические расстройства моторной (параличи, парезы и т.п.), сенсорной (афония, глухота и пр.), сомато-вегетативной сфер. Чаще при таких депрессиях имеется тенденция обвинять окружающих в своем несчастье (а не себя). Если и звучат самообвинительные высказывания, то они носят демонстративный, нарочитый характер. Могут присоединиться психогенные галлюцинации в виде ярких, богатых сцен, отражающих психотравмирующую ситуацию (говорят с умершим, воспроизводят сцены из жизни, чувствуют прикосновение и пр.). Истерическому варианту реактивной (психогенной) депрессии может предшествовать кратковременная аффективно-шоковая реакция. Чаще наблюдается у лиц с чертами психического инфантилизма и истерическими чертами.

3. Затяжные реактивные психозы (Сложные ситуационные реакции)

2. Реактивные бредовые психозы. (Острые преимущественно бредовые расстройства ассоциированные со стрессом)

Это группа психозов, при которых вследствие психической травматизации развивается бредовое состояние различной фабулы и структуры. Чаще такие состояния возникают у лиц с инертностью мышления, подозрительных, ригидных, со склонностью к сверхценному реагированию по жизни.

- Реактивное паранояльное бредообразование (сверхценное образование)***
- Реактивные параноиды***

2. Реактивные бредовые психозы.

- **Реактивное паранояльное бредообразование (сверхценное образование)** – возникновение бреда (сверхценной идеи), не выходящего за рамки травмирующей ситуации, психологически понятного и сопровождающегося живой эмоциональной реакцией. Эти идеи доминируют в сознании, но на первых этапах больные еще могут поддаваться некоторому разубеждению. Во всем остальном поведение больного, не связанной со сверхценной идеей, заметных отклонений не обнаруживает.
- **Реактивные параноиды** – возникновение идей преследования, отношения, иногда и физического воздействия на фоне выраженного страха и растерянности, вызванной психотравмой. Содержание идей отражает психотравмирующую ситуацию. В некоторых случаях могут возникнуть обильные слуховые и зрительные галлюцинации и псевдогаллюцинации на фоне измененного сознания.

2. Реактивные бредовые психозы.

Вариантами таких параноидов могут быть:

- *параноид в условиях изоляции* (например в тюрьме), «железнодорожный» параноид (Жислин 1934, 1956);
- *сенситивный бред Кречмера* — *параноид внешней обстановки* (ситуационный),
- *бред преследования тугоухих* (у лиц со слабым слухом вследствие затрудненного речевого контакта с окружающими) и
- *бред преследования в иноязычной среде* (аналогичное состояние из-за незнания языка).

2. Реактивные бредовые психозы.

Условия формирования психогенных параноидов (П.Б. Ганнушкин, 1933):

- 1) Нахождение под подозрением в совершении какого-либо проступка или преступления;
- 2) Изолированное положение в совершенно чужой среде.

Характерно: простота, особая аффективная насыщенность и образность бреда, возникающего на фоне выраженного страха, тревоги, растерянности.

Чаще всего возникает бред преследования, отношения, особой значимости.

В тематике бреда находит отражение психотравмирующая ситуация. В одних случаях это угроза физическому существованию, в других - угроза чести, достоинству, морально-нравственный ущерб.

Развитию острого психотического состояния предшествует несколько часов продромального периода.