

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
"Красноярский государственный медицинский университет имени  
профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Заведующая кафедрой: д.м.н., доцент Березовская М.А.  
Проверила: д.м.н., доцент Березовская М.А.



## Реферат

Тема: Реактивные психозы

Выполнил: ординатор 2 года обучения Зотова Ольга Александровна

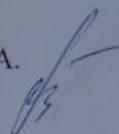
Красноярск 2018г

## Рецензия

Данный реферат Зотовой О.А. по дисциплине: "психиатрия" на тему: "Реактивные психозы" от 2018 года актуален, содержание работы соответствует заявленной теме. Работа полностью раскрывает все аспекты исследуемого вопроса. Текст логичен, последователен. Замечаний к оформлению нет. Работа принята и оценена положительно.

Оценка: 5 баллов

Проверил: д.м.н., доцент Березовская М.А.



Содержание:

Введение.....	стр4
Реактивные состояния. Их характеристика.....	стр5
Психомоторные расстройства в клинике внутренних болезней.....	стр9
Заключение.....	стр11
Список литературы.....	стр12

## **Введение**

Психические нарушения, возникающие в связи с патологией внутренних органов и систем, составляют специальный раздел психиатрии - соматопсихиатрию. Несмотря на разнообразие психопатологической симптоматики и клинических форм соматической патологии, их объединяет общность патогенетических механизмов и закономерностей развития. Диагноз «соматогенного психоза» ставится при определенных условиях: необходимо наличие соматического заболевания; временной связи между соматическими и психическими нарушениями; взаимозависимости и взаимовлияния в их течении.

Симптомы и течение зависят от характера и этапа развития основного заболевания, степени его тяжести, эффективности проводимого лечения, а также от индивидуальных особенностей больного. По механизму возникновения различают 3 группы психических расстройств.<sup>1</sup>

1. Психические нарушения, как реакция на сам факт заболевания, госпитализации и связанный с этим отрыв от привычной обстановки. Основным проявлением такой реакции является различная степень угнетенности настроения с тем или иным оттенком.

---

<sup>1</sup> Болезни нервной системы. Руководство для врачей / под ред. Н.Н. Ях-но. — М., 2005. — Т. 2. — С.332 — 360.

2. Значительно большую группу составляют больные, у которых психические нарушения являются как бы составной частью клинической картины заболевания. Это больные с психосоматической патологией: наряду с выраженными симптомами внутренних болезней наблюдается невротические и патохарактерологические реакции.

3. К третьей группе относятся больные с острыми нарушениями психической деятельности. Такие состояния развиваются либо при тяжелых острых заболеваниях с высокой температурой или выраженной интоксикацией, либо при хронических заболеваниях в терминальной стадии.

### **1. Реактивные состояния. Их характеристика**

В клинике внутренних болезней, несмотря на большое разнообразие психологических реакций и более выраженных психических расстройств, наиболее часто встречаются следующие:

- 1) астенические;
- 2) аффективные (нарушения настроения);
- 3) отклонения в характерологических реакциях;
- 4) бредовые состояния;
- 5) синдромы помрачения сознания;
- 6) органический психосиндром.

*Астения* является стержневым или сквозным синдромом при многих болезнях. Типичными жалобами при этом являются слабость, повышенная утомляемость, трудность концентрации внимания, раздражительность, непереносимость яркого света, громких звуков. Сон становится поверхностным, тревожным. Больные с трудом засыпают и трудно просыпаются, встают неотдохнувшими. Наряду с этим появляется эмоциональная неустойчивость, обидчивость, впечатлительность. Астенические расстройства могут появляться при любом заболевании.

*Эмоциональные нарушения.* Для клиники внутренних болезней больше характерно снижение настроения с различными оттенками: тревогой,

тоскливостью, апатией. Клиническая картина депрессии изменчива в зависимости от характера и этапа заболевания и превалирующей роли того или иного фактора. Так, при длительном течении болезни подавленное настроение может сочетаться с недовольством, ворчливостью, придиричивостью, капризностью.<sup>2</sup>

Если на ранних этапах болезни более характерна тревога, страх, иногда с суицидальными мыслями, то при длительном тяжелом течении заболевания может преобладать безразличие с тенденцией к игнорированию болезни.

Значительно реже встречается повышение настроения в виде благодушия, эйфории. Появление эйфории, особенно при тяжелых соматических заболеваниях (рак, инфаркт миокарда) является не признаком выздоровления, а «предвестником» неблагоприятного исхода и возникает обычно в связи с кислородным голоданием мозга. Появление эйфории обычно сопровождается анозогнозией (отрицанием собственной болезни), что представляет серьезную опасность для больного.

*Характерологические (психопатические)* нарушения наблюдаются чаще при длительных заболеваниях с хроническим течением и проявляются в заострении личностных особенностей и реакций. Заболевания, начинающиеся в детском возрасте, способствуют формированию патохарактерологического развития личности.

Заболевания, вследствие которых возникают дефекты внешности (кожные заболевания, обширные ожоги, искривление позвоночника и т.д.), являются почвой для развития комплекса неполноценности, ограничивающего социальные связи и эмоциональные контакты больных.<sup>3</sup>

Больные вследствие длительной болезни становятся угрюмыми, эгоистичными с неприязненным, а иногда враждебным отношением к окружающим. Живущие в условиях гиперопеки, повышенной заботы, становятся еще более эгоцентричными, требующими постоянного внимания.

---

<sup>2</sup> Пизова Н.В., Спиринов Н.Н. // Журн. невропатологии и психиатрии. — 2006. — № 6. — С. 16 —19.

<sup>3</sup> Неврологические симптомы, синдромы, симптомокомплексы и болезни. Справочное руководство / под ред. Е.И. Гусева, Г.С. Бурд, А.С. Никифорова. — М., 1999. — С. 592 —612.

У других может нарастать тревожность, мнительность, стеснительность, неуверенность в себе, нерешительность, что заставляет больных вести уединенный образ жизни.

*Синдромы помрачения сознания.* К ним относятся оглушение, делирий, аменция, онейроид, сумеречное помрачение сознания и др. Оглушение - симптом выключения сознания, сопровождающийся ослаблением восприятия внешних раздражителей. Больные не сразу реагируют на вопросы, окружающую ситуацию. Они вялые, безучастны ко всему происходящему вокруг, заторможенные. При нарастании тяжести болезни оглушение может переходить в сопор и кому. Коматозное состояние характеризуется утратой всех видов ориентировки и ответных реакций на внешние раздражители. При выходе из состояния комы больные ничего не помнят, что с ними было. Выключение сознания наблюдается при почечной, печеночной недостаточности, диабете и других заболеваниях.<sup>4</sup>

*Делирий* - состояние помраченного сознания сложной ориентировкой в месте, времени, окружающей обстановке, но сохранением ориентировки в собственной личности. У больных появляются обильные галлюцинации, когда они видят несуществующие в реальности предметы, людей, слышат голоса. Будучи абсолютно уверенными в их существовании, они не могут отличить реальные события от нереальных, поэтому и поведение их обусловлено бредовой трактовкой окружающего. Отмечается сильное возбуждение, может быть страх, ужас, агрессивное поведение в зависимости от галлюцинаций. Больные в связи с этим могут представлять опасность для себя и окружающих. По выходе из делирия память о пережитом сохраняется, в то время как реально происходившие события могут выпасть из памяти. Делириозное состояние характерно для тяжелых инфекций, отравлений.

*Онейроидное состояние (сон наяву)* характеризуется наплывом ярких сценopodobных галлюцинаций, часто с необычным, фантастическим содержанием. Больные созерцают эти картины, ощущают свое присутствие в

---

<sup>4</sup> Грачев Ю.В. // Неврологический журнал. — 2007. — № 6. — С.4—9.

разыгрывающихся событиях (как во сне), но ведут себя пассивно, как наблюдатели, в отличие от делирия, где больные активно действуют. Ориентировка в окружающем и собственной личности нарушена. Патологические видения в памяти сохраняются, но не полностью. Подобные состояния могут наблюдаться при сердечно-сосудистой декомпенсации (при пороках сердца), инфекционных заболеваниях и т.д.

*Аментивное состояние* (амения - глубокая степень спутанности сознания) сопровождается не только полной потерей ориентировки в окружающем, но и в собственном «Я». Окружающее воспринимается фрагментарно, бессвязно, разобщенно. Мышление нарушено, больной не может осмыслить происходящее. Отмечаются обманы восприятия в виде галлюцинаций, что сопровождается двигательным беспокойством, бессвязной речью. Возбуждение может сменяться периодами обездвиженности, беспомощности. Настроение неустойчивое: от плаксивости до немотивированной веселости. Аментивное состояние может продолжаться неделями и месяцами с небольшими светлыми промежутками. Динамика психических расстройств тесно связана с тяжестью физического состояния. Наблюдается аменция при хронических или быстро прогрессирующих заболеваниях (сепсис, раковая интоксикация), и ее наличие, как правило, свидетельствует о тяжести состояния больного.

*Сумеречное помрачение сознания* - особая разновидность помрачения сознания, остро начинающаяся и внезапно прекращающаяся. Сопровождается полной потерей памяти на этот период. О содержании психопатологической продукции можно судить только по результатам поведения больного. В связи с глубоким нарушением ориентировки, возможными устрашающими галлюцинациями и бредом такой больной представляет социальную опасность. К счастью, при соматических

заболеваниях это состояние встречается довольно редко и не сопровождается полной отрешенностью от окружающего, в отличие от эпилепсии.<sup>5</sup>

Особенностью синдромов помрачения сознания при соматических болезнях является их стертость, кратковременность, быстрый переход от одного состояния к другому и наличие смешанных состояний.

## 2. Психомоторные расстройства в клинике внутренних болезней

Психомоторные расстройства – это нарушение экспрессивного двигательного поведения, которое может наблюдаться при различных нервных и психических заболеваниях. Примерами психомоторных расстройств являются , тики, , стереотипии, , и дискинезия.

Существует специфика клинической картины психических расстройств при различных внутренних заболеваниях. Характер выявляющихся психических нарушений зависит от стадии основного заболевания. Так, на начальных этапах его и в период выздоровления выявляется астения, в остром периоде – психоз с нарушением сознания. Также характер расстройств зависит и от возраста больного, его конституции и пола.<sup>6</sup>

Острые инфекционные заболевания могут сопровождаться психическими нарушениями, чаще всего в этих случаях развивается *инфекционный делирий*. Основным признаком этого расстройства является дезориентировка в месте и времени, типичными являются наплывы зрительных галлюцинаций, иллюзорность, бредовые высказывания, двигательное возбуждение. Такое состояние обычно возникает при высокой температуре и с ее снижением исчезает.

При более глубоком помрачении сознания у больных с острым инфекционным заболеванием может наступить *аментивное состояние*,

---

<sup>5</sup> Пизова Н.В., Спиринов Н.Н. // Журнал невропатологии и психиатрии. — 2006. — № 6. — С. 16 —19.

<sup>6</sup> Дривотинов Б.В., Клебанов М.З. Поражение нервной системы при эндокринных болезнях. — Минск, 1989.

которое сопровождается иллюзиями, бредом, галлюцинациями. Больной не ориентируется в окружающем, не может назвать своего имени, фамилии.

У больных с *заболеваниями сердца* могут отмечаться снижение настроения, чувство тревоги, страха, иногда нарушается сознание.

*Ревматические заболевания* сопровождаются нередко нервно-психическими нарушениями. Как правило, такие больные очень раздражительны, нетерпеливы, плаксивы, страдают бессонницей. Реже бывают острые психозы, сопровождающиеся картиной психомоторного возбуждения наплывом галлюцинаций, расстройством сознания.

У больных *злокачественными опухолями* иногда развивается аментивное состояние или делирий.

При длительных *заболеваниях пищеварительного тракта* отмечаются вялость, повышенная утомляемость, сонливость, раздражительность.

Депрессивные состояния часто встречаются при хронических соматических заболеваниях. Особого внимания требуют случаи острых депрессивных эпизодов с суицидальными действиями.<sup>7</sup>

При некоторых заболеваниях (сахарный диабет, уремия), протекающих с интоксикацией, может возникать нарушение сознания в виде оглушения. Наблюдается значительное повышение порога восприятия для всех раздражителей, которые не доходят до сознания больного, окружающая обстановка воспринимается как в тумане, мысли, представления всплывают в сознании замедленно. Оглушение может переходить в ступор, кому и приводить к смертельному исходу.

---

<sup>7</sup> Зиновьева О.Е., Мозолевский Ю.В., Шварева И.С. и др. // Неврологический журнал.— 2007. — № 5. — С.30—35.

## Заключение

Нервно-психические нарушения развиваются, как правило, на фоне уже выявленного соматического или эндокринного заболевания. Последнее может опережать развитие нервно-психической патологии на несколько лет.

Реже бывают обратные соотношения: нервно-психические нарушения опережают соматические. В этом случае промежуток между ними обычно бывает короче – он редко превышает срок в 2–3 мес, иногда 6 мес – 1 год. Диагностика подтверждается специальными электрофизиологическими, биохимическими, рентгенологическими исследованиями.

При заболеваниях легких – показателями функции внешнего дыхания и газового состава крови, печени – состоянием ее дезинтоксикационной функции и различных видов обмена, в частности, содержанием белка, белковых фракций, билирубина, желчных кислот, витаминов С и К в сыворотке крови и т. д.

Следует учитывать и другие факторы – особенности наследственности и конституции больного, возраст, вредные привычки, предшествующую патологию.

## Список литературы

1. Болезни нервной системы. Руководство для врачей / под ред. Н.Н. Яхно. — М., 2005. — Т. 2. — С.332 —360.
2. Дривотинов Б.В., Клебанов М.З. Поражение нервной системы при эндокринных болезнях. — Минск, 1989.
3. Зиновьева О.Е., Мозолевский Ю.В., Шварева И.С. и др. // Неврологический журнал.— 2007. — № 5. — С.30 —35.
4. Ким А.В., Джигладзе Д.Н., Семеновский М.Л. и др. // Неврологический журнал. — 2004. — № 6. — С.11 —15.
5. Неврологические симптомы, синдромы, симптомокомплексы и болезни. Справочное руководство / под ред. Е.И. Гусева, Г.С. Бурд, А.С. Никифорова. — М., 1999. — С. 592 —612.
6. Пизова Н.В., Спириин Н.Н. // Журнал невропатологии и психиатрии. — 2006. — № 6. — С. 16 —19.
7. Пономарев В.В. Редкие неврологические синдромы и болезни. — СПб., 2005.
8. Грачев Ю.В. // Неврологический журнал. — 2007. — № 6. — С.4 —9.