

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

зав. кафедрой – д.м.н., доцент Березовская М.А.

РЕФЕРАТ

на тему: Расстройства мышления при реактивных психозах

Выполнил: ординатор 2 года обучения

специальности Психиатрия

Карпов Виктор Борисович

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

Красноярск 2021

СОДЕРЖАНИЕ:

1. Актуальность	3
2. Введение	3
3. Псевдодеменция	4
4. Бредоподобное фантазирование	8
5. Реактивный параноид	9
6. Параноические реакции	12
7. Заключение	14
8. Список литературы	15

Актуальность

Расстройства мышления при реактивных психозах могут быть различной степени. Реактивные психозы как постстрессовые психические расстройства особенно значимы в чрезвычайных ситуациях и требуют быстрой реакции врача с точки зрения их диагностики и лечения. При недостаточной и поздней диагностике и лечении этих состояний человек может совершить действия, которые будут иметь негативные последствия как для него самого, так и для окружающих его людей. В связи с вышесказанным особенно важно уметь диагностировать и останавливать реактивные психозы.

Введение

Реактивные психозы вместе с невротами образуют группу реактивных состояний. Для всех заболеваний, принадлежащих к этой группе, ведущую роль в этиопатогенезе играет психическая травма. При этом реактивные состояния включают множество клинических форм, и в этом разнообразии проявлений реактивных состояний важную роль играют особенности психической травмы (например, ее сила, продолжительность воздействия, индивидуальное значение для больного) и характер почвы, на которую влияет психогения (соматическое состояние, наличие интеркуррентных инфекций, перенесенные заболевания центральной нервной системы, факторы конституциональной предрасположенности к определенным типам психогенных реакций).

Основное различие между реактивными психозами и невротами состоит в том, что первые характеризуются продуктивными психотическими симптомами. Это отражается и на клинических проявлениях нарушений мышления при реактивных психозах. Существует различие между реактивными психозами и невротами, основанное на особенностях патогенетических механизмов. Так, невроты, как правило, вызваны

длительной неблагоприятной психогенной ситуацией, тогда как реактивные психозы возникают вследствие внезапного действия психогении большой силы. Реактивные психозы проходят быстрее, чем неврозы, и чаще всего после выздоровления, в случаях благоприятного исхода, мы наблюдаем полное восстановление личностных особенностей больного. По сравнению с реактивными психозами клиника неврозов сильнее определяется личностными преморбидными особенностями пациента. При реактивных психозах, таких как реактивный паранойд, преморбидные черты характера не играют большой роли.

Псевдодеменция

Псевдодеменция понимается как реактивное состояние, для которого характерна картина психогенно возникшей функциональной интеллектуальной недостаточности. Картина псевдодеменции содержит также проявления пуэрилизма, который многие исследователи выделяют как самостоятельную форму истерической реакции.

Вопрос о различии между псевдодеменцией, синдромом Ганзера и пуэрилизмом по-прежнему остается спорным. Для синдрома Ганзера характерно сумеречное расстройство сознания, а для псевдодеменции сужение сознания истерического типа. Большинство исследователей определяют разницу между этими формами реакций в зависимости от тяжести нарушений сознания. Различия в глубине сумеречного расстройства или в выраженности пуэрилизма недостаточны для того, чтобы отделить эти формы от реактивных психотических состояний и объединить их в сумеречную реактивную форму психоза, которая находится под общим термином псевдодеменции. На то есть причины, тем более что судебная психиатрия подчеркивает общеизвестную редкость типично выраженного пуэрилизма, и отмечает, что в настоящее время редко встречается клинически четко выраженный синдром Ганзера.

Основные симптомы псевдодеменции проявляются в мышлении и речи, в психомоторных и аффективных реакциях больных и являются большими типичными, стандартными клиническими признаками, не отражающими преморбидных личностных черт больного.

На первый план выходит тенденция больного к слабоумию. Пациент демонстрирует свою некомпетентность, непонимание заданных ему вопросов. Характерен в этом отношении симптом миморечи. Миморечь пациентов с псевдодеменцией внешне напоминает разорванные ответы пациентов с шизофренией. Однако отмечается разница между этими двумя явлениями. Несмотря на очевидную несообразность ответов, пациенты с псевдодеменцией проявляют понимание важности обращенных к ним вопросов. Ответы, хотя и ложные, всегда находятся в круге идей, связанных с вопросом, в одном и том же смысловом поле. Эти миморечь отличается от шизофренической разорванности.

Миморечь при псевдодеменции отличается от ответов не по существу, наблюдаемых при диффузных органических поражениях головного мозга, сопровождающихся слабоумием. При псевдодеменции никогда не бывает симптома характерного для старческого слабоумия - потери речевой задачи. Миморечь характеризуется определенным постоянством ответов, которые, хотя и игнорируют суть поставленного вопроса, не теряют своей смысловой связи с ним с течением времени. В некоторых случаях ответы относительно близки к вопросам.

Иногда мимодействие играет в образе псевдодеменции более значительную роль, чем миморечь, и тогда говорят о психомоторной псевдодеменции. При этом больной демонстрирует свою неспособность выполнять элементарные действия, стереотипные и автоматизированные навыки - берет неправильно ручку, не может зажечь спичку, надевает рубашку, путая переднюю и заднюю её части и т. п.

Возникновение миморечи и мимодействия связывают с недостаточностью внутреннего дифференцировочного торможения. С этим

связаны с неточные ответы и действия. В тех же случаях, когда ответы пациента являются эхολалическим повторением вопроса и его движения могут быть определены как эхопраксические, происходит растормаживание раздражительного рефлекса. Таким образом, мы видим здесь тот же патофизиологический механизм, что и при органических поражениях головного мозга лобной локализации, который, однако, отличается функциональным, обратимым характером.

Причина псевдодеменции может заключаться в конфликтной ситуации, когда пациент всеми силами пытается из нее выбраться, но в то же время понимает тщетность своих усилий. Происходит "столкновение" двух нервных процессов, в коре головного мозга определяются очаги, перегруженные под воздействием эмоций. А это в свою очередь приводит к торможению других отделов коры головного мозга, которые имеют следы прежних раздражений. Как было показано при анализе возникновения эхολалии и эхопраксии при псевдодеменции, торможение временно производит тот же эффект, что и органический деструктивный процесс при реальном слабоумии. При псевдодеменции следует говорить не о мнимом, а об афектогенном слабоумии, вызванном тормозным или гипноидным состоянием мозга.

Псевдодеменция понимается как результат распространения торможения на кору головного мозга из-за наличия эмоционально заряженных очагов. Об этом свидетельствуют и случаи психогенных функциональных псевдоафазий, наблюдаемых в судебно-психиатрической практике, например амнестической.

Такое понимание патофизиологических механизмов псевдодеменции важно еще и потому, что оно указывает на неправомерность отнесения псевдодеменции к симуляции.

В зависимости от характеристики аффекта, есть два варианта псевдодеменции - депрессивная и ажитированная.

Депрессивная псевдодеменция иногда возникает после психогенной депрессии. Характеризуется низким настроением, легким оглушением. Ответы, такие как "я не знаю" и "я не понимаю", встречаются довольно часто. Явления мимодействия выражены относительно слабо. При неблагоприятном течении происходит переход в психогенный ступор.

Ажитированная псевдодеменция имеет острое начало и характеризуется психомоторным возбуждением. Больные суетливы, беспокойны, крайне рассеяны. Речь ускоряется. Особенно выражены проявления феноменов миморечи и мимодействия.

В большинстве случаев псевдодеменция заканчивается амнезией перенесенного.

Синдром псевдодеменции наблюдается в судебнопсихиатрической практике, а также при реактивных психозах военного времени. Псевдодеменция наблюдалась и при землетрясениях. Таким образом, нет никаких оснований полагать, что псевдодеменция является реакцией на определенную психогению. Псевдодеменцию можно рассматривать как реактивный психоз, возникающий у индивида в экстремальных ситуациях. То же самое относится и к синдрому Ганзера, и к пуэрилизму. Многочисленные наблюдения психиатров указывают на известную частоту переходов от одной из этих форм к другой, что также подтверждает положение о близости этих реактивных психозов и обоснованность их ассоциации.

Диагностические трудности возникают при психогенном усилении органического слабоумия, когда клиническая картина переплетает симптомы, вызванные слабоумием, с признаками псевдодеменции. Здесь значительную роль играет несоответствие между психогенией и вызванной ею реакцией, нестабильность псевдодементных слоев. Следует также помнить, что органический фон значительно изменяет симптомы псевдодеменции. При псевдодеменции, развивающейся на фоне церебрального атеросклероза, реактивно возникают два синдрома: психогенная депрессия и

псевдодеменция. Конечно, псевдодеменция в этих случаях депрессивная. Псевдодементная миморечь приобретает нюансы, вызванные органической слабостью. На фоне реакций, отражающих ассоциации смежности и контрастности, наблюдаются реакции, напоминающие амнестическую афазию, например трудности в назывании определенных объектов и замене названий описаниями их признаков и свойств. Симптомы мимодействия включают в себя элементы, которые присущи органическим персеверациям.

Бредоподобное фантазирование

Синдром бредоподобного фантазирования характеризуется наличием недостаточно стойких, аморфных, легко возникающих заблуждений необычного, фантастического содержания. Бредовые идеи всегда психогенны. Хотя изначально они были описаны в рамках так называемой тюремных психозов, бредоподобные фантазии наблюдаются и вне судебно-психиатрической практике, необходимым является наличие психической травмы.

Бредоподобные фантазии могут быть эпизодическими, но бывают и стабильными, застывшими и относительно однообразными. Последнее присуще тем, которые наблюдаются при длительном течении реактивных истерических психозов. Их прогрессирующее течение связано с известным механизмом "желательности" истерических симптомов, выражающим намерение больного таким образом достичь цели, например, избежать ответственности за поступки, привлечь внимание окружающих к положительным проявлениям личностных особенностей и фактам биографии больного, изменить травматическую ситуацию, в которой он оказался.

При длительных реактивных психозах бредоподобное фантазирование или сменяется истерической депрессией, ажитацией, псевдодеменцией, пуэрилизмом, истерическим ступором, или наоборот, наблюдается после этих истерических проявлений как последняя стадия полиморфного

реактивного психоза. В этих случаях бредоподобные фантазии сохраняются долго и показывают тенденцию к систематизации.

Синдром бредоподобного фантазирования неоднороден. Он чаще возникает в структуре истерических реакций, но может возникать и как самостоятельный синдром. Бредоподобные фантазии занимают промежуточное место между истерическими и параноидными реакциями. В одних случаях они ближе к истерическим реактивным психозам, в других - к параноидным реакциям.

Реактивный параноид

В клинике реактивного психоза чисто параноидный синдром встречается редко, а чаще всего наблюдаются галлюцинаторно-параноидные состояния. Как правило, галлюцинации и бред отражают психогенно-травматическую ситуацию, сильно выраженный аффект тревоги, который играет важную роль в их возникновении.

В соответствии с характером травматической ситуации можно говорить о некоторых относительно типичных картинах реактивных параноидов. Общим для них является острое начало, наличие недостаточно ясного сознания, персекуторная природа бреда, обильные вербальные и зрительные галлюцинации.

Реактивные параноиды, чаще возникают в условиях ареста и содержания под стражей, особенно изоляции. Для них характерны бредовые идеи преследования, отношения и воздействия, возникающие при доминирующем аффекте тревоги и страха, и нечеткие нарушения сознания, связанные с нарушением качества восприятия. Восприятие окружающей действительности пациента меняется, он становится бредовым, а определенные события или действия других людей приобретают особое значение. Так же, как и содержание галлюцинаций - больные слышат угрозы в разговорах других людей, в радиопередачах, видят сговоры других

заклоченных, направленные против них. Часты явления редуцированного синдрома Кандинского-Клерамбо - ментизм, слуховые псевдогаллюцинации, сенестопатии. Мысли пациента имеют характер сделанных извне, но нет отчуждения от собственных мыслей, чувств и действий. Явления ментизма болезненно переживаются пациентами, характеризуя их как бесконечный поток мыслей и воспоминаний.

Слуховые галлюцинации локализуются в пространстве, их содержание соответствует ситуации. Пациент слышит либо угрозы и обвинения, либо голоса, пытающиеся его оправдать. В некоторых случаях содержание бредовых и галлюцинаторных переживаний негативным образом отражает травматическую психогенную ситуацию. Примером этого являются слуховые галлюцинации, из которых пациент узнает, что он невиновен и оправдан, или что его проступок незначителен, и он помилован. Соответственно, бредовое самооправдание, включающее бредовые идеи невинности, помилования, прощения и оправдания, можно рассматривать как негатив психогенной ситуации. В структуре реактивных параноидов отмечается тесная связь бредовых идей о прощении, невинности и оправдании со слуховыми галлюцинациями. В этих случаях травматические переживания заменяются противоположными представлениями.

В тех случаях, когда реактивные параноиды проявляют тенденцию к длительному течению, происходит затухание звучания травматической ситуации в болезненных переживаниях пациентов. Чаще всего встречаются идеи физического или гипнотического воздействия, ипохондрические бредовые идеи. Наличие астенизирующих соматических заболеваний способствует длительному течению реактивных параноидов, возникших в условиях ареста или тюремного заключения. Чаще всего происходит постепенное угасание бреда и галлюцинаций с постепенным восстановлением критического отношения к перенесенному. Выход из психоза иногда ускоряется изменением обстановки, переводом больного в больницу.

Существует своеобразный острый параноид, характеризующийся как галлюцинаторно-параноидный синдром, который остро возникает во время длительного переезда, поэтому первоначально его даже называли железнодорожным параноидом. Этот параноид полигенной природы, его возникновение связано как с психогенным фактором (необычная внешняя среда, комплекс новых внешних раздражителей для больного, относительная изоляция больного в незнакомой среде), так и с соматогенными явлениями (недосыпание, употребление алкоголя, астения вследствие интеркуррентных соматических заболеваний). Сам по себе каждый из этих факторов недостаточен для возникновения острого параноида, но их сочетание имеет очевидное патогенное значение. Эти психозы, обычно разворачивающиеся в условиях одной и той же ситуации (что послужило основой для определения как параноид внешней обстановки), относятся к группе психических расстройств, занимающих промежуточное положение между психогенными и экзогенными. Учитывая важность экзогенных факторов в их происхождении, также их называют реакциями измененной почвы. В то же время установлено минимальное значение преморбидных черт характера.

Бред возникает в этих случаях остро и чаще всего носит характер идей преследования. Пациент видит пассажиров как преследователей, слышит их разговоры, отражающие намерение этих людей убить или ограбить его, замечает действия, указывающие на это и особые приметы других. Он испытывает чувство беспомощности и ищет защиты от своих преследователей, обращаясь для этого к проводникам и полиции. Иногда, чтобы успокоить врага, он начинает раздавать свои вещи соседям по купе или вагону. На пике тревожного аффекта пациент может совершить попытку самоубийства или, наоборот, проявить агрессию по отношению к воображаемым преследователям. Сознание нарушается, приближаясь к делирию. После размещения в психиатрической клинике бред и галлюцинации постепенно исчезают, чему особенно способствует назначению снотворных препаратов. После выхода из психоза возникает

частичная амнезия, главным образом на период, соответствующий максимальной выраженности нарушений сознания.

Психогенная роль аффекта часто наблюдалась в развитии психогенно-реактивных параноидов, когда экзогенный фактор вредности был минимальным или полностью отсутствовал. В этих случаях также не прослеживалось конституциональной характерологической предрасположенности. Большую роль в возникновении этих чисто психогенных параноидов сыграли два фактора: сила психогении, значившейся крах всех жизненных планов пациента и его близких, и возбуждение в период до психогении, связанное с предположениями о её возможности.

Своеобразными вариантами параноида внешней обстановки с присущим ему полигенным происхождением являются реактивные параноиды военного времени, в частности бред вражеского пленения. К этой группе относятся психозы путешествия, которые происходят во время зарубежных поездок в иноязычной среде. Для них характерны бредовые идеи отношения и преследования, страх, тревога, нарушения сознания того же рода, что и для других параноидов внешней обстановки, аффективно окрашенные галлюцинации. В возникновении этих психозов большую роль играют речевая изоляция, утомляемость, недостаточный отдых, нерегулярное питание и легкие интеркуррентные инфекции.

Хоть и преморбидные особенности личности при параноидах внешней обстановки играют второстепенную роль, в некоторых случаях можно отметить их значение для протрагированного или рецидивирующего течения психоза.

Параноические реакции

Под параноическими подразумеваются те психогенные реакции, которые основаны на сверхценной идее, отражающей патологическую целеустремленность. Такие реакции патогенетически связаны с

параноическим развитием, служат его началом. Самой типичной параноической реакцией является сутяжничество. Эскалация сверхценных идей в бредовые обычно происходит на высоте аффекта, когда мышление особенно кататимно. Предпосылкой возникновения параноических реакций, отличающей их от реактивных параноидов, является особая структура психики, без которой невозможно перерастание сверхценной идеи в бредовую. Описывая эту структуру психики, определяемую как параноическая психопатия, выявляются такие черты, как характер влечений, противопоставление себя всем остальным, узость и особая направленность интересов, склонность к кататимному мышлению. Эпилептоидные черты личности рассматриваются как биологическое условие развития параноидальной реакции. У эпилептоидов легко возникают сверхценные идеи, они склонны к патологическому самоутверждению и инертны, мышление и аффекты их вязки.

Параноическая реакция выделяется как специфическая форма реактивных психозов, которая будет возникать только при наличии психопатической конституциональной предрасположенности. В качестве характерологической основы параноической реакции также рассматривается гиперсенситивная психопатия, характеризующаяся тенденцией к интенсификации эмоций и торпидностью психических процессов, а также дефектом в этической сфере личности. Сами параноидальные реакции могут рассматриваться как проявление тенденции проецировать свое "оскорбление" на окружающих, выражение экстравертированной направленности действий и переживаний психопатической личности.

Отмечается возможность параноических реакций, даже если необходимые характерологические особенности являются следствием относительно легкого течения органических психозов, эпилепсии и даже шизофрении. В этих случаях речь идет о психопатизации личности с появлением в ней параноических черт характера.

Параноические реакции гораздо менее благоприятны, чем реактивные параноиды. Их длительное течение не зависит от соматически негативных факторов, оно определяется спецификой личностной структуры пациента и текущей ситуации. В некоторых случаях можно наблюдать исчезновение параноического бреда ревности после развода супругов, но в этих случаях разумное отношение к перенесенному не восстанавливается. Психотический период вытесняется как утративший актуальность. Личность больного остается неизменной, и это объясняет тот факт, что параноическое симптомообразование (например, кверулянтства или идей ревности) у этих больных продолжается и впоследствии меняется только его объект.

Разница между параноической реакцией и параноическим развитием очень условна. В клинической картине параноических реакций есть настоящие бредовые идеи, которые абсолютно не поддаются коррекции, и мы видим настоящую бредовую убежденность. В то же время нет оснований полагать, что сверхценные идеи исчезают с уже сформировавшимся развитием. Параноическое развитие является динамичным, а не застывшим симптомокомплексом, и в его развитии наблюдается появление новых сверхценных идей, которые перерастают в бредовые. Очевидно, что о конце параноической реакции, в тех редких случаях, когда она возникает, можно судить только ретроспективно.

Заключение

Расстройства мышления – обязательный симптом реактивного психоза. Все виды реактивных психозов - это острые психические расстройства, возникающие на фоне выраженной стрессовой ситуации. Они проявляются нарушенным восприятием окружающей действительности и неадекватным поведением. Это состояние обратимо и временно. При разговоре с пациентом или его близкими, всегда обнаруживается травматическая ситуация, которая была непосредственной причиной.

При своевременном устранении травматического фактора психическое здоровье быстро нормализуется. Если стрессовая ситуация сохраняется, возможно развитие затяжного реактивного психоза, требующего госпитализации больного и комплексной фармакотерапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- [1] Барденштейн Л. М., Алешкина Г. А. Острые и преходящие психотические расстройства: исторический и клинический аспекты // Российский медицинский журнал. 2020. №4.
- [2] Тажиева З. Г. Шизофрения и реактивные психозы // Тюменский медицинский журнал. 2019. №1.
- [3] Илюшина Е. А., Ткаченко А. А. Особенности механизмов синдромаобразования бредовых и бредоподобных состояний // Российский психиатрический журнал. 2018. №1.
- [4] Горинов В. В. Бредовые расстройства: преморбидные и структурные характеристики, судебно-психиатрическая оценка // Российский психиатрический журнал. 2020. №2.
- [5] Блейхер В. М. Расстройства мышления. - Киев: Здоровье, 1983. - 192 стр.

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО
Рецензия зав. кафедрой, д.м.н. Березовской М.А.
на реферат ординатора 2 года обучения по специальности Психиатрия
Карпова В.Б.

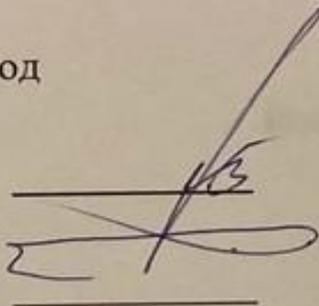
Тема реферата Расстройство мышления при реактивных психозах

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1	Структурированность	+
2	Актуальность	+
3	Соответствие текста реферата его теме	+
4	Владение терминологией	+
5	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6	Логичность доказательной базы	+
7	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8	Источники литературы (не старше 5 лет)	5/4
9	Наличие общего вывода по теме	+
10	Итоговая оценка (по пятибалльной шкале)	отлично

Дата "09" 04 2021 год

Подпись рецензента



Березовская М.А.

Подпись ординатора

Карпов В.Б.