9. Реактивные состояния

Реактивные состояния – это временные болезненные расстройства психической деятельности, развивающиеся в результате воздействия психической травмы. Реактивные состояния делятся на две большие подгруппы: неврозы и реактивные психозы.

Возникновение неврозов связано, как правило, с воздействием длительно существующих конфликтов, а реактивных психозов с острыми психогенными воздействиями.К неврозам относятся: истерический невроз, невроз навязчивых состояний и неврастения. Все виды неврозов имеют общие характерные признаки. В их развитии большую роль играют личностные особенности больного, которые отражают слабость их высшей нервной деятельности, низкий предел психологической выносливости в отношении различных психогенных воздействий.

Истерический невроз. Клиническая картина чрезвычайно разнообразна и складывается из двигательных, сенсорных, вегетативных и психических расстройств. Среди двигательных расстройств наиболее яркими являются истерические припадки (эмоционально выразительное, сопровождаемое криками и слезами двигательное возбуждение), истерические параличи, контрактуры в мышцах конечностей, явления астазии-абазии (отказ от стояния и ходьбы при полной сохранности опорно-двигательного аппарата), истерическая афония (утрата звучности голоса), истерический мутизм. Сенсорные нарушения представлены в виде различных нарушений кожной чувствительности, которые не соответствуют зонам иннервации, болевыми ощущениями в различных областях тела, нарушениями деятельности отдельных органов (истерическая слепота, глухота). Вегетативные нарушения занимают значительное место в структуре истерических неврозов. Среди них наблюдаются истерический ком (результат спазма гладкой мускулатуры), ощущение непроходимости пищевода, чувство недостатка воздуха. Может быть истерическая рвота, не связанная с заболеванием желудочно-кишечного тракта, метеоризм, понос и т. д. Психические нарушения многообразны. Преобладают страхи, колебания настроения, чувство подавленности, депрессия. Часто развиваются фобии, ипохондрические проявления, склонность к фантазированию.

Невроз навязчивых состояний. Редко встречается в судебно-психиатрической практике. Клиническая картина складывается из различных состояний, среди которых выделяют следующие:

• отвлеченные навязчивости – навязчивый счет, воспоминание забытых имен, терминов, навязчивое мудрствование;

• чувственно-образные навязчивости:

- навязчивые сомнения;

- постоянная неуверенность в правильности своих действий;

- навязчивые представления;

- неправдоподобные, абсурдные представления, от которых больной не может отвлечься;

- навязчивые воспоминания;

- назойливые воспоминания о неприятном событии прошлого;

- навязчивые страхи (фобии);

- многообразные по содержанию страхи (страх высоты, закрытого пространства, болезни и т. д.), несмотря на их бессмысленность больные не могут с ними справиться;

- навязчивые действия; движения, совершаемые против желания больного, несмотря на все его усилия сдержаться, могут носить характер защитных ритуалов.

Неврастения. Заболевание развивается медленно на фоне хронической физической усталости и длительной психотравмирующей ситуации.

Ведущее место в клинической картине занимает астенический синдром, психическое и физическое истощение. Отмечается повышенная возбудимость, повышенная истощаемость, усиливается рассеянность, снижается творческая активность и продуктивность. Появляются головные боли, нарушается сон, отмечается гиперстезия. Настроение понижено. Течение неврастении длительное, при нормализации ситуации ее симптомы могут бесследно исчезнуть.

В судебно-психиатрической практике неврозы встречаются относительно редко. В случае их возникновения эти больные обычно признаются вменяемыми, поскольку неврозы никогда не сопровождаются психотической симптоматикой и нарушением критических способностей.

Среди реактивных психозов в судебно-психиатрической практике наиболее часто встречаются следующие.

Психогенная депрессия. Ведущее место в клинической картине занимает депрессивный синдром с аффектом тоски и общей психомоторной заторможенностью (простая реактивная депрессия). На фоне депрессивного аффекта возможно развитие идей отношения, самообвинения, связанных с психотравмирующей ситуацией, иногда развиваются явления синдрома Кандинского-Клерамбо (депрессивно-параноидальная депрессия). В ряде случаев аффект тоски маловыразительный, настроение характеризуется монотонным унынием, апатией в сочетании с подавленностью всех психических процессов (астенодепрессивное состояние). Нередко в судебно-психиатрической клинике психогенное депрессивное состояние отличается особой яркостью, аффект тоски становится чрезвычайно выразительным, сочетается с гневливостью, ажитацией, внешне обвиняющими формами реагирования (истерическая депрессия).

Реактивный параноид. Это редкая форма реактивных состояний. Возникает обычно после ареста, когда на фоне эмоционального напряжения, беспокойства и мучительной тоски развивается бред особого значения, отношения преследования. Больные защищаются от мнимых преследователей, становятся беспокойными, иногда агрессивными. Возможен бред внешнего воздействия, когда больные ощущают постоянный контроль за собой, влияние на них внешней силы, осуществляемое с помощью гипноза или особых препаратов. Все бредовые идеи объединены общим содержанием, которое прямо или косвенно связано с психотравмирующей ситуацией.

Реактивный галлюциноз. Ведущими в клинической картине данного вида реактивного состояния являются истинные вербальные галлюцинации, содержание которых непосредственно связано с психотравмирующей ситуацией и тематикой бреда. Множественные голоса в виде диалога обсуждают поведение больного, угрожают ему, предсказывают мучения, смерть. Наряду с этим больные слышат плач и крики о помощи своей жены, родителей, детей. Могут быть зрительные обманы восприятия, когда больные видят своих родственников или нападающих на них бандитов, вооруженных людей. Все это сопровождается аффектом страха.

Достаточно часто наряду с этим у больных отмечаются наплывы мыслей, ощущение их "вытягивания", "чтения", "чувство внутренней раскрытости", что сочетается с другими слуховыми псевдогаллюцинациями. В этих случаях говорят о реактивном галлюцинаторно-параноидном синдроме.

Обычно после перевода больных из тюрьмы в больницу они быстро успокаиваются, продуктивная симптоматика быстро исчезает, напряженный аффект страха сменяется депрессией, общей астенией.

Бредоподобные фантазии. Это нестойкие, изменчивые фантастические идеи, не складывающиеся в определенную систему. Они обычно развиваются остро на фоне истерически суженного сознания. Характерны бредовые идеи величия, богатства (обладают несметными богатствами, сделали величайшие открытия, являются авторами грандиозных проектов и т.д.). В отличие от бредовых идей бредоподобные фантазии отличаются живостью, изменчивостью, крайней неустойчивостью, подвижностью, летучестью, отсутствием стойкой убежденности в достоверности своих высказываний. Характерно, что фантастически гиперболизированное содержание бредоподобных фантазий противоречит основному тревожному фону настроения. В период обратного развития психоза фантастические высказывания бледнеют и на первый план выходят депрессивные расстройства.

Псевдодеменция (мнимое слабоумие). Это истерическая реакция, проявляющаяся в миморечи (неправильные ответы на простые вопросы), мимодействии (не может выполнить простейшие привычные действия), внешне имитирующая внезапно наступившее глубокое слабоумие, которое в дальнейшем бесследно исчезает. Длительность этих расстройств две-три недели, на фоне лечения они легко подвергаются обратному развитию.

часто он входит в клиническую картину других реактивных психозов.

Синдром регресса психики ("одичания"). В настоящее время это наиболее редкий вид реактивного психоза. Он характеризуется распадом психических функций на фоне истерически суженного сознания и истерического перевоплощения, когда поведение больного имитирует "дикого" человека или животного. Больные ползают, мычат, лают, пытаются лакать из тарелки, разрывают пищу руками, проявляют агрессию.

Психогенный ступор. Он проявляется полной обездвиженностью и мутизмом. Может развиваться как самостоятельная форма реактивного психоза и как последняя его стадия при постепенном углублении болезненного состояния. Выделяют истерический, депрессивный, галлюцинаторно-параноидный и вялоапатический психогенный ступор.

Истерический ступор развивается постепенно и является последним этапом развития психогенных истерических синдромов: истерическая депрессия, псевдодеменция, пуэрилизм. Отличается эмоциональным напряжением. Несмотря на неподвижность и мутизм, мимика и пантомимика больных эмоционально выразительны, отражают застывшее страдание, угрюмость, эмоциональную подавленность. Могут быть элементы пуэрилизма и псевдодеменции (таращат глаза). Сознание изменено и напоминает аффективно-суженное. Несмотря на длительный отказ от приема пищи, физическое состояние сохраняется удовлетворительным.

Депрессивный ступор является следствием углубления психогенной заторможенности при психогенной депрессии.

Галлюцинаторно-параноидный ступор формируется постепенно и возникает после реактивного галюцинаторно-параноидного синдрома.

После редуцирования ступорозных проявлений больные полностью сохраняют воспоминания о наблюдавшихся у них в тот период психопатологических переживаниях.

Вялоапатический ступор развивается после реактивного астенодепрессивного синдрома, и на первый план в его клинической картине выступает полная обездвиженность в сочетании с вялым мышечным тонусом. Данный вариант ступорозного состояния часто принимает затяжное течение, плохо поддается лечению.