**Лекция 17**

**Синдромный анализ в патопсихологии.**

**План.**

1. Психотравмы и психозы.
2. Виды психозов.

**Психогенно-психотический синдром** объединяет в себе разнообразные *расстройства психотического уровня*, возникающие в результате воздействия психических травм, *превышающих* адаптационно- компенсаторные возможности человека.

Такие расстройства характеризуются *качественным нарушением* психической деятельности, ярко выраженным в виде *синдромов помраченного сознания, онейроидно-кататонических, аффективно- бредовых, бредовых синдромов* и их сочетаний.

В клинике психогенно-психотическому синдрому соответствуют

*реактивные психозы*, которые относят к группе *реактивных состояний.*

**Реактивные (психогенные) психозы** – это группа разнообразных по клинической картине *психических расстройств*, возникающих вследствие воздействия психотравмы и проявляющихся в виде *реакций* и (или) *состояний*, достигающих психотического уровня.

Как правило, реактивные психозы носят *временный* и *обратимый* характер. При этом выздоровление происходит через этап *постреактивной астении*.

Однако иногда реактивный психоз носит затяжной характер, при этом он переходит в более тяжёлую форму психического расстройства (*аномальное постреактивное развитие личности*).

Основное клиническое проявление реактивных психозов – наличие

*продуктивной психотической симптоматики.*

При этом характерными являются *острота*, *глубина* и *лабильность нарушений психических функций*, которые сопровождаются полной *утратой способности* критически *оценивать* свое *состояние* и ситуацию в целом.

Обычно психозы развиваются после *шоковых, сверхсильных*

психических травм.

Психотравмы, которые могут вызвать данные состояния, отличаются силой, интенсивностью и внезапностью действия (стихийные бедствия, внезапные нападения с угрозой для жизни).

Реактивные психозы имеют *отличия* от неврозов:

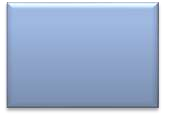
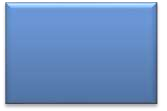
1. Наличием у психозов продуктивной психотической симптоматики (галлюцинаций, бреда, психомоторных нарушений)
2. Особенностями патогенетических механизмов:
   * возникновение неврозов является следствием *длительного*

воздействия психогенной ситуации;

* + реактивные психозы возникают, как реакция на *внезапную* и очень интенсивную психотравмирующую ситуацию, которая превышает адаптационно-компенсаторные возможности организма человека.

В клинической практике для диагностики реактивных психозов используют *критерии*, предложенные немецким психиатром и психологом **Карлом Теодором Ясперсом** (1888-1969) (см. рис.17).

**Триада К.Ясперса**



**Обязательное наличие психотравмы**

**Отражение её в клинической картине**

**Исчезновение при устранении психотравмы**

Рисунок 17. Триада К.Ясперса

### Когнитивная сфера

*Восприятие* страдающих реактивным психозом отличается изменением (сужением или расширением) его объема, наличием яркой продуктивной симптоматики (галлюцинации, бред).

В*нимание* является неустойчивым, его концентрация нарушается. Иногда отмечается «прикованность» внимания, его низкая или непродуктивная переключаемость; нарушается избирательность внимания.

*Память* пациентов с реактивным психозом характеризуется:

* + низким объемом;
  + хаотичным профилем запоминания (краевое запоминание отсутствует, мнемонические приемы не используются);
  + нарушениями долговременной памяти. В *мышлении* больных регистрируют:
  + непродуктивность мыслительной деятельности;
  + нарушение целенаправленности;
  + нарушения категориального строя;
  + лабильность или инертность мышления;
  + искаженные умозаключения (бред).

**Эмоциональная сфера** пациентов представлена следующими нарушениями:

* + неадекватным качеством реакций;
  + отсутствием внешней обусловленности реакций;
  + чрезмерно низкой или высокой силой реагирования;
  + неустойчивостью аффективного фона;
  + снижением контроля.

В **мотивационной сфере** отмечают:

* + неустойчивость мотивов;
  + одномоментное сосуществование ряда взаимоисключающих мотивов;
  + нарушение регуляции поведения.

При проведении патопсихологического эксперименте достаточно сложным или даже невозможным оказывается сформировать *мотив исследования* (вследствие непонимания цели, отсутствия ориентировки в заданиях, искажения требований инструкций, отсутствия критики; помощь при этом принимается, но не влияет на результативность).

Отмечается низкая продуктивность и нарушения целенаправленности деятельности.

**Внешний вид и поведение.** *Внешний вид* неряшлив, отстраненный, чем-то обеспокоенный.

*Поведение* нарушено, при этом различается: может быть безучастным, подавленным, а может стать расторможенным, гиперактивным и экспрессивным. Могут присутствовать тихие разговоры с самим собой, беспричинный смех, внезапное прислушивание к чему-то. Внезапно возникающая враждебность или скрытность также может служить признаком психоза. Больной может пытаться запирать двери, закрывать окна без видимой причины. Контакт с испытуемым неустойчив или формален (диалог отсутствует либо превращается в монолог испытуемого).

*Мимика:* избыточная либо недостаточная сила проявлений; реакции по качеству однообразные. Главная *особенность* мимических и пантомимических проявлений – их *неадекватность* ситуации.

Следует обращать внимание на некоторую *относительность критериев* возникновения: реактивные психозы могут возникать несколько *отсрочено* и *не прекращаться* в течение определенного времени после исчезновения психической травмы. При этом психопатологические переживания могут «*отрываться*» от содержания психотравмы.

Международная классификация болезней (МКБ-10) содержит перечень реактивных психозов, которые относятся к классу V (рубрика F40 - F48 –

«Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства»:

* + Реакция на тяжёлый стресс и нарушения адаптации (F43);
  + Острая реакция на стресс (F43.0);
  + Посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1);
  + Расстройства адаптации (F43.2);
  + Реактивные (психогенные) депрессии).

*Бредовые* формы психогенных психозов включены в рубрику F20-F29

«Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» и классифицируются как «Острые и транзиторные (преходящие) психотические расстройства» (F23)36.

Характерные *особенности* реактивных психозов:

* + аффективно-изменённое сознание;
  + неспособность адекватной оценки ситуации и своего состояния;
  + нарушение поведения;
  + наличие продуктивной психопатологической симптоматики.

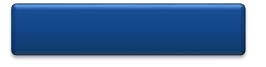
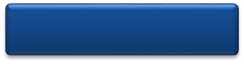
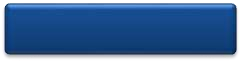
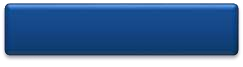
Реактивные психозы, в зависимости от вида психотравмирующего события, вызвавшего данное состояние, условно *делят* на:

* + *аффективно-шоковые психогенные реакции;*
  + *истерические психозы;*
  + *затяжные реактивные психозы;*
  + *реактивный параноид;*
  + *посттравматическое стрессовое расстройство* (см.рис.18).

**Реактивные психозы**

**Аффективно-шоковые психогенные реакции**

**Затяжные реактивные психозы**



**Посттравматическое**

**стрессовое расстройство**

**Истерические реактивные психозы**

**Реактивные депрессии**

**Реактивные бредовые психозы**

**Реактивный параноид**

Рисунок 18 . Реактивные психозы

**Аффективно-шоковые психогенные реакции** – кратковременные (транзиторные) реакции психотического уровня, возникающие у лиц, которые ранее не имели признаков психического расстройства, в ситуациях острой и внезапной психотравматизации.

Аффективно-шоковые реакции проявляются развитием *гипокинезии* (аффектогенный ступор) либо *гиперкинезии* (двигательная буря). *Сознание* больных сужается, *поведение* теряет целенаправленность, ориентировка в окружающем нарушается.

**Истерические (диссоциативные) реактивные психозы** проявляются у лиц с истероидным типом акцентуации. Наблюдают или сочетание различных истерических расстройств, или последовательная трансформация одних истерических проявлений в другие.

Представлены *истерическим сумеречным помрачением сознания, псевдодеменцией, пуэрилизмом, синдромом бредоподобных фантазий, синдромом регресса личности, истерическим ступором.*

К **затяжным реактивным психозам** относятся:

* + *реактивные депрессии,*
  + *реактивные бредовые психозы.*

*Реактивная депрессия* – ответ на психотравмирующее событие (смерть близкого, развод) – подавленное настроение, витальная тоска, тревога, перманентное переживание психотравмирующей ситуации, наличие бредовых идей самообвинения и суицидальных мыслей.

В начале реактивной депрессии могут возникать зрительные и слуховые галлюцинации (чаще в ночное время) с содержанием психической травмы.

*Реактивные бредовые психозы* – группа психозов, при которых в ответ на воздействие психотравмирующей ситуации развивается бредовое состояние различной фабулы и структуры.

*Реактивное бредообразование* – бред, не выходящий за рамки травмирующей ситуации, психологически понятный, сопровождающийся объяснимой эмоциональной реакцией.

Бредовые идеи доминируют в сознании, однако на начальном этапе больные могут поддаваться некоторому разубеждению. При этом в остальных аспектах психической деятельности отклонений не наблюдается. Бред отличается правдоподобностью, отсутствием неадекватной фабулы и большой аффективной заряженностью.

**Реактивный параноид** – психогенная реакция на психотравму, характеризующаяся появлением бредовых идей (преследования, физического насилия, угрозы жизни и т.п.), всегда сопровождающаяся тревогой и страхом. Бред при таких состояниях не является систематизированным, он аффективно насыщен, может сопровождаться зрительными иллюзиями и

слуховыми галлюцинациями.

Причиной такого состояния может стать внезапная смена обстановки, военные действия, социальная изоляция (одиночное заключение, иноязычная среда), повышенная ответственность за выполняемое дело и др.

Фабула бреда, как правило, отражает психотравмирующую ситуацию. В *поведении* пациента отмечается тревожность, подозрительность и постоянное психологическое напряжение.

Реактивный параноид свойственен лицам с тревожно-мнительным или параноидным типом характера в жизненно угрожающих ситуациях.

**Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)** – тяжёлое психическое состояние, возникающее в результате единичной или повторяющейся психотравмирующей ситуации (участие в военных действиях, физическая травма, сексуальное насилие, угроза смерти).

Возникает расстройство *не сразу* вслед за психотравмой, а *после латентного периода*, длящегося от нескольких дней до полугода.

Течение ПТСР *волнообразно, повторяется навязчивым воспроизведением* в сознании психотравмирующего события (повторяющиеся кошмары и непроизвольные воспоминания).

Постстрессовое состояние, как правило, представляет собой чрезвычайно интенсивное переживание, которое часто приводит к мысли о суициде с целью прекращения испытываемой душевной боли.

В отдельных случаях состояние может переходить в *хроническое*

течение и приводить к патологическим изменениям личности.

При проведении патопсихологического исследования необходимо

*дифференцировать* психогенно-психотический синдром:

* + *с шизофреническим патопсихологическим синдромом*: при психогенно-психотическом синдроме *сохранны* функции восприятия, внимания, памяти, способности мыслить, есть мотив обследования (хоть и

искаженный);

* + *с аффективно-эндогенным синдромом*: при мании *сохранны* операции мышления, категориальный строй и целенаправленность, мотивы более устойчивы и прослеживаются изменения эмоционального фона (со

знаком + или –), а при психозе – нет; при психозе страдает операциональный и динамический компонент всех психических процессов;

* + *с психогенно-невротическим синдромом:*

1. наличие у психогенно-психотического синдрома *продуктивной психотической симптоматики* (галлюцинации, бред, психомоторные нарушения и пр.);
2. особенности патогенетических механизмов:
   * возникновение неврозов обусловлено *длительным* воздействием психогенной ситуации,
   * реактивные психозы - реакция на *внезапную* и *очень сильную* психотравму, *превышающую* адаптационно-компенсаторные возможности человека.

### Вопросы для самоконтроля:

* + 1. Какие расстройства объединяет в себя психогенно- психотический синдром?
    2. Вследствие чего возникают реактивные психозы?
    3. Назовите критерии триады К.Ясперса
    4. Каковы нарушения когнитивной сферы при психогенно- психотическом синдроме?
    5. На какие виды делятся реактивные психозы?
    6. Чем отличается симптоматика при психогенно- невротическом и психогенно-психотическом синдромах?