

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: ДМН, Доцент М.А. Березовская

РЕФЕРАТ

На тему: Онейроид

Выполнила: ординатор 1-го года

Гуралева М.С.

Красноярск, 2018

СОДЕРЖАНИЕ:

1. Определение. Введение	3 стр.
2. История	4 стр.
3. Классификация	4 стр.
4. Клиника	5 стр.
5. В практике	10 стр.
6. Список использованной литературы	11 стр.

1. Введение. Определение.

1. Введение

Сознание - это наивысшая форма отражения объективной реальности, обеспечивающая связь знаний для планомерной естественно направленной активной деятельности. Сознание присуще только человеку и возникло в процессе исторического развития общественного бытия и активной трудовой деятельности людей. Именно благодаря сознанию мы имеем возможность ориентироваться в окружающем, планировать всякую деятельность, понимать ее цели и прогнозировать конечный результат.

Основными характеристиками сознания считают степень его ясности (уровень бодрствования), объем (широту охвата явлений окружающего мира и собственных переживаний), содержание (полноту, адекватность и критичность оценки используемых запасов памяти, мышления, эмоционального отношения) и непрерывность (способность осознания и оценки прошлого, настоящего и будущего). Одним из важнейших компонентов сознательной (осознаваемой) и целенаправленной (волевой) активности является внимание - способность сознательного, произвольного или непроизвольного избирательного сосредоточения сенсорной, интеллектуальной и двигательной активности на актуальных и индивидуально значимых внешних и внутренних явлениях.

Ясность сознания предполагает правильность отображения действительности не в отдельных психических сферах (в восприятии, мышлении и др.), а обобщенно, в целостном психическом акте. Вот почему такие психические расстройства, как галлюцинации, бред, навязчивости и др., формально к патологии предметного сознания не относят, хотя в них содержатся элементы нарушенного сознания.

Не только для психиатра, но и для врача общей практики очень важно уметь выявлять нарушения сознания и правильно организовывать лечебные мероприятия. Синдромы нарушенного сознания свидетельствуют о тяжелом нарушении психической деятельности, которое может обуславливаться не только собственно психической, но и соматической патологией (инфекции, интоксикации, опухоли головного мозга и др.).

Онейроидный синдром (онейроид) (от др.-греч. *ὄνειρος* — сновидение, *εἶδος* — вид), шизофренический делирий — психопатологический синдром, характеризующийся особым видом качественного нарушения сознания (онейроидная, грезоподобная дезориентировка) с наличием развёрнутых

картин фантастических сновидных и псевдогаллюцинаторных переживаний, переплетающихся с реальностью. Дезориентировка во времени и пространстве (иногда и в собственной личности) при онейроиде отличается и от оглушения (характеризующегося отсутствием ориентировки), и от аменции (характеризующейся постоянным безрезультатным поиском ориентировки) — при онейроиде больной является участником переживаемой псевдогаллюцинаторной ситуации. Окружающие люди могут включаться больным в виде участников в переживаемую ситуацию. Одним из признаков онейроида является дезориентация в личности галлюцинируемого, изменение субъекта восприятия, трансформация Я.

2. История:

Понятие «онирический бред» (ониризм) впервые использовал Э. Регис в 1894 при описании психозов при инфекциях и интоксикациях. Термин «онейроидный бред» предложил французский психиатр Г. Г. де Клерамбо в 1909. В 1924 онейроид как синдром был впервые описан В. Майер-Гроссом в книге «Описание спутанности сознания. Форма онейроидного переживания» (нем. «Selbstschilderungender Verwirrtheit. Die oneroide Erlebnisform»)[3]. В 1961 болгарский психиатр С. Т. Стоянов исследовал динамику процесса. Онейроид описывался преимущественно при психозах, относящихся теперь к рекуррентной шизофрении. При ней он возникает в наиболее законченной форме, а его развитие проходит ряд последовательных этапов. Попытка выделения психозов с О.с. в отдельную нозологическую форму (онейрофрения Медуны) не была поддержана большинством психиатров.

3. Классификация:

По классификации академика А. В. Снежневского онейроид распределяют по следующим признакам:

По ориентации в событиях окружающего мира:

-Грёзоподобный онейроид — собственное Я видоизменено, пациенты полностью отрешены от внешнего окружения и погружены в события в их воображении;

-Фантастически-иллюзорный онейроид — фрагменты реального мира смешаны с фантастическими представлениями.

По содержанию и преобладающему аффекту:

-Экспансивный;

-Депрессивный.

В современной МКБ-10 нет такого понятия, как «онейроид». Оно включено в гораздо более широкое понятие «делирий», которое в классификаторе обозначает любое расстройство сознания (в том числе аменцию, оглушение, алкогольный делирий, травматический и сосудистый делирий).

4. Клиника:

Классический онейроид имеет свои этапы развития. По С. Т. Стоянову они следующие:

1. Вегетативные и общесоматические нарушения.
2. Бредовое настроение.
3. Аффективно-бредовая дереализация и деперсонализация.
4. Фантастическая аффективно-бредовая и иллюзорная дереализация и деперсонализация.
5. Онейроидная кататония.

Российская школа психиатрии выделяет весьма похожие этапы развёртывания онейроидного синдрома:

1. Начальный. Характеризуется аффективными расстройствами. Продолжительность — недели—месяцы. Примечание: длительность этапа может радикально отличаться в зависимости от этиологии синдрома.
2. Этап бредового настроения. Продолжительность — часы—дни.
3. Этап бреда инсценировки, значения и интерметаморфозы. Продолжительность — дни—недели.
4. Этап острой фантастической парафрении (ориентированного онейроида, деградированный ониризм — Х. Барук, 1938). Продолжительность: часы—несколько дней.
5. Истинный онейроид. Продолжительность: часы—несколько дней.

Симптомы редуцируются в обратном порядке. Такое классическое закономерное развитие онейроида характерно для шизофрении. Его принято называть эндогенным онейроидом. Экзогенно-органический онейроид (кромесенильного) развивается приступообразно, но его кульминация сходна с такой при шизофрении.

Этап аффективно-бредовых расстройств. На фоне нарушений сна и разнообразных общесоматических расстройств нарастают аффективные нарушения, проявляющиеся маниакальными состояниями с ощущением проникновения и прозрения или депрессиями с тревожной подавленностью и сенситивностью. Появляется диффузная бредовая настроенность,

высказывания пациентов (идеи отношения, преследования, неполноценности или переоценки своих качеств, необычных способностей) нестойки и носят характер сверхценных идей и бредаподобных сомнений. Возникают массивные деперсонализационно-дереализационные расстройства, с чувством измененности собственных психических и физических процессов, ощущением странности и нереальности окружающей обстановки. Нарушается восприятие времени, его течение может восприниматься больными чрезвычайно ускоренным, прерывистым, замедленным или остановившимся. Эти переживания сопровождаются усилением полярных колебаний аффекта (тревога и экзальтация достигают значительной степени выраженности) и развитием бреда инсценировки, особого значения, интерметаморфозы, двойников. Больные начинают утверждать, что вокруг идет киносъемка или разыгрывается какое-то представление, в котором у всех определенные роли. Все кажется специально подстроенным, исполненным особого смысла, который больной угадывает в чужих словах, поступках, предметах обстановки, реальные события приобретают символическое значение. Возникает ощущение постоянной изменчивости окружающего, предметы то исчезают, то, как по волшебству появляются вновь, лица людей постоянно меняются, один и тот же человек принимает различные облики (симптом Фреголи), в незнакомых людях больной узнает своих близких, а родственников считает подставными лицами (синдром Катра). Пациент утверждает, что ему стала доступна истинная суть вещей, что он способен читать мысли, предсказывать события или каким либо образом на них влиять, сам на себе испытывает постороннее воздействие. Таким образом, клиническая картина усложняется за счет появления иллюзий, псевдогаллюцинаций, автоматизмов, после чего развивается антагонистический (манихейский) бред. Больные становятся центром борьбы противоборствующих сил добра и зла, окружающая обстановка превращается в арену этой борьбы, а люди в ее участники. Подобное противостояние может осуществляться вне рецептивного поля больного, однако он имеет «полномочия» влиять на ход исторических событий, величайших свершений. Бредовая фабула приобретает мегаломаническое содержание: экспансивное (бред величия, мессианства) или депрессивное (бред Котара). Затем появляется ретроспективный (конфабуляторный) бред и симптоматика приближается к парафреническому синдрому.

Поведение больного на начальных этапах обусловлено имеющимися аффективными и бредовыми расстройствами. Постепенно оно теряет связь с содержанием переживаний, и далее становится формально упорядоченным, однако своеобразная «зачарованность» пациента может выдавать богатство внутренних переживаний. Периодически возникают эпизоды ситуационно-обусловленного бредового поведения, когда больной отказывается от общения с «загримированными» родственниками, сопротивляется «инсценированному» медосмотру, не отвечает на вопросы «следователя» в кабинете врача.

Этап развития ориентированного онейроида. В определенный момент на фоне описанных нарушений у больного возникает склонность к непроизвольному фантазированию, ярким грезоподобным представлениям, в которых, благодаря патологически усиленной игре воображения, причудливым образом перерабатывается весь прошлый опыт, не только лично пережитый, но и заимствованный из книг и кинофильмов. Любое внешнее впечатление или телесное ощущение легко включается в содержание этих фантазий, получая символическую трактовку. На этом этапе появляется феномен «двойной ориентировки».

Больной как бы одновременно существует в двух ситуациях - реальной и фантастической, у него наряду с правильной ориентировкой в своей личности и месте создается, бредовое представление об окружающем и своем положении в нем. Окружающая обстановка воспринимается как историческое прошлое, необычная ситуация настоящего или как сцена сказочно-фантастического содержания, окружающие лица превращаются в деятельных персонажей этих необычных событий. Пациент может вполне осознавать, что находится в больнице и в то же время считать медицинских работников экипажем космического корабля, пациентов пассажирами, а себя адмиралом звездного флота. Таким образом, происходит визуализация продукции воображения, которое больной вначале имеет возможность контролировать, но затем наплыв образов возникает помимо его воли.

Поведение больных принимает отчетливые кататонические черты. В отделении такие пациенты могут быть практически не заметны, или же привлекают внимание нелепым возбуждением и непоследовательной речью. Они стереотипно и вычурно совершает религиозно-ритуальные действия, манерно декламирует стихи, застывают в скульптурно-монументальных позах. Эпизодически определяются явления восковой гибкости, негативизма, эхолалии, эхопраксии, импульсивные действия. Речь богата неологизмами, мышление резонерское, порой разорванное. Лицо маскообразно или парамимично, на нем выражение мистической проникновенности, экстаза или же серьезности, неадекватной высказываниям. Контакт малопродуктивен, выявить содержание переживаний может быть довольно трудно.

Этап развития истинного онейроида. Характеризуется полной потерей контакта с окружающей реальностью, алло- и аутопсихической дезориентировкой. Непроизвольно возникающие представления принимают характер зрительных псевдогаллюцинаций. Больной оказывается захваченным созерцанием фантастических панорам, сцен грандиозных событий, в которых сам занимает центральное положение, выступает как активное действующее лицо. При этом он как бы перевоплощается в героев необычных происшествий, в «мировой разум», в животных полностью отождествляя себя с ними, как на ментальном, так и на физическом уровне. В

своих болезненных переживаниях он совершает путешествия во времени, перед его «внутренним оком» проносится вся мировая история, картины античного мира и далекого будущего. Больной посещает далекие планеты, древние цивилизации, загробный мир или другие измерения. Встречается с их обитателями, враждует с ними или получает от них сакральные знания. Некоторые больные, находясь в онейроидном помрачении сознания, полагают, что вступают в контакт с представителями внеземных цивилизаций, оказываются ими похищенными, попадают на их летательные аппараты, где подвергаются опытам и исследованиям. Другие пациенты видят себя путешествующими по далеким или не существующим городам и галактикам, сражающимися в грядущих или имевших место войнах. Или они осуществляют реформы общества, предотвращают мировые катаклизмы, являются участниками беспрецедентных экспериментов, исследуют устройство вселенной, необычные формы жизни, сами перевоплощаются в фантастических существ.

Не смотря на причудливость наблюдаемых в онейроиде сочетаний, слияний, перевоплощений, незавершенность отдельных образов, видения отличаются необычайной яркостью, аффективной насыщенностью и чувственной достоверностью. Причем переживаемые события объединены общей сюжетной линией. Каждая последующая ситуация содержательно связана с предыдущей, т.е. действия разворачиваются драматично. Больной может быть (последовательно или одновременно) зрителем, главным персонажем, жертвой или виновником разворачивающейся драмы. По особенностям аффекта выделяют экспансивный и депрессивный онейроид. В одном случае больной видит сцены необычайной красоты, переживает чувство своей исключительной значимости, душевного комфорта и экстатического воодушевления. В противоположной ситуации он является свидетелем гибели мира, опустошения планеты, дробление ее на обломки; переживает ужас, отчаяние, винит себя в происходящем (бред злого могущества).

Кататонические расстройства достигают значительной степени выраженности. Еще более углубляется диссоциация между поведением больного (ступор с восковой гибкостью или растеряннопатетическое возбуждение) и содержанием болезненных переживаний, в которых сам больной является активным участником, действующим в планетарных масштабах, речевое общение с больными не возможно. Максимально выражены вегетовисцеральные расстройства. В случае фебрильной шизофрении соматическое состояние становится угрожающим для жизни, и клиническая картина приближается к аментивному синдрому.

Длительность этапа аффективно-бредовых расстройств может достигать нескольких месяцев. Продолжается онейроид дни, недели. На фоне истинного онейроида возможны периоды двойной ориентировки. Редукция симптомов происходит в порядке, обратном их появлению. Больные

достаточно подробно воспроизводят содержание психопатологических расстройств, окружающие события, начиная с этапа ориентированного онейроида в значительной мере амнезируются, а на период помраченного сознания наблюдается полная амнезия реальных событий.

В зависимости от преобладания тех или иных ведущих симптомов в клинической картине онейроида выделяют следующие его формы.

Аффективно-онепроидная форма. Характеризуется преобладанием очерченных полярных аффективных состояний на всем протяжении психоза. Содержание бреда коррелирует с полюсом аффекта, кататоническая симптоматика не резко выражена.

Онепроидно-бредовая форма. Наибольший удельный вес принадлежит чувственному образному бреду и психическим автоматизмам. Эта форма имеет наибольшую продолжительность с постепенным и медленным усложнением психопатологической симптоматики.

Кататоно-онейриидная форма. Отличается остротой развития, выраженностью вегето-висцеральных расстройств, ранним появлением, синдромальным завершением и значительной экспрессивностью кататонических явлений.

Онейроидное помрачение сознания является кульминацией в развитии приступа шизофрении, часто наблюдается при интоксикации канабиноидами, летучими органическими растворителями. Значительно реже онейроид встречается при эпилепсии, сосудистых заболеваниях головного мозга, в структуре металкогольных психозов и других психических расстройств экзогенно-органического генеза.

Этапность и симптоматология онейроида, возникающего при шизофрении, не встречается ни при каком другом заболевании. Онейроидоподобные состояния при симптоматических и органических психических расстройствах отличаются более быстрым развитием и кратковременным течением, синдромальной незавершенностью, а так же исходом. В инициальном периоде психопатологические расстройства отражают особенности соответствующих нозологических форм, содержание переживаний относительно примитивно, лишено мегаломаничности и единой фабулы. Менее выражена или отсутствует аутопсихическая дезориентировка, например пациент, путешествует по экзотическим странам в больничной одежде. Состояния заторможенности и возбуждения лишены кататонических черт. Продолжительность такого онейроида колеблется от нескольких минут до нескольких дней, его редукция чаще происходит критически. После восстановления сознания наблюдается астения и психопатологические

феномены, характерные для органического поражения мозга. Воспоминания о содержании переживаний обычно бедны и фрагментарны.

5. В практике:

Развитие онейроидного синдрома возможно при эндогенных и экзогенно-органических психических расстройствах:

Экзогенно-органическая форма: при инфекционных (энцефалит), интоксикационных и других соматогенных психозах, пресенильных и сенильных психозах (см. F03 — деменция неуточнённая (чаще при так называемой болезни Крепелина — F03.33)), сосудистой деменции, травматическом поражении головного мозга (черепно-мозговой травме — ЧМТ), эпилепсии, алкогольном делирии. Особенностью онейроида при острой интоксикации (например, ингаляция клея «Момент» с целью наркотического опьянения) является его молниеносное, иногда в течение нескольких минут, развитие. При других экзогенно-органических заболеваниях он тоже начинается и заканчивается сравнительно быстро. Особенностью онейроида при алкогольном делирии, соматогенных и сосудистых психозах и психозах при ЧМТ на ранних этапах развития является ярко выраженная астения, сменяющаяся делирием или оглушением. При ЧМТ и эпилепсии астения может переходить в сумеречное помрачение сознания. При болезни Крепелина перед развернутым онейроидом наступает ажитированно-тревожная депрессия. При всех вышеперечисленных расстройствах онейроидный синдром развивается без классической закономерности, для него характерно смешение с симптомами этих заболеваний (при алкогольном делирии — зооптические галлюцинации, двигательное возбуждение). Не наступает расстройств самосознания. Отсутствуют явления кататонии. Онейроидный синдром при экзогенно-органических заболеваниях — свидетельство тяжелого течения болезни, а его переход в аменцию или оглушение — ещё более неблагоприятный признак.

Эндогенная — при шизофрении, реже при биполярном аффективном расстройстве. В МКБ-9 существовала категория 295.24 — Кататония онейроидная как вариант шубообразной шизофрении и 295.25 — Кататония онейроидная как вариант периодической шизофрении. Теперь они относятся к F20.2 — Кататоническая шизофрения. При параноидной шизофрении онейроидный синдром может сочетаться с синдромом Кандинского — Клерамбо (синдромом психического автоматизма).

6. Список использованной литературы:

1. Менделевич, В. Д. Психиатрическая пропедевтика / В.Д. Менделевич. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 576 с.
2. Гейслер Е.В., Дроздов А.А. Психиатрия. Конспект лекций. — Москва: «Эксмо», 2007. — 160 с.
3. Общие вопросы психопатологии и классификация психических расстройств // Психиатрия: национальное руководство / под ред. Дмитриевой Т. Б., Краснова В. Н., Незнанова Н. Г., Семке В. Я., Тиганова А. С.. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 299. — 1000 с.
4. Стоянов С. Т. К клинике и психопатологии онейроидных состояний, возникающих в течении шизофрении // Журнал невропатологии и психиатрии. — 1961. — № 9. — С. 1370-1376.
5. Кербиков О. В., Коркина М. В., Наджаров Р. А., Снежневский А. В. Помрачение сознания // Психиатрия. — 2-е, переработанное. — Москва: Медицина, 1968. — С. 85-96. — 448 с.

Рецензия

на реферат ординатора первого года обучения Гуралевой М.С. по дисциплине «Психиатрия» на тему «Онейроид»

Реферат написан на сложную и актуальную тему. В нем раскрыты вопросы истории, классификации, клинической картины онейроидного расстройства сознания, дано описание экзогенно-органической и эндогенной форм. Содержание соответствует заявленной теме. Текст логичен, последователен. Список литературы включает 5 источников. Реферат выполнен в соответствии с требованиями, предъявляемыми к работам такого рода. Замечаний к оформлению нет. Реферат принят и оценен положительно.

Оценка: ОТЛИЧНО

Проверил: зав. кафедрой психиатрии и наркологии с курсом ПО,
д.м.н. Березовская М.А.

