

***НЕВРОТИЧЕСКИЕ
РАССТРОЙСТВА***

Что такое невроз?

Невроз – психогенное (конфликтогенное) нервно-психическое расстройство личности вследствие неразрешенных/неразрешаемых внутри и межличностных конфликтов и проявляющееся симптомами невротического регистра реагирования при отсутствии психотических симптомов

(Карвасарский Б.Д., 1980, 1985; Эйдемиллер Э.Г., 2000)

Клинические критерии невротических расстройств (по В.М. Мясищеву)

- 1) Связь психогении с личностью больного.**
«Каждая психотравма должна подойти к личности, как ключ к замку»
Кречмер.
- 2). Соответствие между клиническими проявлениями и характером психотравмы.**
- 3). Динамика состояния с изменением психотравмирующей ситуации.**
- 4). Высокая эффективность психотерапевтических (по сравнению с биологическими) методов лечения**

- Существует обратнo-пропорциональная зависимость между ранимостью нервной системы и массивностью психотравм, которая необходима для развития невроза.
- Чем более ранима (чувствительна) нервная система, тем меньшая интенсивность психической травмы необходима.

Значимые факторы неврозогенеза

Для развития истинных неврозов требуется сочетание:

1. Врожденно-конституциональных;
2. Соматогенно-органических;
3. Личностно-ситуационных факторов.

Наличие акцентуаций характера при наличии психотравмы является «почвой» для возникновения неврозов и невротических развитий.

Классические выделяют три основные формы неврозов

1. Астенический невроз (неврастения);
2. Истерический невроз (истерия);
3. Невроз навязчивых состояний.

Современное синдромологическое деление невротических расстройств значительно отличается от традиционной модели и включает в себя семь однородных групп.

Таблица соответствия диагностических заключений

Диагностическое заключение По МКБ-10	МКБ-10	Традиционное диагностическое заключение
Тревожно-фобические расстройства	F40	Невроз навязчивых состояний
Другие тревожные расстройства	F41	Невроз навязчивых состояний
Обсессивно-компульсивное расстройство	F42	Невроз навязчивых состояний
Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации	F43	Психологические стрессовые реакции
Диссоциативные (конверсионные) расстройства	F44	Истерический невроз
Соматоформные расстройства	F45	Ипохондрический невроз
Неврастения	F48.0	Неврастения

Классификация тревожно-фобических расстройств по МКБ – 10

F 40.0 – Агорафобия

F 40.00 ... без панического расстройства

F 40.01 ... с паническим расстройством

F 40.1 – Социальные фобии

F 40.2 – Специфические (изолированные) фобии

F 41.0 – Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога)

F 41.1 – Генерализованное тревожное расстройство

F40. Тревожно-фобические расстройства

- Фобия – комплекс эмоционально-поведенческих расстройств, включающих: патологический страх какой-либо жизненной ситуации или объекта окружающего мира;
- включает: тревогу ожидания; избегающее поведение.
- Тревога ожидания – тягостное аффективное напряжение неопределенного характера, возникающее в предчувствии возможного появления фобического стимула. Не является тревогой как таковой, т.к. имеет объект, на который направлена.
- Признак длительно существующего фобического

- Избегающее поведение – это самоограничение привычных поведенческих стереотипов, направленных на избегание ситуаций, в которых возможно появление причинного страха.
- По мере генерализации фобии приводят к выраженной социальной дезадаптации больного (отказ от самостоятельной работы вне дома, самообслуживания, выполнения привычных социальных ролей).

F40.0 Агорафобия – тревожно-фобический синдром, центральным симптомом которого является страх открытых пространств, толпы, крупных универмагов, рынков и других общественных мест, из которых затруднен мгновенный выход.

Причиной страха является спонтанно возникающее вегетативные синдромы и панические атаки.

- ❖ Избегающее поведение в мягких случаях выражается в отказе от самостоятельных прогулок и поездок: кто-то из близких, способных оказать необходимую помощь, обязательно должен сопровождать больного.
- ❖ Больные убеждены, что при возникновении характерных симптомов панической атаки (удушья, сердцебиения, головокружения), они немедленно погибнут. В тяжелых случаях формируется стойкий отказ выходить из дома.
- ❖ Тревога ожидания представлена повышенной настороженностью, нервозностью, повышенным вниманием к своему физическому состоянию.
- ❖ Появляется в 25-30 лет.
- ❖ Среди пациентов лица зависимого типа характера (психастенического, астеноневротического, сенситивного типа акцентуаций по Личко).

F40.1 Социофобии

- Страдают 3-5% населения.
- Расстройства начинаются в подростковом периоде.
- Течение хроническое с тенденцией к смягчению в среднем возрасте
- Центральное содержание - страх перед определенными социальными ситуациями в небольших группах людей (перед публичным выступлением, посещением общественных туалетов, общением с лицами противоположного пола).
- Имеется связь страха с предполагаемой реакцией окружающих.
- Важным бывает и опасения проявить внешние признаки растерянности (покраснеть, побледнеть, выпустить газы, брызнуть слюной, закашляться, подавиться).

- Избегание направлено на перечисленные социальные ситуации.
- Тревога ожидания интенсивна, приводит к грубой социальной дезадаптации.
- Использование алкоголя как анксиолитика на начальных этапах может стать самостоятельной проблемой.

Критерии:

1. Тревога, проявляющаяся психологическими или вегетативными sm ;
2. Ограничительное поведение;
3. Избегание фобических ситуаций.

Г40.2 Специфические (изолированные) фобии

- Встречаются в 5-12% у населения.
- Могут начинаться в раннем детстве (4-5 лет, если речь идет о страхе животных).
- Средний возраст 20-25 лет.
- Страх формируется лишь к отдельной изолированной ситуации (лечение у зубного врача, автомобильной езде, радиационному поражению) или объекту (например в детстве к определенному типу животных: мышей, собак, змей, пауков).
- Попадание в фобическую ситуацию вызывает мгновенное появление чувства страха, расстройств речи, моторики, осознание беспомощности перед надвигающейся опасностью, ожидание мучительной смерти.

- Избегание направлено на конкретную ситуацию без тенденции к генерализации.

Критерии:

1. Тревога в виде вегетативных или психологических симптомов.
2. Ограничение тревоги определенным фобическим объектом или ситуацией.
3. Избегающее поведение.

Дифф. Диагностика фобических расстройств:

- С соматическими заболеваниями, при которых присутствуют выраженные **вегетативные пароксизмы** (тиреотоксикоз, бронхиальная система).
- Страх смерти в силу реальной угрозы для жизни (аллергические реакции, сердечные аритмии, ИБС, инфаркт миокарда, кровотечения).

F41. Другие тревожные расстройства – расстройства, при которых проявления тревоги являются главными симптомами, а не ограничиваются особой ситуацией.

- Тревога – состояние субъективно тягостного напряжения, не имеющее ни одного очевидного источника для беспокойства.
- Международное определение подразумевает наличие опасений по поводу более чем двух значимых жизненных обстоятельств.

F41.0 Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога).

- Паника – пароксизмы выраженной и интенсивной вегетативной тревоги, сопровождающейся учащением дыхания и сердцебиением, головными болями и общим мышечным напряжением, явлениями деперсонализации, деареализации.
- Паническое расстройство – тревожный синдром, при котором спонтанно возникают приступы паники без формирования агорафобии.
- Приступ длится до 7-10 минут.
- Начинается внезапно с удушья, мучительного сердцебиения, чувства смерти, с потерей контроля над телом и сознанием.
- После приступа больные испытывают растерянность и подавленность, ищут помощи у близких.

- В межприступный период присутствует тревога ожидания: больные напряжены, неусидчивы, внимательны к изменениям самочувствия.
- В быту капризны, эгоистичны, требуют полного внимания близких.
- Течение хроническое, с небольшими послаблениями без полных ремиссий.

Критерии:

1. Повторные панически приступы, возникающие спонтанно без связи со специфическими ситуациями или конкретными объектами.
2. Состояние не является следствием соматического расстройства.

F41.1 Генерализованное тревожное расстройство.

- Страдает 2-5% населения. по Ю.В. Попову и В.Д. Вид.
- Начало заболевания в 20-30 лет.
- Основная черта тревога, которая носит генерализованный и стойкий характер.
- Очерченные панические атаки отсутствуют.
- Тревога не зафиксирована какими-то конкретными ситуациями «свободно плавающая «по Freud»»).
- Тревожный аффект представлен чувством непонятного дискомфорта и напряжения, направленного в будущее.

Сопровождается:

- 1) когнитивными нарушениями в виде постоянных опасений за возможный исход текущих событий, предчувствия катастрофы, создания запасов на «черный день».
- 2) симптомами вегетативной гиперактивности (повышенная потливость, полиурия, диарея, тахикардия, эпигастральный дискомфорт).
- 3) моторным компонентом, представленным неусидчивостью, тремором, чувством напряженности, неспособностью расслабиться.
- 4) sm напряжения (мышечное напряжение, мышечные боли, нарушение засыпания из-за постоянной озабоченности).
- 5) депрессивный компонент формируется с годами в силу невозможности наслаждаться

- Требуется большой промежуток времени, для того чтобы пациент убедился, что его тревожные проявления – отклонение от нормы.
- Обычно нет какого-то ситуативного толчка, который побудил бы обратиться к врачу.
- К психиатру, психотерапевту обращается примерно 1/3 больных, остальные ищут помощи у интернистов.
- При расспросе больные не могут вспомнить периода в своей жизни, когда они были спокойны.
- Заболевание является хроническим и длится в течение всей жизни.
- Сопутствующая проблема – повышенное потребление алкоголя и бесконтрольный прием седативных и транквилизирующих средств.
- Диагноз ставится если вышеперечисленные sm (тревожные, вегетативные, мышечные напряжения и т. д.) преобладают в течение 6 месяцев.

F42 Обессивно-компульсивное расстройство

- Больные составляют 1% от всех больных, получающих лечение в психиатрических учреждениях (Каплан, Сэдок, 2004).
- Начало заболевания от 10 до 24 лет (т.е. подростковый и ранний зрелый период).
- Началу в 50% предшествует перенесенный стресс (смерть близких, конфликты на работе, беременность, сексуальные контакты).

Классификация обсессивно-компульсивных расстройств по МКБ – 10

- **F 42.0 – Преимущественно навязчивые мысли или размышления**
- **F 42.1 – Преимущественно компульсивные действия и обсессивные ритуалы**
- **F 42.2 – Смешанные навязчивые мысли и действия**

- **Обессивные мысли** – тягостные, возникающие помимо воли стереотипные идеи, образы или влечения, резидивирующего и докучающего характера (музыкальные мелодии, бессмысленные математические вычисления, неосуществимые фантазии, воспоминания).

- **Компульсивные действия** – осознанные повторяющиеся стереотипные поступки, приобретающие характер защитных ритуалов, имеющие тягостный характер.
- **Ритуалы** – система компульсивных актов, символически оберегающих больного от тягостных obsessions, снижающие их выраженность и интенсивность.
- Относятся к вычурным системам самоограничений («диеты», «комплексы упражнений», «распорядок дня», «магические пассы»).

- Навязчивые состояния отличаются от сверхценных и бредовых идей тем, что больной с критикой относится к своим навязчивостям, расценивая их как нечто чуждое его личности.
- Больной всегда пытается бороться со своими obsessions, в отличие от компульсивных явлений.
- В отличие от бреда носят непостоянный характер, часто возникая эпизодически, как бы приступами.

F44. Диссоциативные (конверсионные) расстройства раньше рассматривались как истерический невроз.

- Термин «истерия» употреблялся еще в Древней Греции.
- Приходу истерии в то время связывали с сексуальными нарушениями.
- В соответствии с концепцией Z. Freud в патогенезе истерии основная роль принадлежит 2 факторам: 1. сексуальный комплекс, который сформировался в прегенитальной фазе сексуального развития и 2. психическим травмам периода раннего детства, которые подверглись вытеснению в бессознательное.

К истерическим расстройствам **диссоциативного типа** относятся:

- амнезии,
- фуги,
- ступор,
- сумеречные состояния сознания.

В клинике **конверсионной** истерии выделяются три категории симптомов:

- двигательные;
- сенсорные;
- расстройства вегетативных функций.

F45.0 Соматизированное расстройство

Критерии:

- 1). В течение не менее двух лет стойкие жалобы на множественные и меняющиеся соматические симптомы в отсутствии соматических заболеваний;**
- 2). Многократные (> 3 раз) консультации у специалистов;**
- 3). Отказ принять медицинское заключение об отсутствии соматического заболевания;**

4) Наличие не менее 6 симптомов из различных групп:

- **ЖК симптомы:** боли в области живота, чувство тяжести; переполнения, вздутия; рвота, тошнота; регургитация.
- **Сердечно-сосудистая система:** одышка без нагрузки; боли в грудной клетке.
- **Мочеиспускательные sm:** дизурия; учащенное мочеиспускание; нарушение menses; понижение полового влечения.
- **Кожные и болевые sm:** жжение; покалывание; онемение; изменение цвета кожи; боли в конечностях и

F 45.2 Ипохондрическое расстройство.

- **Ипохондрия** – стойкая убежденность больного в наличии у него какого-либо соматического заболевания с характерной интерпретацией неприятных телесных ощущений.
- Ипохондрическое расстройство характеризуется постоянной озабоченностью развития одного или нескольких серьезных хронических заболеваний.
- В общесоматической практике больные составляют 3-14 % всех пациентов.

- **Критерии:**
- **1. Сохраняющееся не менее 6 месяцев убеждение в наличии одного или более тяжелых соматических заболеваний;**
- **2. Постоянное неверие различным докторам.**
- **Преобладающие симптомы:**
 - - **тревожные;**
 - - **депрессивные.**
- **2/3 больных страдает ипохондрией хронически. Заболевание имеет волнообразный характер с периодами обострений послаблений.**
- **Больные фиксированы на своих переживаниях, испытывают жалость к себе, тиранически относятся к близким, требуя особого ухода и постоянного внимания.**

- Внимание центрировано на одном – двух органах или системах.
- Название заболевания может меняться от консультации к консультации.
- В отличие от больных с соматизированным расстройством больные с ипохондрическим расстройством не только тяготятся симптоматическим дискомфортом, но и испытывают страх наличия у них какого-то еще не найденного серьезного, угрожающего жизни заболевания.
- Симптомы имеют широкую локализацию, чаще касаются желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы.

- Несмотря на то, что ипохондрия – один из наиболее психопатологических феноменов, вопросы нозологической оценки и выбора адекватных лечебных мер разработаны недостаточно.
- Это объясняется значительными трудностями как в квалификации основных синдромов, определении невротического, сверхценного или психотического уровня соответствующих расстройств.

- При ипохондрии речь идет не просто о тревожной мнительности как таковой, а о соответствующей психической, интеллектуализированной переработке тех или иных болезненных ощущений со стороны соматической сферы.
- Периодически дело заканчивается конструированием концепции определенного заболевания с последующей борьбой за его признание и лечение.

НЕВРАСТЕНИЯ

**«Легкая возбудимость и быстрая
истощаемость нервных
функций» по Н. Bird**

или «нервная слабость»

Рубрика МКБ – 10 F 48.0

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ НЕВРАСТЕНИИ

1. Переутомление в результате непосильной работы
2. Длительное умственное переутомление
3. Нездоровые, «невысказанные» отношения между родными и близкими
4. Слабый тип нервной деятельности
5. Воздействие сильных раздражителей, а также отсутствие раздражения

Основные соматовегетативные клинические проявления неврастении

- 1. Расстройство сна – сон неглубокий с беспокойными тревожными сновидениями; по утрам вялость, плохое самочувствие; дневная сонливость, которая мешает нормальной работоспособности**
- 2. Головная боль, неприятные ощущения во внутренних органах, прежде всего в сердце, в желудке, кишечнике, печени**
- 3. Сердцебиение, частый пульс, дрожь, обильная потливость, головокружение, приступы удушья, учащенное или затрудненное дыхание, снижение аппетита**

Основные психические клинические проявления неврастении

- 1.** Не свойственная **быстрая утомляемость**, затруднения при работе, **ослабление внимания**, рассеянность, плохое запоминание, удачное интенсивное начало и быстрое падение продуктивности в работе, потеря свежести и четкости мысли
- 2.** Потеря спокойствия и внутренней уравновешенности, **усталость**, **неуверенность в себе**, чувство внутренней напряженности и тревоги
- 3.** **Повышенная раздражительность**, когда незначительная неприятность вызывает интенсивную реакцию и аффект с приступами гневных вспышек («выйти из себя»), чаще непродолжительными с зависящими от больного людьми, завершающимися полным бессилием и физическим, и нравственным
- 4.** Внешне человек становится унылым, малообщительным, мнительным, у него появляется усталая походка

Спасибо за внимание !

