



НЕВРОТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

Выполнила: к/о 2 года
обучения
Храмайкова Светлана
Викторовна

Невротические синдромы — большая разнородная группа преходящих функциональных расстройств, обусловленных острыми или хроническими психологическими травмами.

КЛАССИФИКАЦИЯ

С учетом причин развития и преобладающих симптомов болезни различают следующие расстройства невротического уровня:

- **Тревожно-фобические расстройства.** Основным признаком болезни является резкое повышение уровня тревожности, иногда переходящее в фобию. В группу таких расстройств относят генерализованное тревожное расстройство, панические атаки, агорафобию, клаустрофобию, социофобию и другие простые и сложные фобии.
- **Обсессивно-компульсивные расстройства.** Ведущим симптомом являются навязчивые мысли и навязчивые действия.
- **Астенический невроз** (неврастения) – расстройства невротического уровня, в клинической картине которых преобладает астенический синдром.
- **Соматоформные расстройства.** По клиническим проявлениям такие расстройства напоминают соматические заболевания, однако не имеют под собой реальной физической основы. В отличие от пациентов с искусственными расстройствами, больные с соматоформными расстройствами не предпринимают каких-либо действий для симуляции болезни и действительно чувствуют неприятные симптомы.
- **Диссоциативные расстройства.** В эту группу входят диссоциативные расстройства движений и ощущений и другие подобные расстройства невротического уровня, ранее носившие название истерического невроза.

ФОБИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Фобия - страх, направленный на конкретный объект или на определенную ситуацию и **невроз страха** - генерализованная, свободно плавающая тревога

Можно выделить три формы страхов:

- **Фобические страхи** - касаются определенных объектов и ситуаций: агорафобия, арахнофобия, клаустрофобия, социальные фобии (специфические изолированные фобии)
- **Флуктуирующие страхи** - не связанные с определенными объектами или ситуациями и развивающиеся в форме паники (панические расстройства или панические атаки)
- **Генерализованные страхи** - возникают не в форме приступов, а постепенно и не связаны с определенными ситуациями или объектами. Это форма страхов также называется свободно плавающей тревогой.

Невротические фобии - это навязчивое переживание страха с четкой фабулой при наличии достаточной критики. Они обостряются в определенных ситуациях. Другая особенность: яркий, образный, чувственный характер. Переносятся чрезвычайно мучительно из-за двойственного отношения к ним – продолжающегося переживания страха на фоне понимания его необоснованности.

Существенный признак – **выраженная борьба с ним**

ВСЕ ВИДЫ СТРАХОВ ВЫЗЫВАЮТ ИЗМЕНЕНИЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ, КОТОРЫЕ МОГУТ ИМЕТЬ РАЗНУЮ СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ:

На уровне переживаний: опасения, переживания ущерба, мысли об уклонении от вызывающих страх ситуаций и т.д.

На уровне поведения: стратегии избегания, такие, как бегство, уклонение, уход от ситуаций, а также сигналы безопасности, которые ассоциируются с определенной, провоцирующей страх ситуацией. Под сигналами безопасности понимают объекты и ситуации, которые не позволяют развиться экстремально выраженному страху, т.к. при этом обычно имеется в распоряжении средство «немедленной помощи» (телефон, присутствие определенного лица, таблетки в сумке).

На физиологическом уровне: проявления, сопутствующие страху, такие как учащенное сердцебиение, склонность к потливости, учащению дыхания

КРИТЕРИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО СТРАХА

- Чрезмерная интенсивность страха (количественный аспект).
- Необычное содержание и необычные объекты, вызывающие страх (качественный аспект).
- Неадекватность реакции страха той ситуации, в которой она возникла.
- Хронизация ситуации страха.
- Отсутствие у индивида возможности для уменьшения или преодоления страха.
- Существование ограничения, мешающие вести образ жизни, свойственный данному возрасту, причиной которых является страх.

СОЦИАЛЬНЫЕ ФОБИИ

Страх различных социально значимых ситуаций, страх оказаться в центре внимания, сопровождающийся опасениями негативной оценки окружающими и избеганием общественных ситуаций. Ярко выраженный и устойчивый страх перед одной или несколькими социальными ситуациями, в которых индивид сталкивается с незнакомыми людьми или подвергается оценке со стороны окружающих. Индивид боится показать симптомы страха, поскольку будет чувствовать себя неловко. Столкновение с пугающей социальной ситуацией вызывает почти всегда непосредственную реакцию тревоги, которая может принять вид панической атаки. У детей страх может проявляться в виде слез, припадков гнева, остолбенения или желания убежать или спрятаться

Критерии для диагностики социальной фобии (по DSM-IV)

- Пугающие социальные ситуации избегаются или переживаются с интенсивной тревогой.
- Избегающее поведение, состояние тревожного ожидания или сильное недомогание в пугающих социальных ситуациях значительно нарушают нормальный образ жизни человека, мешают его профессиональному успеху (или учебе), а также социальным взаимодействиям с другими людьми или же фобия вызывает сильные страдания

Социальные фобии являются частой манифестацией тревожного расстройства

ОБСЕССИВНЫЙ СИНДРОМ

(синдром навязчивых состояний) — психопатологическое состояние с преобладанием явлений навязчивости.

Синдром возникает при вялом развитии психических болезней, в дебюте психозов, в период ремиссий; он представляет собой частое расстройство при пограничных психических заболеваниях

К НАВЯЗЧИВЫМ ЯВЛЕНИЯМ ОТНОСЯТСЯ:

- страхи. Навязчивые страхи возникают помимо воли и вопреки реальным жизненным фактам.
- сомнения- постоянные колебания в принятии решений, неуверенность в правильности совершаемых действий, многократные, не успокаивающие перепроверки и перерасчеты;
- воспоминания– назойливое воспроизведение в памяти чаще неприятных, компрометирующих событий;
- контрастные явления. Чувство антипатии– возникающая вопреки воле и действительному отношению неприязнь к близкому человеку. Хульные мысли – возникновение циничных оскорбительных представлений по отношению к людям, к которым больной испытывает искреннее уважение; у верующих людей – возникновение в момент высокого эмоционального накала (богослужение) мыслей о поругании святыни.
- Навязчивые влечения – появление, вопреки рассудку, стремлений совершать бессмысленные, а то и опасные действия;
- овладевающие представления - возникновение вопреки фактам сознания наглядных образов на основе продуктивного воображения.
- отвлеченные навязчивости – навязчивый счет, навязчивое воспроизведение забытых имен, навязчивые размышления (умственная жвачка) – возникающие против воли размышления по малозначительным альтернативам, из-за чего становится невозможным или существенно затрудненным принятие тривиальных, но необходимых в повседневной жизни решений;
- навязчивые действия – совершение вопреки желанию и сохранности критики ненужных действий - прикосновения рукой к лицу, кусания ногтей, выдергивания волос (трихотилимания), и т.п.
- ритуалы– сложные навязчивые действия, носящие вторичный по отношению к фобиям характер, имеющие значение заклинаний, защиты и приводящие к облегчению, кратковременному освобождению от навязчивого страха.

Обсессивному синдрому часто сопутствуют субдепрессивное настроение (подавленностью с чувством неполноценности, неуверенности), астения (симптомами раздражительности или раздражительной слабости) и вегетативные расстройства (побледнением или покраснением кожных покровов, холодным потом, тахи- или брадикардией, ощущением нехватки воздуха, усиленной перистальтикой кишечника, полиурией и т.д. Могут наблюдаться головокружения и ощущения дурноты).

Навязчивости могут развиваться исподволь и существовать непрерывно длительное время или появляться внезапно, продолжаться короткий период времени, в ряде случаев возникать сериями, напоминая тем самым пароксизмальные расстройства. На высоте развития обсессивного синдрома, в первую очередь при фобиях, могут возникать галлюцинаторные расстройства

При навязчивых состояниях "я" больного всегда противоборствует расстройству. Это противоборство может резко ослабеть на высоте развития обсессивного синдрома, но тотчас появляется в полной мере, как только интенсивность навязчивостей ослабевает. То же относится к критической оценке субъектом существующего у него навязчивого состояния. При бреде и сверхценных идеях "я" больного всегда защищает расстройство, т.е. критическое отношение к нему всегда нарушено.

АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

АСТЕНИЯ — состояние повышенной утомляемости, раздражительности и неустойчивого настроения, сочетающееся с вегетативными симптомами и нарушениями сна.

Проявления астении зависят от того, какое из основных расстройств, входящих в ее структуру, является преобладающим.

- астения с гиперстенией - в картине преобладает вспыльчивость, взрывчатость, нетерпеливость, чувство внутреннего напряжения, неспособность сдерживаться
- астения с синдромом раздражительной слабости - клиническая картина в равной мере определяется симптомами раздражения и утомляемости
- гипостеническая (наиболее тяжелая) - когда в картине доминируют утомляемость и чувство бессилия

По этиологическому принципу все астенические состояния можно разделить:

- на экзогенно-органические - представляют собой наиболее легкий экзогенный тип реакций (K.Bonhoeffer, 1917).
- ❖ могут быть чисто функциональными, например, астении, возникающие после различных инфекций, соматических заболеваний, интоксикаций - всегда отличаются большим разнообразием психопатологических расстройств, так как, помимо собственно астенических нарушений, включают расстройства, являющиеся реакцией личности на болезнь
- ❖ могут сопровождать органическое заболевание головного мозга — так называемые органические астении. Отличаются большей простотой, так как при них в той или иной мере нивелируется реакция личности на заболевание, а сами проявления астении более грубы — вместо раздражительности больше выступает злоба, вместо подавленности — тоскливый аффект, вместо слезливости — недержание аффекта и т.д. Чем тяжелее органическая астенция, тем больше в ней элементов адинамии и меньше полиморфизм психических симптомов.
- психогенно-реактивные астении – отличаются наибольшим полиморфизмом симптоматики, так как при нем в наибольшей степени проявляются и реакции личности на психическую травму и непосредственно на возникшие астенические расстройства, а глубина астенических расстройств обычно невелика

всегда обнаруживают три группы нарушений:

а) собственно проявления астении,

б) расстройства, обусловленные лежащим в основе астении заболеванием,

в) расстройства, обусловливаемые реакцией личности на болезнь.

Клиническая картина астении определяется глубиной существующих расстройств, конституциональными особенностями больного и этиологическим фактором.

Больные жалуются на плохую сообразительность, забывчивость, неустойчивое внимание. Им трудно сосредоточиться на чем-нибудь одном. Они пытаются усилием воли заставить себя думать об определенном предмете, но вскоре замечают, что у них в голове, непроизвольно, появляются совсем другие мысли, не имеющие отношения к тому, чем они занимаются. Больные делают перерывы в работе, но кратковременный отдых не улучшает их самочувствия. Другие стремятся усилием воли перебороть возникающие затруднения, пытаются разбирать вопрос не в целом, а по частям, но результатом оказывается или еще большая утомляемость, или разбросанность в занятиях. Работа начинает казаться непосильной и неодолимой. Появляется чувство напряженности, беспокойства, убежденность в своей интеллектуальной несостоятельности

Всегда утрачивается психическая уравновешенность. Легко теряемое самообладание сопровождается раздражительностью, вспыльчивостью, ворчливостью, придирчивостью, вздорностью. Настроение легко колеблется. Достаточно незначительной причины, чтобы появились подавленность, тревожные опасения, пессимистические оценки, которые также легко, хотя и ненадолго, могут смениться необоснованным

Астении почти всегда сопутствуют вегетативные нарушения. Наиболее часто встречаются нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы: колебания уровня артериального давления, тахикардия и лабильность пульса, разнообразные неприятные или просто болевые ощущения в области сердца, легкость покраснения или побледнения кожных покровов, ощущение жара при нормальной температуре тела или, напротив, повышенная зябкость, усиленная потливость. Нередки диспептические расстройства — снижение аппетита, боли по ходу кишечника, спастические запоры. У мужчин часто возникает снижение потенции

Расстройства сна в начальном периоде астении проявляются трудностью засыпания, поверхностным сном с обилием тревожных сновидений, пробуждениями среди ночи, трудностью последующего засыпания, ранним пробуждением. После сна не чувствуют себя отдохнувшими.

Одним из достоверных признаков астении является состояние, при котором наблюдается относительно удовлетворительное самочувствие с утра, ухудшение наступает на работе и к вечеру достигает максимума.

ИПОХОНДРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Ипохондрия проявляется патологически преувеличенными опасениями за здоровье, поисками или уверенностью в наличии какого-либо заболевания, при отсутствии объективных признаков последнего. Структура ипохондрического синдрома включает разнообразные нарушения.

ИПОХОНДРИЧЕСКАЯ ФИКСАЦИЯ ВНИМАНИЯ

Сосредоточенность внимания на патологических ощущениях, возможных причинах их возникновения. Больные стремятся учесть любые, включая самые незначительные, отклонения от того, что, по их мнению, соответствует нормальному состоянию здоровья. Характерна абсолютизация представлений о здоровье — последнее рассматривается как идеальное состояние, исключая нарушение.

Тревога, страхи, панические реакции, связаны с общими расстройствами самочувствия, отдельными проявлениями или идеями о природе предполагаемого заболевания. Ипохондрические эмоции, носят локальный характер и будто бы не распространяются на другие объекты: “Плохое настроение потому, что болит, если не болит — настроение нормальное”. Могут возникать острые ипохондрические кризы со страхом смерти, растерянностью, агитацией. К опасениям за свое здоровье присоединяется беспокойство за окружающих, в первую очередь, близких людей.

ИПОХОНДРИЧЕСКАЯ ДЕТАЛИЗАЦИЯ МЫШЛЕНИЯ

Жалобы значительной части пациентов тщательно разработаны, все обстоятельства заболевания сообщаются с чрезвычайным обилием подробностей.

Нередко жалобы систематизированы в соответствии с имеющейся концепцией болезни, насыщены медицинской терминологией. Больные выделяют главные симптомы и побочные, группируют их, устанавливают между ними причинно-следственные отношения и объединяют порою в очень замысловатые структуры.

Происходит сдвиг интересов в сторону активного изучения медицинской информации. Постепенно растет убежденность в собственной медицинской осведомленности. Появляется иногда нескрываемое недоверие к врачам и обычным методам лечения, больные стремятся на прием к наиболее авторитетным, по их мнению, специалистам, добиваются новейших методов обследования и лечения. Некоторые больные сохраняют всю документацию, получаемую из лечебных учреждений, где они были, запросы, копии жалоб и ответы на них, вырезки из газет, журналов, создают собственный "архив" болезни. Ипохондрические пациенты нередко становятся регулярными подписчиками специальной литературы, некоторые обзаводятся приличными домашними медицинскими библиотеками, на что иногда тратятся значительные суммы из скромного семейного бюджета.

НАРУШЕНИЯ АКТИВНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ

отражают одностороннюю ориентацию деятельности в плане поддержания и восстановления здоровья.

Поведение может быть различным, что отражает глубину и тяжесть ипохондрических расстройств: от частых обращений за медицинской помощью, в том числе экстренной, до разработки собственных систем самолечения или использования знахарских рекомендаций и методов парамедицины.

Радикальным изменениям подвергается образ жизни: ограничиваются контакты, социальная активность, тщательно регламентируются питание, режим дня, сон и т. д. Больные могут это делать и с целью профилактики возможных расстройств — “ипохондрия здоровья”. Если им удастся своими способами “вылечиться”, они стремятся тиражировать эти методы и упорно домогаются общественного признания.

СИНДРОМ НЕВРОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ

В основу классификации депрессивных синдромов положена их аффективная структура, поскольку именно она в наибольшей степени определяется патогенетическими механизмами болезненного состояния и, соответственно, служит критерием для выбора адекватной терапии.

Основные варианты депрессивного синдрома, встречающиеся в клинической практике:

- **тревожно-депрессивный**, при котором наряду с тоской отчетливо выражена тревога, может сопровождаться двигательным возбуждением в виде ажитации;
- **меланхолический**, при котором ведущим и наиболее выраженным аффектом является тоска, значительно выражена идеомоторная заторможенность;
- **апатическая депрессия**, при которой тоска и тревога выражены слабо, и в клинической картине выступает на первый план общее снижение активности всех психических процессов, отсутствие желания и стремления к какому-либо виду деятельности, снижение силы побуждений.
- **адинамическая депрессия**, на первый план в клинической картине выступают повышенная слабость, вялость, бессилие, невозможность выполнения умственной и физической работы при сохранении побуждений, желаний, стремления к деятельности.
- **анестетическая депрессия** характеризуется преобладанием симптомов психической анестезии — утратой эмоциональных реакций на окружающее.
- **депрессивно-деперсонализационный** вариант, характеризуется сочетанием депрессивной симптоматики с расстройствами самосознания (изменение, отчуждение, раздвоение «я», снижение или утрата эмоционального резонанса).

ТИПИЧНАЯ ДЕПРЕССИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТРИАДОЙ ОСНОВНЫХ ПРИЗНАКОВ:

1. Снижением настроения (гипотимия) - Угнетенное, подавленное настроение у больных сочетается с утратой интереса к окружающему. Они испытывают тяжесть «на душе», в области груди, шеи, в голове, чувство тоски или душевной боли. Депрессивный тоскливый аффект (при достаточной его выраженности) захватывает поле сознания, всецело определяя мышление и поведение больных, которые утрачивают интерес к окружающему, во всем видят плохое для себя предзнаменование, источник неудачи и страданий, весь мир воспринимают в мрачном свете. Внешний вид больных соответствует их тяжелому душевному состоянию: поза согбенная, голова опущена, выражение лица скорбное, взор потухший.
2. Снижением двигательной активности (моторная заторможенность) - обычно достаточно выражена. Больные малоподвижны, большую часть времени лежат или сидят в характерной согнутой позе. В одних случаях двигательная заторможенность менее выражена, в других — резко, достигая предельной степени в виде депрессивного «ступора», время от времени прерываемого взрывом двигательного возбуждения — меланхолическим раптусом. Ярко выражена в утренние часы, к вечеру заметно ослабевает
3. Замедлением темпов мышления (идеаторная заторможенность) - Больные молчаливы, говорят мало, тихим голосом, на вопросы отвечают с большой задержкой, чаще одним коротким словом, иногда лишь кивком головы. Аппетит может быть резко снижен. Отсутствует либидо, у женщин развивается аменорея.

Подавленное настроение, идеомоторная заторможенность сочетается с соматическими, в первую очередь вегетативными, расстройствами. Как отражение остроты состояния наблюдается периферическая симпатикотония. Описывается характерная **триада Протопопова**: тахикардия, расширение зрачка, и запор.

При дальнейшем углублении депрессии могут возникать различные по содержанию бредовые идеи. Ипохондрический бред возникает на фоне тоскливого или тревожно-тоскливого настроения. Больные утверждают, что страдают неизлечимой болезнью (сифилисом, раком) и жалуются на слабость и бессилие. Иногда больные заявляют об изменении, истончении и атрофии их внутренних органов: пищевод истончился, желудок не переваривает пищу, кишечник «остановился», таким образом, постепенно развивается бред Котара (нигилистический бред).

Суицидные мысли — наиболее опасный симптом депрессивных состояний. Ему обычно предшествует более легкое расстройство этого рода — мысли о нежелании жить, когда больной конкретных планов покончить с собой еще не имеет, но не сожалел бы, если бы ему пришлось расстаться с жизнью по независящим от него обстоятельствам. Это как бы пассивный этап суицидных

СИНДРОМ ВЕГЕТАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

В клинике неврозов проявляется в двух типах: **вегетативной дистонии и кризов.**

При вегетативной дистонии могут быть следующие симптомы: учащение пульса, повышение артериального давления, бледности и сухость кожных покровов, уменьшение слюноотделения и сухость во рту, «гусиная кожа», тенденция к повышению температуры тела, зябкость конечностей и др.

Для вегетативной дистонии с преобладанием парасимпатического тонуса характерно наоборот снижение всего вышеупомянутого (встречается реже). Как правило, происходит сочетание симпатических и парасимпатических проявлений.

На фоне проявлений дистонии могут возникать кризы, это связано часто с эмоциональным напряжением. Длительность различна – от мин до часов, чаще в пределах часа.

Выделяют три вида: симпато-адреналовые (СА), вагоинсулярные (ВИ) и смешанные (С).

СА – учащения пульса, боли в области сердца, повышение артериального давления, бледности кожи, ознобе.

ВИ – «замирание» в области сердца, «перебои», давление в грудной клетке, недостаток воздуха, удушье, усиление перистальтики, ощущение жара, потливость, полиурия.

С – либо сочетание нарушений симпатического и парасимпатического отделов ВНС, либо две фазы: начался как симпатический переходит в парасимпатический. В структуру криза включаются состояния тревоги и страха. Часто присоединяются вторичные аффективные расстройства. Дифференциальная диагностика с диэнцефальной эпилепсией - для второй характерна периодичность проявлений + утрата сознания и судорожные проявления, чего нет при неврозах.

ДИНАМИКА И ИСХОДЫ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.

Исходы:

- 1) выздоровление.
- 2) хроническое состояние (невротическое развитие личности, т.е. это трансформация личности в сторону астенического развития).
- 3) Дефект.
- 4) Патологический характер развития личности (заострение личностных черт).

Динамика неврозов включают 3 этапа (по Ковалеву):

- 1) этап невротической реакции. Клиническая картина здесь почти полностью исчерпывается реактивно-невротическими симптомами.
- 2) Этап невротического состояния. Зависимость клин. проявлений от ситуации убывает, а на 1 план начинает выступать заостренные особенности личности, т.е. преморбид, конституция, реактивность, резидуальная органическая церебральная недостаточность.
- 3) этап невротическое развитие. Возникают спонтанные изменения настроения, фиксируется невротический тип реагирования, происходит саморазвитие невротических и патохарактериологических проявлений, которые в известной степени «открываются» от неблагоприятных ситуационных воздействий.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ НЕВРОЗОВ

При лечении невроза выбор метода терапии зависит, прежде всего, от особенностей личности пациента. Лечебные мероприятия должны быть комплексными и включать:

- 1). Психотерапию;
- 2). Фармакотерапию (антидепрессанты, транквилизаторы, психостимуляторы, другие нейротропные и психотропные препараты);
- 3). Методы биологического воздействия (отдых в условиях санатория, общеукрепляющие физиотерапевтические процедуры, диета и так далее).

В ряде случаев для лечения невроза необходимо лишь устранить психотравмирующую обстановку. Например, сменить работу, или место жительства. Основным, именно патогенетическим методом в лечении невротических расстройств является психотерапия.

ПСИХОТЕРАПИЯ – это лечение словом, информацией, передаваемой через вторую сигнальную систему. В лечении неврозов психотерапия всегда носит этапный характер.

На первом этапе врачу необходимо установить контакт с пациентом, изучить особенности его личности, тип реагирования и отношения к происходящим явлениям. Таким образом врач выявляет причину, устанавливает механизм развития невроза и выбирает метод психотерапии.

На втором этапе лечение направлено на разъяснение больному механизмов невротизации, на устранение основных болезненных симптомов с помощью выбранного метода психокоррекции.

На третьем этапе необходимо изменить отношение больного и его реакции к психотравме, убедить в излечении, то есть в обратимости нарушенных функций. У пациента вырабатывают правильную линию поведения, вовлекают в активную и полноценную трудовую и социальную деятельность.