

Неврозы и астенические состояния

Н.Г. Катаева

кафедра неврологии и нейрохирургии СибГМУ

*«Бог может простить грехи
наши, но нервная система
никогда»*

У. Джеймс

Схема лекции

- Этиология и патогенез неврозов
- Классификация неврозов
- Основные клинические синдромы
- Характеристика неврастении
- конверсионного и обсессивно-фобического неврозов
- Астенические состояния
- Принципы лечения невротических состояний

Психическая травма



«Невротик болен потому, что не осознает своей проблематичности, а человек, имеющий осознанную проблему, страдает от нее, не становясь больным»

К. Юнг

ЭТИОЛОГИЯ НЕВРОЗОВ

- Биологические факторы:
наследственность, конституция,
темперамент
- Личностные факторы:
- преморбидные особенности,
установки личности
- Социальные факторы

Круг Айзенка



Патогенез неврозов

- Нейрофизиологические концепции (Павлов И.П.)
- Нейрохимические (Коган Б.М., 1998)
- Психофизиологические (Арсененко Л.Д., 2003)
- Психоиммунологические (Александровский Ю.А., 2003)
- Психологические (Мясищев В.Н., 1960; Симонов П.В., 1964; Менделевич В.Д., 1998)

Нейродинамическая теория И. П. Павлова

- Невроз - хроническое длительное нарушение высшей нервной деятельности, вызванное перенапряжением нервных процессов в коре больших полушарий действием неадекватных по силе или длительности внешних раздражителей

Антиципационная теория В.Д. Менделевича

- Неврозогенез рассматривается как результат неспособности личности предвосхищать ход событий и собственное поведение во фрустрирующих ситуациях, что обусловлено преморбидными особенностями «потенциального невротика»
- *Антиципация- способность действовать и принимать те или иные решения с определенным временно-пространственным упреждением в отношении ожидаемых будущих событий

Потребностно - информационная теория эмоций (П.В. Симонов)

- **Возникновение эмоций рассматривается как результат рассогласования между прогнозируемой ситуацией и афферентными сигналами, поступающими из внешней среды. Если требуемый ситуацией объем информации соответствует наличной, эмоции не возникают, поведение носит заученный, автоматизированный характер**

Ноогенная теория (В. Франкл)

- В основе болезни- экзистенциальный вакуум, когда человек утрачивает СМЫСЛ ЖИЗНИ
- «Тот, у кого есть для чего жить, может выдержать почти любое как»

(Ницше)

Психоаналитическая каузальная сексуальная теория (З.Фрейд)

- **«Невротические симптомы по-своему связаны с жизнью лиц, у которых они обнаруживаются; они представляют собой заместитель того, что не осуществилось и было вытеснено из сознания». Н.с. возникают, когда «энергия вытесненного сексуального влечения» не переводится в иные допустимые «цензурой» виды деятельности**

Офисный синдром

- Связан с развитием информационных технологий, автоматизацией труда, гиподинамией, стереотипностью движений офисных служащих
- Продолжительность рабочего дня составляет 8 часов
- Работник большую часть времени находится за компьютером на рабочем месте, которое не соответствует по своим эргометрическим показателям нормам

Синдром выгорания «*burnout syndrom*»

- Стойкое состояние с постоянной этиологией и симптомами, возникающими в результате воздействия хронического стресса на рабочем месте
- Совокупность 3 признаков: истощения, цинизма и неэффективности в работе

Синдром выгорания «*burnout syndrom*»

- Выделяют 3 подтипа синдрома выгорания: суевливиый, неполноценный, изнуренный
- Суевливиый – высокая перегруженность, работают 40 час. в неделю. Отличаются амбициозностью, занимаются решением широкого спектра задач. Для них важны успехи и достижения, готовы рисковать собственным здоровьем в погоне за результатом

Синдром выгорания «*burnout syndrom*»

- Неполюноценный подтип – характерен для работников, чей труд является рутинным и монотонным и проявляется равнодушием, скукой, отсутствием интереса к работе и энтузиазма. Не видят для себя перспектив роста

Синдром выгорания «*burnout syndrom*»

- Изнуренный подтип- характерен для сотрудников, которые страдают из-за длительного отсутствия повышения по службе, контроля за их работой со стороны начальства

Офисный синдром

- Офисный синдром - сложный симптомокомплекс, включающий в себя нарушения, проявляющиеся в различных органах и системах, и развивающийся у офисных служащих в связи с воздействием на них различных факторов окружающей рабочей среды

Офисный синдром

- **Выделяют следующие группы заболеваний:**
- 1, Мышечно-скелетные боли в спине, шее, верхних конечностях
- 2. Головные боли. Причины: стрессы, длительная работа за компьютером, ненормированный рабочий день, недосыпание
- 3. Синдром «компьютерной мыши» (туннельный синдром)
- 4. Сердечно-сосудистые заболевания (атеросклероз, ГБ,)
- 5. Синдром «сухого глаза»
- 6. Заболевания ЖКТ
- 7. Заболевания дыхательной системы
- 8. Геморрой и трещины прямой кишки, хр. Воспалительные заболевания органов малого таза
- 9. Ожирение.
- 10. Варикозное расширение вен нижних конечностей, тромбофлебит.

Офисный синдром

- Наиболее распространенными нарушениями являются

болевого синдромы

- Отмечается тенденция к росту мышечно-скелетных болей (МСБ) в шее, плече, верхних конечностях и нижней части спины.
- МСБ ассоциированы с факторами риска рабочей среды (Janwantanakul P.)
- У значительного числа пациентов снижается трудоспособность. В Москве (2008 г) данная группа заболеваний – причина 380 тыс дней нетрудоспособности и 1700 случаев инвалидности. Возраст пациентов от 35 до 50 лет
- В других странах подобная ситуация

Факторы риска МСБ

- Выделяют 4 группы:
- **Индивидуальные** (женский пол, низкий уровень образования, недостаток сна, курение, длительное вождение автомобиля)
- **Физические** (длительное статическое положение спины, шеи, рук; стереотипность движений, несоблюдение эргометрических условий на рабочих местах, длительную работу за компьютером)
- **Клинические** (сколиоз, недостаточная выносливость мышц спины, , нестабильность, аномальная подвижность позв-ка,
- **Психологические** (высокий уровень стресса, большой объем работы, неудовлетворенность работой, низкий уровень поддержки коллег)
- **В течение 1 года работы разные МСБ появляются у 40% офисных работников**

Офисный синдром

БОЛИ В СПИНЕ

- Разработана шкала риска боли в нижней части спины у офисных работников BROW (Back pain Risk score for Office Workers). Рассчитывается индекс ВАІ: чем выше индекс, тем хуже функциональные способности пациента

Офисный синдром

Боли в шее и верхних конечностях

54% пациентов предъявляли жалобы. Реже беспокоили боли в локте, предплечье и запястье.

Изучение культуральных различий в локализации и выраженности МСБ, инвалидности (сравн. Япония и Великобритания) показало низкий уровень отсутствия японских служащих на работе по причине болезни. Это связано с особенностями культуры здоровья и убеждениями в Японии.

Т.о., в стратегию профилактики МСБ необходимо включать мероприятия по формированию определенных убеждений и ожиданий.

Офисный синдром

- МСБ и др. симптомы поражения верхних конечностей , связанные с работой, были объединены в группу
- WRULD (Work-related upper limb disorder). WRULD – гетерогенная группа симптомов и состояний, вкл. поражение мышц, нервов и сухожилий в/конечностей, возникающих или усугубляющихся под воздействием факторов рабочей среды. Влияния на эти нарушения оказывают мед. факторы, биомех. воздействия, высокие требования к служащему, орг. рабочие факторы, инд. психосоц. особенности индивидуума.
- Была предложена концепция «стиля работы»

«Стиль работы»

- Это инд. реакция человека на повышенные требования на работе. Они могут привести к повышению уровня физического и психологического стресса , что может взаимодействовать с конкретными физическими и психосоциальными факторами риска на рабочем месте. Особенность психологической реактивности, его поведение и когнитивная оценка являются компонентами «стиля работы» и при наличии высокого уровня стресса могут приводить к проявлениям: неудобная поза, отсутствие отдыха, игнорирование своих служебных обязанностей и т.д. Такой стиль неблагоприятен, и может способствовать усугублению WRULD.

Проведенные исследования в Дании показали, что неадекватный стиль работы в 3 раза повышает риск хронификации боли. В исследованиях показано, что 6 занятий с офисными работниками с неадекватным с.р.в течение 6 мес. позволили достичь успехов в отношении профилактики возникновения и развития WRULD. Ч/з 12 мес. Произошло достоверное уменьшение представленности болевого синдрома в шее и верхних конечностях.

*Невроз - функциональное, психогенное
(обратимое) нервно-психическое
заболевание, возникающее вследствие
нарушения особо значимых жизненных
отношений человека и проявляющееся
расстройствами со стороны
эмоционально-аффективной сферы без
психотических проявлений*

Б.Д. Карвасарский

Классификация неврозов

- Неврастения
- Истерический (гистрионический, конверсионный) невроз
- Невроз навязчивых состояний

Этапы динамики невроза

- 1 этап – невротическая реакция, до 1 месяца;
- 2 этап – острый невроз, до 1 года;
Затяжной невроз, до 5 лет;
- 3 этап – невротическое развитие личности, спустя 5 лет

/по В. Ковалеву/

Основные клинические синдромы

- Астенический
- Обсессивный
- Фобический
- Ипохондрический

Астенический синдром (др. греч. «бессилие, слабость»)

Облигантные СИМПТОМЫ:

- Собственно астения
- Вегетативные нарушения
- Расстройства сна

Факультативные СИМПТОМЫ:

- нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы
- респираторные симптомы
- нарушения со стороны ЖКТ

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АСТЕНИИ

- Раздражительность, вспыльчивость
- Слабость после нормальной активности, снижение работоспособности, вялость
- Лабильность настроения
- В сознании преобладает чувство усталости и разбитости
- Ухудшение состояния к вечеру
- Пониженное настроение с чертами капризности, неудовольствия
- Слезливость
- Гиперестезия (непереносимость яркого света, громких звуков, резких запахов)
- Головные боли
- Бессонница или повышенная сонливость
- Вегетативные нарушения
- Метеозависимость (симптом Н.И.Пирогова)
- Нарушения памяти и внимания
- Потеря аппетита





- Гиперстеническая — характеризуется сверхвозбудимостью сенсорного восприятия с повышенной восприимчивостью нейтральных в норме внешних раздражителей. Повышенная раздражительность, несдержанность и нетерпеливость. Это нередко сопровождается слабодушием, слезливостью.
- Форма раздражительной слабости — свойственны повышенная возбудимость в сочетании со слабостью, истощаемостью, легкими переходами от чрезмерной активности к апатии.
- Гипостеническая форма — снижение работоспособности, ощущение постоянной усталости, вялости, дневной сонливости.

Стадии астенического синдрома

Клинические:

- гиперстеническая
- переходная
- гипостеническая

Патофизиологические:

(Иванов- Смоленский):

- нарушение внутреннего торможения
- истощение возбудительного процесса
- торможение корковых процессов

Преморбидные черты при астении могут усугубляться вплоть до навязчивых состояний

Астенический синдром

- Астения предшествует, определяет и почти всегда завершает течение любой болезни. Рост распространенности хронических болезней неизбежно влечет увеличение встречаемости и значимости астении. Астения приводит к значительному снижению работоспособности, нарушает привычную жизнедеятельность, негативно влияет на течение соматической патологии и качество жизни пациента.



Астения – состояние, проявляющееся повышенной утомляемостью и истощаемостью, ослаблением или утратой способности к продолжительному физическому и умственному напряжению

Большая Медицинская энциклопедия, 1982



Астенические состояния

УСТАЛОСТЬ - результат истощения энергетических ресурсов

АСТЕНИЯ - следствие неправильного использования энергетических ресурсов



Обсессивный синдром характеризуется внезапным появлением мыслей, представлений или других явлений, не связанных в данный момент с содержанием сознания. Имеется элемент борьбы с навязчивостями в виде ритуалов.

Выделяют: навязчивости

- * с нейтральным содержанием (мудрствование, навязчивый счет),
- * тягостным содержанием (возврат к психотравмирующей ситуации)

Фобический синдром

Характеризуется внезапным возникновением страха с определенной фабулой, воспринимается как эмоционально тягостное состояние; сохраняется критика. Имеется элемент борьбы в виде ритуалов.

- Нозофобии: кардиофобия, сифилофобия, канцерофобия, спидофобия, радиофобия.
- Лиссофобия, гипсофобия, мизофобия, эрейтофобия, клаустрофобия, агорафобия, скоптофобия

Ипохондрический синдром

*«Состояние, при котором у пациента возникает склонность приписывать болезни, которых нет»
(С.С. Корсаков).*

Изменения затрагивают чувствительную, эмоциональную и интеллектуальную сферы

Неврастения (F48)

- Описана Бирдом в 1880 году.
- Основной интрапсихический конфликт - противоречие между возможностями личности и завышенными требованиями к себе.
- Выделяют три формы: гиперстеническую, переходную, гипостеническую.

Астенические состояния

- Функциональные нервно-психические нарушения, возникающие при заболеваниях различных органов и систем. В основе снижения функциональных возможностей мозга лежит нарушение обменных процессов в мозге, недостаточное поступление кислорода, питательных веществ, эндогенная и экзогенная интоксикации



КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АСТЕНИИ (неспецифичные и разнообразные)

ФИЗИЧЕСКИЕ

- мышечная слабость
- снижение физической активности

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ

- расстройство внимания, памяти, запоминания

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ

- недостаток уверенности в себе, апатия
- беспричинная раздражительность
- снижение мотивации
- нарушения сна

СЕКСУАЛЬНЫЕ

- потеря либидо
- снижение эректильной функции

ПЕРВИЧНАЯ АСТЕНИЯ

(психогенная, функциональная, реактивная)



- Развивается в рамках невротических, вегетативных и соматоформных расстройств.
- У здоровых людей под воздействием факторов, вызывающих дезадаптацию.
- После перенесенных заболеваний, в послеродовом периоде, у студентов и спортсменов после перегрузок и стрессов, пожилых людей; у людей, работающих в суточном графике.

«Доработались ...»

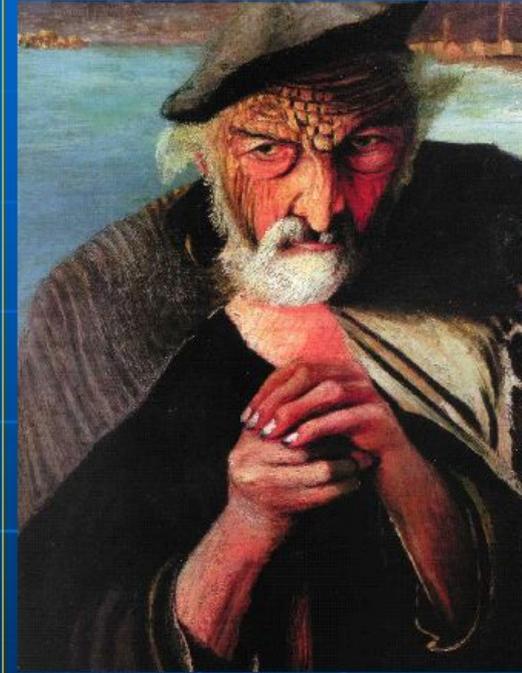
ВТОРИЧНАЯ АСТЕНИЯ (органическая)

- На фоне любого имеющегося на данный момент хронического заболевания (неврологических, психических, соматических, инфекционных, эндокринологических, гематологических и т.д.).



ВИДЫ АСТЕНИЙ:

- **ЦЕРЕБРОГЕННАЯ** – обусловлена снижением функциональных возможностей мозга - нарушение обменных процессов в мозге вследствие расстройств гемо- и ликвородинамики различного генеза;
- **СОМАТОГЕННАЯ** - недостаточное поступление кислорода и питательных веществ при заболеваниях органов дыхания, пищеварения, крови, сердечно-сосудистой системы, печени, почек; различного рода эндогенная и экзогенная интоксикация;
- **СОМАТОЦЕРЕБРОГЕННАЯ** - воздействие физико-химических или инфекционно-токсических факторов на внутренние органы и нервную систему (проникающая радиация, СВЧ-поле, общие инфекции, экзогенные интоксикации);
- **АДАПТАЦИОННАЯ** - при дезадаптирующих влияниях экстремальных факторов на специфические анализаторы, а также на неспецифические активирующие системы мозга (астеническая реакция адаптации к новым условиям жизни и деятельности).



Диф.диагностика неврастении и астении

- Исследование мышечного тонуса:
- Повышение мышечного тонуса при неврастении, подтвержденные данными ЭМГ
- Снижение мышечного тонуса при астеническом состоянии



Функции различных структур ЦНС, которые контролируются активирующей ретикулярной формацией

Стриатум Моторная
координация

**Физический
статус**

Гиппокамп Память

**Интеллектуальная
функция**

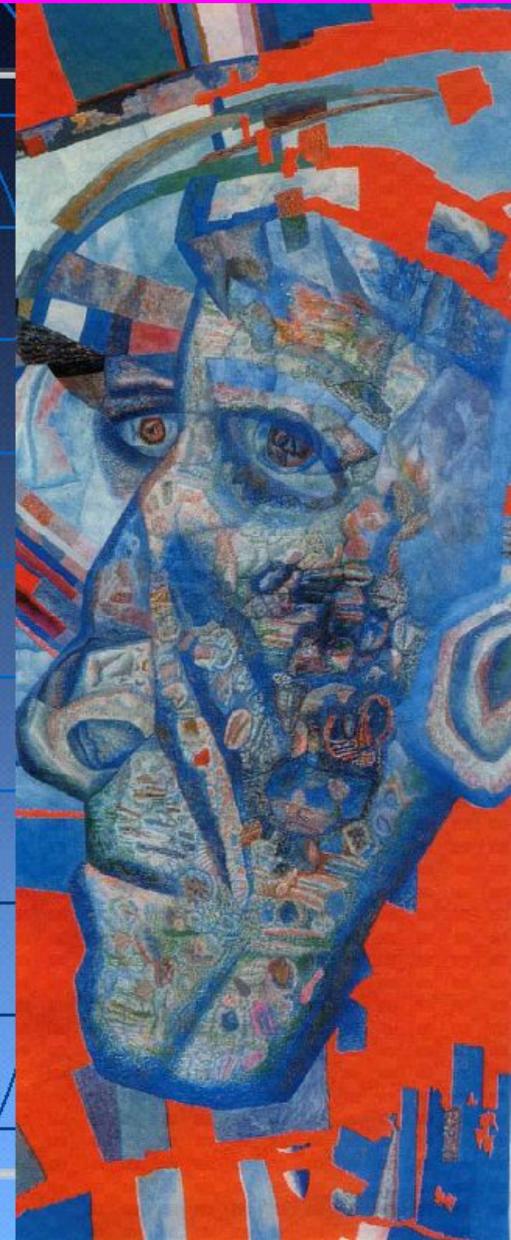
Таламус Эмоции
и мотивации

**Психологический
статус**



Патофизиология астении

- Перегрузка активирующей ретикулярной формации (RAS), которая синхронизирует все аспекты поведения человека и управляет его энергетическими ресурсами



Синдром хронической усталости (СХУ) фатиг –синдром

- Заболевание, характеризующееся необъяснимым чувством усталости и слабости на протяжении не менее 6 месяцев, которое не проходит даже после длительного лечения.
- Встречается чаще у молодых энергичных женщин с повышенной ранимостью, чувствительностью и выраженным чувством долга в возрасте от 29 до 49 лет. К факторам риска относятся СХУ воздействия, ослабляющие общую, иммунную и нервно-психическую устойчивость организма.

Диагностические критерии СХУ

- **Большие критерии: 2 обязательных**

1. Внезапное появление непреходящей усталости и резкое снижение активности (не менее чем на 50%) в течение посл. 6 м-цев
2. Исключение всех известных, кроме СХУ, заболеваний, физических или эмоциональных причин, вызывающих усталость (с прим- ем лаб. тестов, осмотра и анамнеза)

- **Малые критерии: 8 из 11**

1. Слабость
2. Головная боль
3. Боли в горле
4. Боли в животе
5. Глазная боль и/или светобоязнь
6. Болезненные лимфатические узлы
7. Миалгия и/или артралгия
8. Нарушение сна
9. Резкое снижение интеллектуальных способностей
10. Депрессивные симптомы
11. Неврологические симптомы (нарушение равновесия, парестезии)

Дополнительные физические признаки:

субфебрилитет,
неэкссудативный фарингит, лимфаденит

Истерический (гистрионический, конверсионный) невроз

- Истерия (греч.- Hystera, матка) сопровождается выраженной аффективной неустойчивостью, большой насыщенностью аффективных реакций, их яркостью, демонстративностью, экспрессивностью, стремлением привлечь внимание окружающих

Истерический невроз

- Интрапсихический конфликт определяется чрезмерно завышенными претензиями личности, всегда сочетающимися с недооценкой объективных реальных условий или требований окружающих
- В патогенезе болезни играет роль механизм «бегства в болезнь», «условной приятности и желательности болезненного симптома»

Истерический невроз

- Характер истерика – это эгоцентрическая доминанта, которой свойственны внешняя впечатлительность, психический инфантилизм, внушаемость, патологическая фантазия

(лживость)

П. Ганнушкин

Группы болезненных проявлений

- Представлены следующими нарушениями :
 - Моторными
 - Сенсорными
 - Вегетативно-висцеральными
 - Психическими

Истерические (конверсионные) расстройства (F44.4-F44.7)

Моторные	Сенсорные	Вегетативно- висцеральные
Судорожные припадки	Слепота	Сердечной деятельности
Параличи	Глухота	Дыхания
Гиперкинезы	Гипо-и гиперестезии	ЖКТ
Астазия- абазия	Боли	Сексуальные нарушения

Невроз навязчивых состояний

- Интрапсихический конфликт обусловлен борьбой между желанием и долгом, между моральными принципами и личными привязанностями
- Три типа течения: 1. Однократный приступ болезни длится недели, годы
- 2. Рецидивирующий тип
- 3. Прогрессирующее течение болезни

Обсессивно- фобические расстройства (F 40, 41,42)

- Тревожно-фобические расстройства (ТФР) – 5%
- Обсессивно-компульсивные расстройства (ОКР) - 1,5%

Обсессивно-фобические расстройства

- ТФР
- Паническое расстройство
- Агорафобия
- ГТР
- Ипохондрические фобии (нозофобии)
- Социальные фобии (изолированные, генерализованные)
- ОКР
- Обсессивные мысли, сомнения
- Компulsive действия

Тревожно-фобическое расстройство

- Паническая атака – неожиданно возникающий и быстро (в течение неск. мин.) нарастающий симптомокомплекс вегетативных расстройств (сердцебиение, стеснение в груди, ощущение удушья, нехватки воздуха, потливость, головокружение), сочетающееся с ощущением надвигающейся смерти, страхом потери сознания, либо потери контроля над собой, сумасшествия. Продолжительность – не более 20-30 минут .
- Агорафобия – широкий круг пугающих больного ситуаций. Страх оказаться без помощи в случае возникновения ПА.

«Внутренняя картина болезни... все то, что переживает больной, его представления о своей болезни, о ее причинах, весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных состояний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» Р. А. Лурия

Типы ВКБ (по Р.А. Лурия)

- Адекватная
- Ипохондрическая
- Истерическая
- Анозогнозическая

Структура ВКБ

I уровень - чувственный

II уровень - эмоциональный

III уровень - интеллектуальный

IV уровень - мотивационный

ВКБ при неврозах

(В.А. Ташлыков)

- При неврастении-компенсаторный механизм «ухода в болезнь» - «уход в деятельность»
- при НУ- неврозе - механизм «вытеснения», «ухода в болезнь», «регрессия». «фантазирование»
- при неврозе н.с. - механизм «вытеснения», «интеллектуализации»

Методы лечения невротических расстройств (психотерапевтические)

- Психологическое консультирование:
- Рациональная психотерапия (Р. Dubois)
- Логотерапия (V. Frankl)
- Психология самореализации (А. Maslov)
- Когнитивная психотерапия (А. Beck)
- Патогенетическая психотерапия (В.Н. Мясищев)

Психотерапевтические тренинги

- Бихевиоральная (поведенческая) терапия
- Аутотренинг (J. Schultz, 1932; К.И. Мировский и А.Н. Шогам, 1963)
- НЛПИ (модальности: аудиальная, визуальная, кинестетическая)
- Психодрама
- Трансактный анализ (E. Bern)

Психотерапевтические методы

- Суггестивные
- Психоаналитические
(психодинамические)
- Поведенческие
- Феноменологически-гуманистические
(гештальт - терапия)
- Биологическая обратная связь (БОС)

Психотерапевтические методы

Поведенческая терапия сохраняет приоритетное значение.

- Направлена на устранение или минимизирование этиологических факторов, эмоционального, физического или умственного перенапряжения. Щадящий образ жизни, ежедневная физкультура в течение часа, минимизация неблагоприятных воздействий. Сбалансированное питание, обеспечение необходимыми витаминами и минералами (дополнительное назначение препаратов).
- Вит. гр. А, С и Е – обладают антиоксидантными свойствами.
- Вит гр. В регулируют работу ферментов энергообмена, благоприятно действуют на нервную деятельность. Доказана роль дефицита ионов магния в формировании астении. Комбинация магния с вит. В – оптимальный астенический и антистрессовый комплекс

Психотерапия невротических расстройств

- Тревожно-фобические расстройства (F40)
- *Агорафобия (F40.0)*
- Антидепрессанты (имипрамин, доксепин, кломипрамин, миансерин, пирлиндол)
- Транквилизаторы (диазепам, алпразолам, клоназепам, феназепам, фенибут; атипичный – адаптол)
- Карбамазепин

Психофармакотерапия невротических расстройств

- *Социальные фобии (F40.1)*
- Антидепрессанты (моклобемид, пирлиндол)
- Транквилизаторы (диазепам, алпразолам, феназепам)
- *Специфические (изолированные) фобии (F40.2)*
- Транквилизаторы
- Бета-адреноблокаторы (пропранолон, тразикор, обзидан)
- Антидепрессанты

Психофармакотерапия невротических расстройств

- Другие тревожные расстройства (F41)
- *Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога) (F41.0)*
- Транквилизаторы
- Антидепрессанты (имипрамин, доксепин, amitриптилин, миансерин, пароксетин)
- Бета-блокаторы
- Ноотропы (ноотропил, пирацетам)
- Карбамазепин

Психотерапия невротических расстройств

- *Генерализованное тревожное расстройство (F41.1)*
- Транквилизаторы (диазепам, клоназепам)
- Зопиклон, золпидем
- Бета-блокаторы (обзидан, атенолол)
- Антидепрессанты (имипрамин, доксепин, amitриптилин, сертралин, флуоксетин)
- Нейролептики (сульпирид, тиоридазин, алимемазин)
- Карбамазепин

Психотерапия невротических расстройств

- Обсессивно-компульсивное расстройство (F42)
- Антидепрессанты (кломипрамин)
- Нейролептики (хлорпротиксен, алимемазин, тиоридазин)

Психофармакотерапия невротических расстройств

- Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F 43)
- *Острая реакция на стресс (F43.0)*
- Транквилизаторы (афобазол)
- Антидепрессанты (имипрамин, тианептин, amitриптилин, пирлиндол, пипофезин)
- Карбамазепин
- Нейролептики

Психотерапия невротических расстройств

- *Посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1)*
- Антидепрессанты
- Карбамазепин
- Соли лития
- Нейролептики
- Транквилизаторы

Психотерапия невротических расстройств

- *Расстройства адаптации (F43.2)*
- Транквилизаторы
- Бета-блокаторы
- Нейролептики
- Карбамазепин
- Антидепрессанты

Психотерапия невротических расстройств

- Диссоциативные (конверсионные расстройства) (F44)
- Транквилизаторы
- Нейролептики
- Антидепрессанты (кломипрамин, имипрамин, amitриптилин)

Психотерапия невротических расстройств

- Соматоформные расстройства (F45)
- *Соматизированное расстройство (F45.0)*
- *Ипохондрическое расстройство (F45.3)*
- *Соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3)*
- *Хроническое соматоформное болевое расстройство (F45.4)*

Психотерапия невротических расстройств

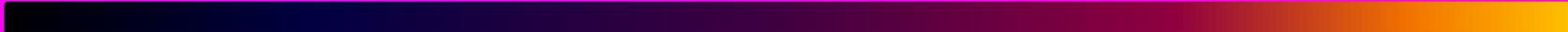
- Транквилизаторы
- Бета-блокаторы
- Антидепрессанты (тианептин, пирлиндол, миансерин, циталопрам, флуоксетин)
- Нейролептики
- Карбамазепин

Психотерапия невротических расстройств

- Неврастения (F48.0)
- Общетонизирующие (жень-шень, левзея, фитовит, энерион, ладастен)
- Ноотропы (кортексин, мемоплант)
- Церебролизин
- Транквилизаторы, в том числе адаптол, фенибут
- Антидепрессанты
- Дормиплант (нарушение сна)

Астенические расстройства у детей

- **Цереброгенная астения** - следствие травматического или нейроинфекционного генеза, сочетается с другими проявлениями гипертензионно-гидроцефального синдрома. Выраженная истощаемость, низкая работоспособность. На фоне уменьшения истощаемости присоединяется эксплозивность
- **Соматогенная астения** – следствие соматического заболевания
- **Резидуальная астения** – последствие перинатальной патологии (недоношенность, гипоксически-ишемическая энцефалопатия, родовая травма) отставание в психомоторном развитии, задержка речевого развития. Резкая смена настроения, снижение памяти, слабая выраженность интеллектуальных интересов. Нарушение мелкой моторики, элементы мозжечковой атаксии. Дисграфия, дислексия, энурез.
- **Дизонтогенетическая астения** – умеренная утомляемость, невнимательность. Фон – последствия незначительной гипоксически-ишемической энцефалопатии. Поведение- капризность, раздражительность. Ухудшение весной, осенью. Коморбидные нарушения- тики, заикание.
- **Неврастения** - Заболевание проявляется острой или хронической психотравмирующей ситуацией. Реакция личности на снижение работоспособности. Дети стремятся справиться с ситуацией при нехватке сил. Повышен уровень тревожности, трудности при засыпании, головные боли напряжения. Повышена чувствительность к внешним раздражителям.



Благодарю за внимание!!!