

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 – д.м.н., доцент Березовская М.А.

Реферат

НЕВРОЗЫ

выполнил: ординатор 2 года

специальность Психиатрия

Ковалев Максим Андреевич

Проверил: д.м.н., доцент Березовская М.А.

Красноярск, 2022

Оглавление

Введение.....	3
Распространённость	3
Типы неврозов	3
Неврастения	3
Невроз навязчивости (обсессивно-фобический невроз).....	5
Истерический невроз	8
Дифференциальный диагноз	10
Этиология и патогенез	10
Лечение.....	12
Список литературы:	14

Введение

Неврозы – это группа функциональных заболеваний, обусловленных продолжительным пребыванием в ситуации тяжелого внутриличностного конфликта, проявляющихся исключительно мягкой (невротического уровня) симптоматикой и нарушениями в соматовегетативной сфере. При этом больные сохраняют критику, понимают болезненный характер имеющихся симптомов, стремятся избавиться от них. Течение неврозов длительное, но не прогрессивное, в исходе отмечают выздоровление или постоянное существование симптомов болезни (невротическое развитие личности).

Распространённость

Данные о распространённости неврозов противоречивы из-за расхождения в существующих классификациях (2-20% населения). Кроме того, известно, что большая часть больных с неврозами либо не обращаются к врачам, либо проходят лечение у терапевтов, невропатологов и других специалистов. Среди обращающихся к психиатрам больные неврозом составляют 20-25%. Большая часть больных – женщины, преобладают люди молодого и зрелого возраста (до 50 лет).

Типы неврозов

Выделяют три основных типа невроза: неврастения, истерический невроз, невроз навязчивостей.

Неврастения

Симптомы этого невроза многообразны, но среди них есть облигатные, которые можно наблюдать у всех больных в развернутой стадии заболевания. Вначале появляются вегетативные расстройства, которые первыми сигнализируют о перегрузке нервно-психической сферы. Можно отметить явления гиперпатии, обуславливающие картину «раздражительной

слабости». Даже при небольшом волнении или легкой физической нагрузке у больных возникает тахикардия с ощущением сильного сердцебиения, потливость, похолодание конечностей, исчезает сон, ухудшается аппетит. Гиперестезия в одних анализаторах может сочетаться с гипестезией в других. Гиперпатия иногда выражена так резко, что больные страдают от действия обыденных раздражителей: чувствительность глаз достигает такой степени выраженности, что пациенты не выносят воздействия даже обычного, рассеянного света, они вынуждены закрывать шторами окно, чтобы избавиться от рези в глазах. То же относится к явлениям гиперacusии, гиперосмии и т.д. Остро может развиваться чувство голода, головная боль, которая описывается как сжимающая, сдавливающая «обручем». Боль усиливается при волнении, при умственной нагрузке.

На следующем этапе болезни появляются различные сенсомоторные расстройства, повышается чувствительность к ощущениям со стороны внутренних органов. Больные плохо переносят температурные перепады, их знобит в прохладную погоду; при жаре у них резко повышается потливость. Появляется стойкое ощущение шума в ушах, они чувствуют работу сердца, желудка, кишечника. Такие ощущения вызывают ипохондрическую настроенность, еще больше заставляют «прислушиваться к себе», круг ипохондрических жалоб может расширяться. Больным становится трудно выполнять мелкие тонкие движения, сохранять однообразную позу, любое ожидание становится для них мучительным. Далее присоединяются аффективные нарушения. Ничтожное событие доводит их до слез, они быстро обижаются и раздражаются, хотя быстро могут успокоиться и корить себя за несдержанность. Самочувствие характеризуется крайней неустойчивостью аффекта при преобладании пониженного настроения с недовольством собой (но без тоскливости). По утрам самочувствие чаще бывает плохое, на людях они немного «выправляются», могут чувствовать себя лучше, но быстро утомляются и прежние симптомы неустойчивости возвращаются вновь.

При попытке выполнять прежние нагрузки усиливаются явления вегетативной дисфункции, сенсомоторных и аффективных расстройств. Могут обнаруживаться затруднения в интеллектуальной деятельности (трудно читать, усваивать материал лекций в процессе учебы и др.). Больные не могут длительное время сосредоточивать внимание на чем-либо важном, начинают думать о постороннем («ассоциативный ментизм»). У них может нарушаться память на отвлеченные понятия вследствие затруднения фиксации внимания. Общение с друзьями на какое-то время отвлекает, затем начинает надоедать и раздражать.

При длительном течении болезни часто происходит расширение симптоматики, например могут закрепляться истерические реакции невротического характера. Различают два варианта неврастения: невроз истощения, причиной которого являются значительные перегрузки, и реактивную неврастению, возникающую вследствие воздействия психотравмирующих факторов. Кроме того, выделяют гипостеническую и гиперстеническую неврастению, хотя правильнее рассматривать эти формы как этапы развития самого заболевания. Для гиперстенической формы больше характерна раздражительность, повышение чувствительности к внешним воздействиям, нарушение внимания. При гипостенической форме преобладает чувство усталости, вялость, снижение трудоспособности. Течение неврастения может стать неблагоприятным, затягиваться вследствие присоединения другой невротической симптоматики (отдельные навязчивые сомнения, опасения и др.).

Невроз навязчивости (обсессивно-фобический невроз)

Этот невроз включает в себя ряд невротических состояний, при которых у больных возникают навязчивые страхи, мысли, действия, воспоминания, которые ими самими воспринимаются как чуждые и неприятные, болезненные; в то же время больные самостоятельно не могут освободиться от своих навязчивостей.

В происхождении заболевания важную роль играет конституционально-личностная предрасположенность. Среди больных преобладают лица, склонные к рефлексии (самоанализу), а также тревожно-мнительные.

Чаще всего ведущей симптоматикой невроза являются страхи (фобии). Преобладает страх заболеть тяжелыми соматическими или инфекционными заболеваниями (кардиофобия, канцерофобия, сифилофобия и т.д.). У многих больных чувство страха вызывает пребывание в замкнутых пространствах, транспорте (клаустрофобия); они боятся выходить на улицу или находиться в людном месте (агорафобия); в некоторых случаях страх возникает тогда, когда больные только представляют себе эту трудную для них ситуацию. Невротики, при наличии фобических расстройств, стараются любым способом избавиться от тех ситуаций, в которых у них появляются страхи. Многие из них постоянно обращаются к различным врачам, чтобы убедиться в отсутствии заболеваний сердца (при кардиофобии), онкологического заболевания (канцерофобия). Пристальное внимание к работе своих внутренних органов способствует формированию ипохондрического расстройства.

Иногда неврозы развиваются в связи с нарушением какой-либо привычной деятельности, при этом больные находятся в состоянии ожидания неудачи ее выполнения. Типичным примером может служить возникновение психогенного ослабления адекватных эрекций у мужчин, что в дальнейшем приводит к фиксации внимания на возможном «срыве» при необходимости сближения с женщиной и формированию «невроза ожидания».

В более редких случаях особенности невроза характеризуются преобладанием навязчивых мыслей. У больных помимо их желания возникают, например, навязчивые воспоминания, от которых они не могут избавиться; некоторые больные бессмысленно пересчитывают ступеньки на лестнице, количество проезжающих машин какого-либо одного цвета, неоднократно задают себе различные вопросы и стараются ответить на них (почему в слове «стул» четыре буквы, а в слове «лампа» пять букв; почему

стул — это стул, а не стол, хотя оба слова имеют четыре буквы и т. д.). При этом формируется феномен «умственной жвачки». Пациенты понимают бессмысленность подобных размышлений, но не могут от них избавиться. Особенно тяжело переживаются ими навязчивые мысли о необходимости совершения каких-нибудь постыдных действий, например, публично выругаться на людях, убить своего ребенка (контрастные мысли). Хотя больные никогда не реализуют подобных тенденций, переживают их тяжело. Кроме подобных расстройств, могут возникать компульсии, например навязчивое мытье рук для достижения их идеальной чистоты (до 100 раз и более в сутки), возвращения домой для проверки закрыта ли дверь, выключен ли утюг. В ряде случаев возникают навязчивые действия (ритуалы) с целью устранения навязчивости. Например, больной должен 6 раз подпрыгнуть и только после этого он может выйти из дома, так как спокоен и знает, что ничего плохого сегодня с ним не случится, и др.

В динамике невроза навязчивых состояний можно выделить три стадии

- первая стадия — навязчивый страх возникает только в ситуации, когда больной боится чего-либо;
- вторая стадия — навязчивый страх возникает при мысли оказаться в подобной ситуации;
- третья стадия — условно-патогенным раздражителем является слово, каким-то образом связанное с фобией.

У некоторых больных наблюдаются «панические атаки» — повторяющиеся приступы резкого страха, чаще всего страха смерти, или потери сознания, которые сопровождаются сердцебиением, одышкой, болевыми ощущениями. Эти состояния могут быть достаточно продолжительными по времени, больные впоследствии опасаются их повторного возникновения, не выходят одни на улицу или передвигаются с сопровождающими. Большая часть таких вегетативных пароксизмальных приступов с сердцебиением и одышкой тесно связаны с хроническим стрессом и возникают на фоне переутомления. В отечественной психиатрии подобные состояния описывались как

симпатоадреналовые кризы или обозначались как диэнцефальный синдром. Течение невроза навязчивости чаще всего затягивается на длительное время, происходит формирование невротического развития личности.

Истерический невроз

Возникновение истерии у женщин еще в Египте и в Древней Греции связывалось врачами античности с заболеваниями матки (от греч. *hysera* - матка). Этот вид невроза проявляется многообразными функциональными психическими, соматическими и неврологическими расстройствами. Он характеризуется выраженной внушаемостью и самовнушаемостью больных, стремлением привлечь к себе внимание. В связи с изменчивостью состояния больных при истерии ее симптомы могут напоминать проявления самых различных, в том числе соматических болезней.

При истерическом неврозе сочетаются вегетативные, двигательные и сенсорные расстройства, что способствует сближению симптоматики невроза с соматической патологией (соматизированная, конверсионная, блазированная истерия). Вегетативные проявления истерии обнаруживаются в виде симпатикотонических, ваготонических, дистонических кризов, упорной тошноты, рвоты, обморочных состояний, различных спазмов.

Двигательные расстройства чаще всего проявляются в виде дрожания, тремора в конечностях, во всем теле, блефароспазма, хореоформных движений, подергиваний, развивающихся после различных психотравмирующих воздействий. Эти явления могут исчезать при переключении внимания, под воздействием внушения. Истерические параличи часто напоминают явление истинной гемиплегии или параплегии, обнаруживая сходство или с центральными, или с периферическими, вялыми параличами. Но их генез также психогенный, а топография не соответствует зоне локализации болезненного очага в центральной нервной системе. Не возникают патологические рефлексy, атрофии мышц чаще всего нерезко выражены, хотя в отдельных случаях могут быть значительными.

Сенсорные расстройства характеризуются нарушениями чувствительности, такими как гипостезии, гиперестезии, анестезии, которые могут обнаруживаться в различных частях тела и бывают достаточно распространенными (в виде чулок, перчаток, пояса, даже половины туловища). Болевые ощущения (истерические алгии) могут наблюдаться также практически во всех частях тела (суставы, конечности, органы брюшной полости, сердце). Там, где подобные симптомы преобладают, больных часто направляют к хирургам, им проводят лапаротомии, хирургические операции («синдром Мюнхгаузена»).

При истерическом неврозе часто развиваются такие явления, как глухота, слепота, которые, как правило, связаны с психогенными воздействиями отрицательного характера.

Генерализованное судорожное явление (классический истерический припадок) в настоящее время встречается крайне редко. В отличие от эпилептического припадка больные не прикусывают язык, падают так, что не получают повреждений, они способны воспринимать и оценивать все, что происходит вокруг. В структуре истерического припадка часто наблюдается тотальный тремор или подергивание отдельных частей тела. Выразительные движения и «страстные позы», описанные Ж. Шарко, сейчас не наблюдаются. Типичные параличи, явления астазии-абазии также являются редко. Вместо мутизма чаще наблюдается дрожание речи, заикание.

Больные всегда подчеркивают тяжесть своего состояния, именно к этому стремятся привлечь внимание близких, а также врачей.

Аффективные нарушения проявляются крайней лабильностью эмоций, резкой сменой настроения, больные легко переходят от рыдания, плача к смеху, дикому хохоту.

Психогенный характер всех истерических расстройств очевиден, это относится и к «соматизированным» проявлениям, которые в настоящее время обозначаются как конверсионные.

Дифференциальный диагноз

Обычно он не вызывает трудностей, т.к. врач наблюдает наличие важного признака тесной взаимосвязи воздействующего стрессового фактора и клинической картины заболевания. При длительном течении невроза или невротического развития в ряде случаев требуется проводить дифференциацию с малопрогредиентной шизофренией (например, шизофрения с навязчивостями). При эндогенном процессе неврозоподобная симптоматика имеет характерные особенности. Навязчивости появляются сами по себе, преобладают «абстрактные навязчивости» (контрастные мысли, умственная жвачка, навязчивые воспоминания, действия и др.). Эндогенные навязчивости быстро приобретают характер ритуальных действий, компонент борьбы с навязчивостями быстро исчезает. На передний план выступает потускнение эмоциональных реакций, снижение активности и психической продуктивности больных, нарастает аутизм. При неврозе преодоление психогенной ситуации, своевременная терапия приводят к стабилизации состояния и постепенному исчезновению невротической симптоматики без признаков изменения структуры личности.

Этиология и патогенез

Основной причиной невроза (независимо от развития того или иного клинического варианта) является психическая травма, обуславливающая стрессовое воздействие. В основном это невосполнимая потеря (смерть близкого человека), утрата имущества, угроза здоровью и благополучию (известие о тяжелом заболевании, судебное следствие), унижение, лишение работы, предание гласности порочащих сведений, создание невыносимых условий для жизни и работы.

Патогенетические механизмы при неврозе часто определяются его клиническим типом (неврастения, истерический невроз, невроз навязчивостей). Но в самом общем виде невротические состояния

развиваются как следствие взаимодействия двух конфликтных возбуждений, ни одно из которых не может быть подавлено полностью. П. В. Симонов объясняет развитие невроза возникновением застойного возбуждения эмоциональных центров при рассогласованности потребности с вероятностью ее удовлетворения. Главным побудительным моментом любого невротического состояния является так называемый внутриличностный конфликт с наличием разнонаправленных тенденций при резко подчеркнутой эмоциональности переживаний. И. П. Павлов так характеризовал подобную ситуацию: «Меня кто-нибудь оскорбил, но я по какой-нибудь причине не мог ответить словом, а тем более действием. Таким образом, я переживаю конфликт возбуждения и торможения».

При изучении патогенеза неврозов учитывается, что невротическое состояние может быть вызвано не только сигналами, свидетельствующими о факте утраты, потери, угрозы или унижения, но и прямым неудовлетворением потребностей. Витальные человеческие потребности, требующие обязательного удовлетворения, обычно делятся на три категории:

- 1) материально-биологические — необходимость иметь средства для обеспечения индивидуального или семейного существования (пища, жилище, одежда);
- 2) социальные — потребность занимать определенное место в обществе, пользоваться признательностью, вниманием окружающих, их уважением, любовью;
- 3) идеальные — духовные, культурные, информационные, потребности познания окружающего мира и своего места в нем.

Все эти виды потребностей обнаруживают сложные индивидуальные взаимосвязи и различные их комплексы.

В. Н. Мясищев рассматривает психоневроз как «психогенное» заболевание, в основе которого лежит неудачно, нерационально и непродуктивно разрешаемое личностью противоречие между самой личностью и значимыми для нее сторонами действительности, вызывающее болезненно тягостные для

нее переживания: неудачи в жизненной борьбе, неудовлетворение важнейших потребностей, недостигнутая цель, невосполнимая потеря, неумение найти рациональный выход. Это влечет за собой психическую и функциональную дезадаптацию личности, приводя к формированию невроза.

Лечение

Лечение неврозов основано на сочетании психо- и фармакотерапии. Широко используют методы неспецифического воздействия – физиолечение, рефлексотерапию, массаж, диетотерапию. Довольно часто лечение проводят амбулаторно, но в некоторых случаях показана госпитализация для выведения больного из психотравмирующей ситуации.

При неврастении лечение должно сочетаться с полноценным отдыхом. Госпитализация позволяет отделить больного от травмирующей ситуации. Психотерапия играет ведущую роль. На первом этапе выбирают релаксирующие методики: аутогенную тренировку, внушение в бодрствующем состоянии с использованием образов простора, прохлады, полета, отдыха. Назначают также релаксирующие физиопроцедуры и массаж. В период реконвалесценции применяют активизирующие тренирующие методики с постепенным увеличением нагрузки для подготовки к самостоятельному преодолению препятствий (лечебную физкультуру, а также групповую психотерапию и анализ, направленные на экспрессию психологических защит). Фармакотерапию используют в качестве дополнительного средства, часто большое значение имеет плацебо-эффект. Показаны безопасные антидепрессанты с седативным эффектом (флувоксамин, пароксетин, тразодон). Для преодоления усталости назначают ноотропы (пирацетам, фенибут), при бессоннице – транквилизаторы на ночь (лоразепам, оксазепам, алпразолам), при раздражительности – малые дозы нейролептиков (хлорпротиксен, неуптил, рисперидон). Также широко используются и симптоматические средства (β-адреноблокаторы, блокаторы

кальциевых каналов).

В лечении невроза навязчивости психофармакологические средства играют весьма важную роль. В последние годы рекомендуют начинать лечение с назначения антидепрессантов. В каждом отдельном случае может оказаться наиболее эффективным какой-то определенный препарат, но в литературе есть данные о высокой эффективности всех антидепрессантов (ТЦА -- кломипрамин, имипрамин; СИОЗС -- флуоксетин, пароксетин). Для купирования острых приступов тревоги широко применяют транквилизаторы короткого действия (лоразепам, алпразолам) и инъекционные средства (диазепам). Для длительной профилактики тревоги следует использовать препараты продолжительного действия (феназепам, хлордиазепоксид), однако нужно учитывать возможность формирования зависимости. Показана эффективность некоторых противосудорожных средств (карбамазепина, клоназепама) для профилактики приступов страха. При монотематичных стереотипных страхах назначают мягкие нейролептические средства (тиоридазин, хлорпротиксен, этаперазин). В одно время с фармакологическим лечением проводят психотерапию. Обычно больные с обсессивно-фобическим неврозом отличаются меньшей внушаемостью, поэтому гипноз и другие методики внушения бывают малоэффективны. Чаще используют поведенческую терапию (систематическую десенсибилизацию, конфронтацию, научение, биологическую обратную связь), а также рациональную психотерапию, групповые методы, иногда психоанализ. Неспецифическое общеукрепляющее лечение обычно неэффективно.

При лечении истерического невроза психотерапия становится основным методом. Особенно эффективны различные виды внушения и гипноз. Показана высокая эффективность неспецифических методов, таких как электросон, рефлексотерапия, физиолечение, прием лекарственных сборов, гомеопатия. Следует учитывать высокое значение плацебо-эффекта при назначении любых терапевтических методик в данной группе больных.

Широко используют ПФС: нейролептики – при повышенной возбудимости, антидепрессанты – при сопутствующей депрессии. Во всех случаях следует применять средства с минимальным количеством побочных эффектов, не вызывающие зависимости. Важно на завершающих этапах лечения формировать у больных навыки самостоятельной (без поддержки врача) релаксации (с помощью аутогенной тренировки, биологической обратной связи), так как во многих случаях формируются признаки своеобразной зависимости от врача с возобновлением заболевания сразу после прекращения психотерапевтических сеансов. Если в основе невроза лежит расстройство личности (психопатия), показана групповая или аналитическая психотерапия.

Список литературы:

1. Жмуров В.А. Общая психопатология – Иркутск: Издательство Иркутского Университета, 1986. – 280 с.
2. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г., Кинкулькина М.А., Психиатрия и медицинская психология: учебник – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-3894-7.
3. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г., Психиатрия: учебник – М.: Медицина, 2002. – 544 с. – ISBN 5-225-04189-2
4. Незнанов Н.Г., Психиатрия: учебник – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-4643-0
5. Александровский Ю.А., Незнанов Н.Г. Психиатрия. Национальное руководство под ред. Ю.А., Н.Г. Незнанова, 2020 год.

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО
(наименование кафедры)

Рецензия зав. кафедрой, д.м.н. Березовской М.А.
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 2 года обучения по специальности Психиатрия
(ФИО ординатора)

Тема реферата Неврозы

основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	-
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+/-
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+/-
6.	Логичность доказательной базы	+/-
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	5/3
9.	Наличие общего вывода по теме	
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	3/удовлетворительно

Дата: «15» января 2023 год

Подпись рецензента

Березовская М.А.

Подпись ординатора

Ковалев М.А.