

Неврозы и реактивные состояния

Лекция для студентов 5 курса

Неврозы

- Обратимые пограничные психические расстройства, обусловленные воздействием психотравмирующих факторов, протекающие с осознанием больным факта своей болезни, без нарушения отражения реального мира и проявляющиеся в основном психогенно обусловленными эмоциональными и соматовегетативными расстройствами

По Гиляровскому В.А. признаки невроза

- Психогенный характер возникновения
- Личностные особенности
- Вегетативные и соматические расстройства
- Стремление преодолеть болезнь
- Переработка личностью сложившейся ситуации и возникшей болезненной симптоматики

Клинические формы неврозов

- Невроз - термин введен W.Gullen (1776). Психогенные (конфликтогенные) расстройства психики и вегетативной регуляции, возникающие при фрустрации значимых потребностей и отношений личности при отсутствии психотических проявлений.
- В структуре психических нарушений преобладают аффективные и соматовегетативные нарушения. Идеаторные расстройства носят преимущественно вторичный характер.

КЛИНИЧЕСКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ НЕВРОЗА

- Психогенное (конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, возникающее в результате нарушения особо значимых личностных отношений человека и проявляющиеся специфическими психическими непсихотическими нарушениями

Предпосылки развития невроза (А.М.Вейн; 1982)

- Наличие индивидуально значимой психогении
- Наличие невротических особенностей личности
- Наличие социально-психологической среды, способствующей развитию невроза

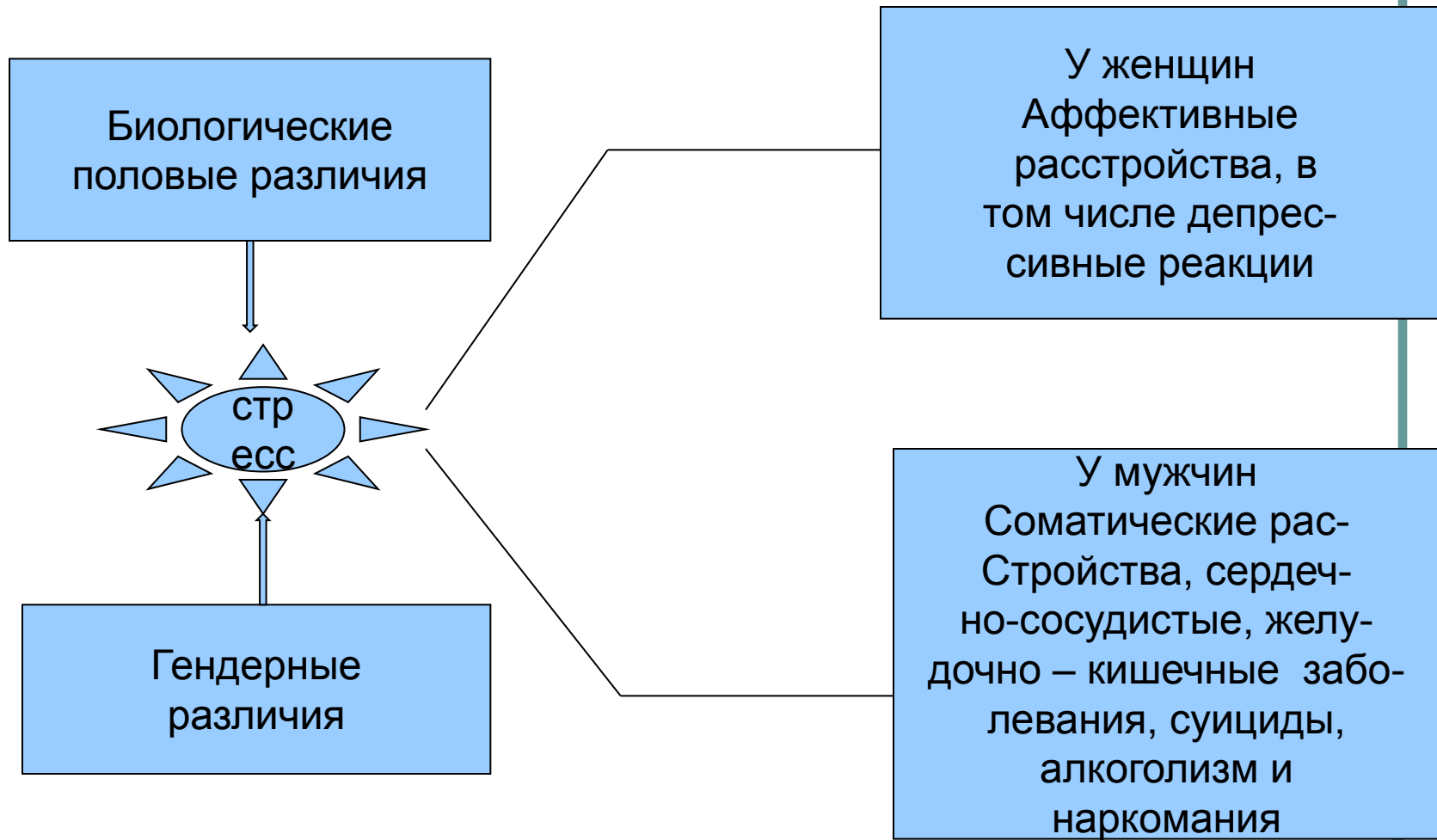
Клинические формы неврозов

- Неврастения
- Истерический невроз
- Невроз навязчивых состояний

Диагностические критерии

- Наличие психотравмирующей ситуации
- Личностные предпосылки, определяющие характер невротических переживаний
- Невротические формы поведения (когнитивная недостаточность)
- Обратимость проявлений

Гендерные особенности реакции на стресс



Основные предпосылки формирования невротических состояний

- Одной из важнейших предпосылок формирования пограничной психической патологии является нехватка «степеней свободы» для адекватного и целенаправленного реагирования человека в условиях психотравмирующей ситуации, принимающей в следствие этого индивидуально-экстремальный характер.



Составляющие адаптационной системы личности. Адаптационный барьер

- **Адаптационный барьер** – совокупность личностных особенностей, возможностей реагирования. Интегрирует в себя биологические и социально-психологические предпосылки личности.
- Биологические механизмы – результат генетического и конституционально-детерминированного развития. Биологические механизмы определяют только предпосылки для функциональной активности.
- Индивидуально-личностные особенности реагирования формируются с участием социальных предпосылок.

Уровни декомпенсации адаптационного барьера

- 1. Неспецифические общеневротические проявления в виде тревожности, беспокойства, заторможенности или суетливости, бессонницы.
- 2. «Надрыв» адаптационного барьера приводит к увеличению вариантов и форм поведения, носящих приспособительно-защитный характер.

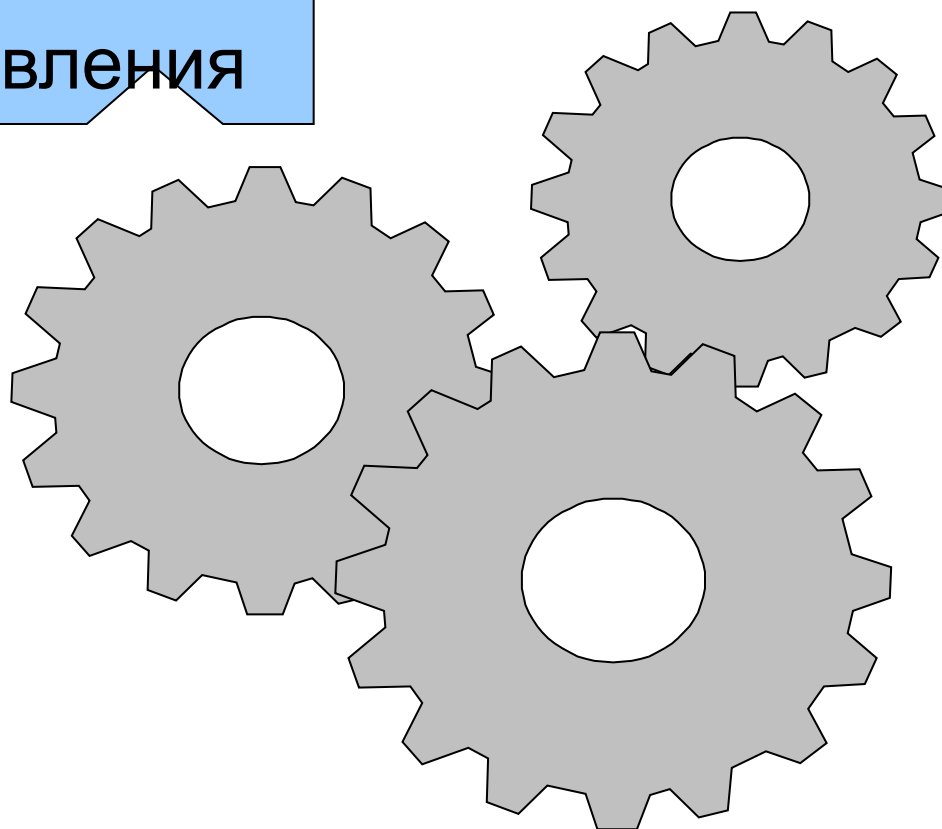
Показатели «надрыва» адаптационного барьера

- 1. Увеличение числа «степеней свободы» действия, которое приводит к неадекватным формам поведения: появление новых увлечения, поиск дополнительных источников доходов, занятия экстремальными видами спорта, игровая зависимость ит.п.
- 2. образование продуктивных психопатологических состояний пограничного уровня.

«Порочный круг» дезадаптации

Невротичес-
кие
проявления

тревога



Дезадаптив-
ное
поведение

Типология психогенных психических расстройств

- **Реакции**
- Острая реакция на стресс (реакция тревоги)
- **Состояния**
- Расстройство адаптации невротического уровня
- *Тревожно-фобические*
- *Панические*
- *Тревожно-депрессивные*
- *Дистимические*
- *Обсессивно-компульсивные*
- **Патологические развития**
- *Невротическое*
- *Патохарактерологическое*
- *Психосоматическое*

Острая реакция на стресс

- Ответ на исключительно сильное, но непродолжительное событие, угрожающее целостности личности (техногенные катастрофы, несчастный случай, боевые действия). Резкое изменение социального статуса или окружения (смерть близких, имущественные потери).
- В клинической картине: инициальное состояние оглушенности, депрессивные расстройства, гнев.
- Редукция симптоматики в случае нейтрализации травмирующего фактора

Расстройство адаптации

- Период адаптации к значительному изменению социального статуса (потеря близких, положение беженца, тяжелое заболевание). Развивается в течении трех месяцев от начала действия стрессора.
- Депрессивное настроение, тревога, чувство неспособности справиться с ситуацией, снижение продуктивности в повседневной жизни, вспышки агрессии, драматическое поведение.
- Индивидуальная предрасположенность (уязвимость), но в сочетании со стрессором.

Реактивный психоз

- Реактивные (психогенные) депрессии и психогенные бредовые состояния

Ответ на «эмоциональное лишение»

Варианты – чистая (простая) депрессия

истерическая

тревожная

Реактивный параноид – бредовый психоз в ответ на психическую травму

Варианты- острый реактивный параноид

железнодорожный параноид

Дифференциальный диагноз

- Реактивный психоз развивается после психической травмы, в клинической картине отражаются переживания, связанные с психической травматизацией
- Типична центрированность всех переживаний и тесная связь всех расстройств с аффективной симптоматикой.
- Если в бредовых расстройствах появляется иная фабула, не связанная с психической травмой, следует исключать эндогенный процесс

Неврастения

- Возникают при длительном психотравмирующем или соматогенном воздействии.
- Характерны раздражительная слабость и легкая истощаемость. Фон настроения снижен.
- Характерна гиперкомпенсация в виде активизации деятельности, что еще больше усугубляет невротические проявления

Неврастения

- Возникает в связи с переутомлением или длительно действующей психотравмирующей ситуацией.
- Характерна раздражительная слабость, повышенная истощаемость, нестойкость эмоциональных реакций. Фон настроения снижен. Диссомния в форме частого ночного пробуждения.

Этапы формирования неврастении

- **Вегетативные нарушения**

Раздражительная слабость, тахикардия, потливость, нарушения сна и аппетита. повышенная чувствительность к шуму, свету, головные боли.

- **Сенсомоторные расстройства**

Ухудшение восприятия шума, света, появляется масса ипохондрических жалоб, крайне мучительным становится ожидание

Этапы формирования неврастении

- Аффективные нарушения

«Эмоциональная инконтиненция» - невоздержаны по пустякам, обидчивы, раздражительны, однако быстро успокаиваются.

- Идеаторные нарушения

Затруднение усвоения нового, сложности сосредоточения, запоминания имен, телефонов

Невроз навязчивых состояний

- Преобладают идеаторные расстройства в виде навязчивых воспоминаний, мыслей, страхов, действий.
- Всегда сопровождается депрессивными проявлениями, которые могут быть скрыты за фасадом навязчивостей.
- Характерно усложнение навязчивостей с формированием «избегающего» поведения

Фобии

- Возникновение страха при непосредственном столкновении с психотравмирующей ситуацией (поездка в метро, где возник страх)
- Ожидание встречи с психотравмирующей ситуацией (ожидание поездки в метро)
- Возникновение страха только при одном представлении о возможности ситуации

Ритуалы – защитные действия

- В начале болезни ритуалы носят характер прямой защиты (мытьё рук при страхе загрязнения, выбор маршрута поездки при кардиофобиях).
- Критика сохранена. Часто пациенты сами создают себе систему защитных мероприятий и успешно справляются со страхами.

Клинический пример

- Пациент с кардиофобией, оставшись один дома, подумал, что сейчас случится приступ и ему никто не поможет. Сразу появились сердцебиения, неприятные ощущения в сердце, покрылся холодным потом, пальцы посинели, понял, что умирает, выскочил на улицу и полуодетым в страхе бежал около километра до поликлиники.

На пороге поликлиники страх исчез, появилось критическое отношение к случившемуся. Сказал с юмором врачу: «Думал, что инфаркт, а бежал с такой скоростью, не жалея сердца».

Истерический невроз

- Полиморфные функциональные психические, соматические и неврологические расстройства, большая внушаемость и самовнушаемость, стремление любой ценой привлечь к себе внимание окружающих.
- Шарко Ж.М. назвал истерию «великой симулянткой» (напоминает проявления самых различных болезней)

Истерический невроз.

- В результате психической травмы запускается механизм «бегства в болезнь». Мнимая болезнь позволяет манипулировать окружающим, апеллируя к их уязвимым личностным особенностям (чувство долга, индивидуальное понимание правил общежития и т.п.). В результате субъект извлекает ренту из сложившейся ситуации: избегает наказания, ответственности.

Три группы симптомов

- Вегетативные: обмороки, вегетативные кризы с сердцебиением, головокружением, тошнотой, рвотой.
- Двигательные: гиперкинезы, дрожь, парезы, параличи. Усиливаются при фиксации внимания на пациенте.
- Сенсорные: анестезия, гипер- и гипестезия. Анестезии в виде носков, чулок, перчаток,

Истерический (конверсионный) невроз

- Протекает по принципу «бегства в болезнь». Отчетливы проявления демонстративности поведения, стремление к манипуляции окружающими, извлечение выгоды из своей болезни. Присущи черты эгоцентричности, внушаемости и фиксации на своих переживаниях.

Истерический невроз

- Астазия-абазия, псевдопараличи и псевдопарезы.
- Истерические припадки – возникают всегда при наличии «зрителей», не сопровождаются травмами. Обычно имитируют «типичные» с точки зрения обывателя болезненные проявления.

Различия между истерическим эпилептическим припадками

- Истерический припадок

Психогенное начало, аффективно суженное сознание, падает осторожно, оседает, фазность судорог отсутствует, зрачки реагируют на свет, длится 30 мин и более, днем в присутствии людей, повреждений тела не бывает, движения во время припадка размашистые, демонстративные, после припадка – плач, рыдание, смех

Различия между истерическим эпилептическим припадками

- Эпилептический припадок

Внезапное начало, сознание выключено, падает как подкошенный, имеют место фазы судорог, зрачки на свет не реагируют, длится до 3-4 мин, обычно ночью, повреждения тела, прикус языка, движения ограничены фазами, после припадка – сон, олигофазия.

Истерический психоз

- Псевдодеменция
- Пуэрилизм
- Синдром Ганзера
- Синдром бредоподобных фантазий
- Синдром регресса психики («одичания»)

Группа психогенных расстройств сознания.
Сознание аффективно-суженное. Амнезия на пережитые события.

Особенности клиники истерических психозов

- **Псевдодеменция.** От истинной деменции отличается быстрой истощаемостью больных, редукцией проявлений при разрешении ситуации.
- **Пуэрилизм.** Детская речь, детские поступки.
- **Синдром Ганзера.** Описан С. Ганзером в 1987. Явления мимоговорения, неправильные ответы на вопросы.
- **Бредоподобные идеи.** В содержании идей звучит психотравмирующая ситуация. (идеи преследования, обвинения, реформаторства).
- **«Одичание».** Поведение напоминает повадки животного.

Основные принципы лечения неврозов

- Коррекция соматовегетативных нарушений
- Купирование астенических и аффективных расстройств
- Психотерапия предполагает в первую очередь формирование у больного желания разрешить сложившуюся ситуацию, выйти из «порочного круга» невротического реагирования.

Динамика развития невротических проявлений

- Невротическая реакция
- Невротическое состояние
- Невротическое развитие

Невроз навязчивых состояний.

- Характеризуется наличием навязчивых воспоминаний, страхов, действий (ритуалов). Наиболее типичны фобии. Сопровождается борьбой мотивов, мучительными сомнениями, которые сами по себе приводят к астенизации и невротической депрессии.

Детские неврозы

- Типично преобладание сомато-вегетативных и двигательных расстройств, моносимптомность. Отсутствует субъективное переживание болезни. Часто окружающими квалифицируются как капризность, упрямство. Сосание пальца, кусание ногтей, трихотилломания, раскачивание.

Диагностические критерии затяжного невротического расстройства

- 1. Длительность невротического состояния: не менее 6 мес
- 2. Психотравма: затрагивает основные и наиболее уязвимые стороны личности, подходит «как ключ к замку»
- 3. Стабильность клинических проявлений: пассивно-оборонительное поведение сохраняется независимо от выраженности собственно невротических жалоб
- 4. Настроение: хроническая субдепрессия со сверхценным чувством собственной неполноценности
- 5. Изменение образа жизни: сверхценная гиперкомпенсация в виде ограничительного или экстремального поведения
- 6. Трансформация личностной структуры: утрированная рационализация поведения, асоциальность («все хорошее не для меня»)

Возрастные уровни с преимущественным вариантом нервно-психического реагирования

- **Соматовегетативный уровень 0 – 3 года**
(нарушения питания, сна, нарушение навыков опрятности)
- **Психомоторный уровень – 4 – 7 лет**
(НАРУШЕНИЯ КООРДИНИРОВАННОСТИ МОТОРИКИ, ТИКИ, ЭНУРЕЗ)
- **Аффективный уровень – 8 – 10 лет**
● (НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ВНЕШНЕ БЕЗМОТИВНЫЕ РЕАКЦИИ ТРЕВОГИ, ПАНИКИ, РЕАКЦИИ «ИЗБЕГАНИЯ»)
- **Аффективно-идеаторный уровень 11 – 17 лет**
(ДЕПРЕССИВНЫЕ, ДЕПРЕССИВНО-ФОБИЧЕСКИЕ, ИПОХОНДРИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ)

Клинические предпосылки

- Патология беременности и родов: 81% при заикании, 85% - тики, 75% - энурез.
- Повышенная возбудимость в возрасте до 3 лет (85%)
- Особенности воспитания – гипопротекция (31%)
- Смена жизненного стереотипа

Современные теории клиники, этиологии, патогенеза энуреза

- Наследственная гипотеза – 40% вероятности возникновения, если был у 1 родителя и 77% - если оба. Конкордантность МЗБ 68%, у ДЗБ – 36%.
- Роль нарушений сна. У детей с энурезом удлинена фаза медленного сна. Наряду с этим – нарушения пароксизмального характера, обусловленные задержкой развития мозговых структур.

Энурез

- Хроническое непроизвольное мочеиспускание у детей старше 3 лет.
- Первичный энурез – контроль за мочеиспусканием не формировался
- Вторичный – научился контролировать, потом разучился.

У мальчиков в 2 раза чаще чем у девочек.

Клинические варианты энуреза в зависимости от характера инсомнии

- 1 тип. Энурез с профундосомнией. Глубокий сон с амнезией ночных принудительных пробуждений.
- 2 тип. Энурез с парасомниями – ночными страхами, снохождениями и сноговорениями.
- 3 тип. С нарушения засыпания, неглубоким сном и гиперактивностью днем. Сопровождается дневным недержанием мочи.

Психические нарушения при энурезе

- Плохая школьная успеваемость
- Слабость мотивационной сферы
- Снижение памяти
- Астенические проявления – все эти нарушения встречаются не чаще, чем в здоровой популяции.

Лечение энуреза

- Синтетические антидиуретики: десмопрессин. При его отмене энурез возобновляется. Эффект основан на уменьшении наполнения мочевого пузыря
- Антихолинэргические средства: атропиноподобные средства, снижающие тонус стенок мочевого пузыря. Показаны при дневном недержании. Оксипутимин 0,3 – 0,6 мг\кг.
- Фитотерапия: сочетание мочегонных и седативных сборов.
- Психотерапия: суггестивная, семейная.
- Физиотерапия: рефлексотерапия, электрофорез, электростимуляция.

Дифференцированная терапия

- Препаратом выбора для лечения энуреза является финлепсин.
- Схема терапии: 1 неделя $\frac{1}{4}$ дозы; + 2 неделя терапии $\frac{1}{4}$ дозы + 3 неделя терапии $\frac{1}{4}$ дозы + 4 неделя терапии $\frac{1}{4}$ дозы = средняя суточная доза

Трехфазная модель терапии энуреза

- 2,5-3 месяца острая фаза (купирование основных проявления расстройства)
- Фаза активной терапии – 2 года
- Фаза поддерживающей терапии 1,5 – 2 года
- Доза финлепсина составляет 10 – 15 мг\кг.
У детей 7-8 лет 250 – 300 мг\сут, 9 – 12 лет – 400 мг\сут., старше - > 400 мг\сут.

Лечение энуреза

- «Энурез-коврик» - 2 алюминиевых диска, покрытых фольгой, соединены проводом с будильником. Располагаются под простыней. Если ребенок мочится – простыня намокает – будильник звонит. Постепенно начинает просыпаться в начале мочеиспускания и рефлекс закрепляется. Применяется не ранее 6-ти летнего возраста

Энкопрез

- Хроническое непроизвольное опорожнение кишечника в белье у ребенка старше 4 лет. Для постановки диагноза нужно что бы недержание кала случилось раз в месяц на протяжении 3 месяцев.

Первичный

Вторичный

Чаще у детей с умственной отсталостью, аутизмом, СДВГ. Исключать соматические, эндокринные проблемы, болезнь Гиршпрунга

Лечение энкопреза

- Режим дня, питание
- Поведенческая терапия
- Антидепрессанты