

Неврозы



**к.м.н., доцент кафедры
психиатрии с наркологией
ВГМА Гречко Т.Ю.**

Неврастения (психовегетативный с-м, астенический с-м, ВСД, НЦД, соматоформное расстройство)

- ▶ Условия возникновения:
 - психические или физические перегрузки (не соответствующие психофизической конституции);
 - конфликтно переживаемые претензии;
 - напряжение тем выраженнее, чем меньше в нём смысла.

Некоторые этиологические факторы

- ▶ Один из основных факторов – психотравма (по Ф.И. Случевскому для неврастения это играет большую роль, чем при истерии), психосоциальный стресс.
- ▶ Физиологические стрессоры, такие как: сдвиг рабочего графика, нарушение цикла сон – бодрствование, соматогении (особо подчёркивалась роль эпидемии гриппа).
- ▶ Наличие сосудистой патологии: нарушение иннервации кровеносных сосудов (С. Gerhart, 1881), недоразвитие сосудов мозга (L. Lowenfeld, 1887), И.П. Павлов (1935) считал, что в основе лежит выраженное ослабление нервной системы в результате дисбаланса процессов возбуждения и торможения.

Роль конституциональных факторов

- ▶ Е. Краерелин (1915) разделял неврастению на **приобретённую и конституциональную** и ввёл термин «невропатия», под которой он понимал наследственно обусловленную соматопсихическую акцентуацию, с выраженной лабильностью вегетативной нервной системы и склонностью к соматическим реакциям.
- ▶ П.Б. Ганнушкин и А. Е. Личко выделяли **астеническую форму психопатии**. Основа: три симптома –
 - непереносимость физических и психических нагрузок;
 - стремление оградить себя от любой значительной работы;
 - выраженная психическая ранимость.

История неврастении (1)

- ▶ Впервые были описаны Kraus (1831) и Most (1836), которые называли это расстройство «нервная слабость».
- ▶ «Неврастения» - от греческого «нейро» - нерв, волокно, «астения» - слабость, введён G. Beard в 1869 г. Он считал, что в основе лежит органическая патология. Но не исключал и функциональный характер болезни. Отмечал, что более подвержены интеллигентные и образованные люди высшего сословья. Психогенный фактор – конкурентные и нестабильные отношения в обществе, «нервное истощение вызывается непомерным давлением окружающей среды». Назвал её «американской» болезнью.

Симптомы неврастения по G. Beard

- ▶ - физическое истощение, слабость;
- ▶ - умственное истощение, снижение концентрации внимания, ухудшение памяти, утрата интересов;
- ▶ - мышечные спазмы, хроническая головная боль, мышечная боль;
- ▶ - болезненные страхи;
- ▶ - инсомния и другие нарушения сна;
- ▶ - вегетативные симптомы (сердечно-сосудистые, терморегуляция);
- ▶ - сексуальные расстройства, импотенция;
- ▶ - другие симптомы (включая раздражительность, диспепсию тошноту, нарушения равновесия)

В работе P. Kielholz описаны 50 симптомов болезни.

История неврастения (2)

- ▶ Вскоре неврастения была выделена в Германии (R. Neisser) и во Франции (J. Charcot), благодаря которому (по R. Taylor), неврастения стала вторым «великим» неврозом наряду с истерией. Приобретает статус модной болезни и используется весьма широко. Под социально приемлимым термином удобно скрывались шизофрения и аффективные расстройства.
- ▶ В дальнейшем другие психиатрические диагнозы стали «забирать» части синдрома неврастения:
 - тревожный невроз S. Freud (1895) – «расстройство связанное с повышением уровня сексуальной энергии»;
 - психастения P. Janet (1903) – «ядро болезни – обсессивно-компульсивное расстройство». Этот термин во франкоговорящих странах заменил неврастению.

История неврастении (3)

- ▶ 1871 год – W. Erb ввёл термин «раздражительная слабость»
- ▶ 1880 год – J. Da Costa описал «синдром раздражённого сердца»
- ▶ 1917 год – T. Lewis выделил «синдром напряжения», который затем стал называться нейроциркуляторной астенией.

Нозологическая классификация функциональных расстройств в Англии с 1917 по 1935 (R. Taylor, 2001)

- ▶ 1917 год – появляется отдельная категория – невроз и большое количество функциональных категорий (афония, глухонемота, геми- и моноплегия, мутизм, тремор, заикание).
- ▶ 1918 год – всё вышеперечисленное переходит из категории функциональных расстройств в категорию истерия.
- ▶ 1921 год – впервые появляется категория тревожного невроза. Появляется диагноз ипохондрии. Истерия включает: паралич, припадки, тремор.
- ▶ 1923 год – появляется диагноз нервной анорексии.
- ▶ 1930 год - появляется диагноз невроза с подкатегориями: тревожный, компульсивный, обсессивный, травматический.

Нозологическая классификация функциональных расстройств в Англии с 1917 по 1935 (R. Taylor, 2001) (продолжение)

- ▶ 1931 год – впервые появляется диагноз психоневроза.
- ▶ 1932 год – неврастения исчезает как самостоятельная категория. Появляется большая категория – психоневрозы с подкатегориями: тревожное состояние, нервная анорексия, военный невроз, навязчивое состояние, депрессия, ипохондрия, адаптационный невроз, неврастения.

Основные мифы о неврастении

- ▶ Миф первый – «неврастения является болезнью преимущественно состоятельных сословий».
- ▶ Миф второй – «неврастения является женской болезнью». (При этом уже в 1910г. её диагностировали примерно в равном соотношении у мужчин (56%) и у женщин (44%).)
- ▶ Миф третий – об упразднении диагноза в неврологии. На самом деле неврологи не перестали госпитализировать больных с неврастением, но делали это под другими диагнозами.
- ▶ Миф четвёртый – о снижении частоты диагностики неврастения в психиатрии (причины – эмансипация, хорошее психологическое лечение и т.д.). На самом деле это был вопрос классификации.

Клиническая картина

- ▶ А) – постоянные жалобы на повышенную утомляемость;
- ▶ Б) – вегетативные симптомы;
- ▶ В) – два из симптомов:
 - мышечные боли;
 - головокружения;
 - головная боль;
 - инсомния;
 - неспособность расслабиться;
 - раздражительность;
 - диспепсия;

Клинические проявления неврастении

- ▶ Корсаков С.С. (1901) выделял ажитированную и вялую формы.
- ▶ Павлов И.П. (1935) разделил неврастению на гиперстеническую, промежуточную, гипостеническую формы или стадии.
- ▶ Первомайский Б.Я. (1963) выделил дополнительно инертную форму (медлительность, трудность засыпания и пробуждения, тугоподвижность мышления, инертность аффекта, раздражительность).
- ▶ Кербиков О.В. (1968) разделил неврастению на гиперстенический (раздражительный) и гипостенический (депрессивный) типы.

Клинические проявления неврастении

- ▶ Е. Bleuler (1955) – отделил истинную неврастению, обусловленную чрезмерным нервным напряжением, от ложной неврастении, которая является «болезнью-прикрытием», аналогичной истерии, для которой характерны раздражительность, тревожные состояния, головокружения, бессонница, головные боли, диспептические нарушения, сердцебиения.
- ▶ Р. Loo (1956) считал, что неврастения – это предневротическое состояние, т.е. начальная форма неврозов и иногда болезнь останавливается на этом этапе (доболезненная форма реагирования).

Клинические проявления неврастении

- ▶ Депрессивная форма неврастении (А. Kreindler, 1963) выделил – с гипотимией.
- ▶ Затем это стали называть «**невротической депрессией**»:
 - подавленность настроения;
 - расстройства сна (инициальная инсомния, прерывистый сон, раннее пробуждение);
 - слезливость;
 - варьирующая по интенсивности тревога;
 - жалобы на слабость, разбитость;
 - снижение активности;
 - жалость к себе, тенденции к обвинению окружающих.

- ▶ Японский психиатр М. Miyake (1932) предложил **синдромальную классификацию неврастения:**
 1. Реактивная, возникающая после физического заболевания или после психологического стресса или после длительных страхов.
 2. Псевдоневрастения, продром или фаза других психических расстройств.
 3. Генуинная неврастения (конституциональная), возникает без объективной органической причины.
 4. Особый тип расстройства личности «шинкайшитсу» (интровертированность, сенситивность, ипохондричность, склонность к обсессивно-компульсивным состояниям, идеи малоценности и незащищённости).

Неврастения в МКБ - 10

- ▶ В МКБ-10 неврастения включена в раздел: «Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства, неврастения (F 48.0).
- ▶ В описании диагностических критериев МКБ выделяют два типа неврастении:

Первый тип – основной симптом это жалобы на повышенную утомляемость после умственной работы, что проявляется снижением профессиональной продуктивности и эффективности в повседневных делах.

Второй тип – основное это физическая слабость и истощаемость, которая сопровождается чувством боли в мышцах и невозможности расслабиться.

Диагностические критерии по МКБ-10

- ▶ А. Чаще всего встречаются два типа жалоб:
 1. На повышенную умственную утомляемость, проявляющуюся снижением социальной активности.
 2. На повышенную физическую утомляемость, неспособность осуществить даже небольшое физическое напряжение.
- ▶ В. Расстройство должно сопровождаться двумя из следующих симптомов:
 1. мышечные боли
 2. головокружение
 3. головная боль
 4. нарушения сна
 5. неспособность расслабиться
 6. раздражительность, ангедония
 7. диспепсия
- ▶ С. Вторичные вегетативные, депрессивные с-мы, тревога.

- ▶ По данным R. Taylor неврастения хорошо поддаётся лечению. В одном из годовых отчётов больницы была обнаружена запись:
«Ни при каком классе болезни у лечившегося в больнице не было результатов лучше, чем при истерии и нервном истощении».
«Часто трудно лечить таких пациентов у них дома, где их собственные друзья – часто их худшие враги»,
1882 год.

**«Истерия – великая симулянтка»:
J. Charcot**



Конверсионные реакции (истерия, истерический невроз)

- ▶ **Конверсия** – превращение вытесненного душевного конфликта в соматическую симптоматику.
Конверсионные симптомы, отражая конфликт символически, нацелены на выгоду от болезни (первичную - вытеснение побуждений и вторичную – сознательную).
- **Клиника**: двигательные, сенсорные, аффективные нарушения.

- ▶ **Конверсионные реакции** – самые выразительные и символические.
- ▶ «Тело становится мячом для игры»- Блакенбург.
- ▶ Конверсионные реакции представляют собой неудовлетворённые фантазии и притязания (в том числе и сексуальные). Конверсионные синдромы направлены на освобождение от внешних и внутренних обязанностей, это призыв к окружающим «обратить на себя внимание».
- ▶ Диагностика: решающее значение имеют:
 - демонстративное поведение,
 - выразительность переживаний,
 - целенаправленность симптоматики.

Ведущие клинические проявления

- ▶ - истерический «ком в горле»;
- ▶ - астазия-абазия;
- ▶ - истерическая слепота;
- ▶ - истерическая глухота;
- ▶ - истерическая немота (мутизм);
- ▶ - алгии;
- ▶ - рвота, тошнота;
- ▶ - истерический ступор;
- ▶ - истерический припадок (провоцируется внешней ситуацией; длится дольше, чем эпилептический; сохранено сознание, сохранены реакции зрачков и рефлексы; вид «истерической дуги»)

Диссоциативные нарушения

- ▶ - то, что при конверсионных реакциях проявляется соматически, то при диссоциативных нарушениях – психически (происходит распад психики на составные части).
- ▶ Проявления:
 - псевдодеменция (синдром Ганзера),
 - диссоциативная утрата памяти (амнезия),
 - психогенное сумеречное состояние,
 - диссоциативный ступор,
 - диссоциативная фуга,
 - диссоциативное идентификационное расстройство (множественная личность).

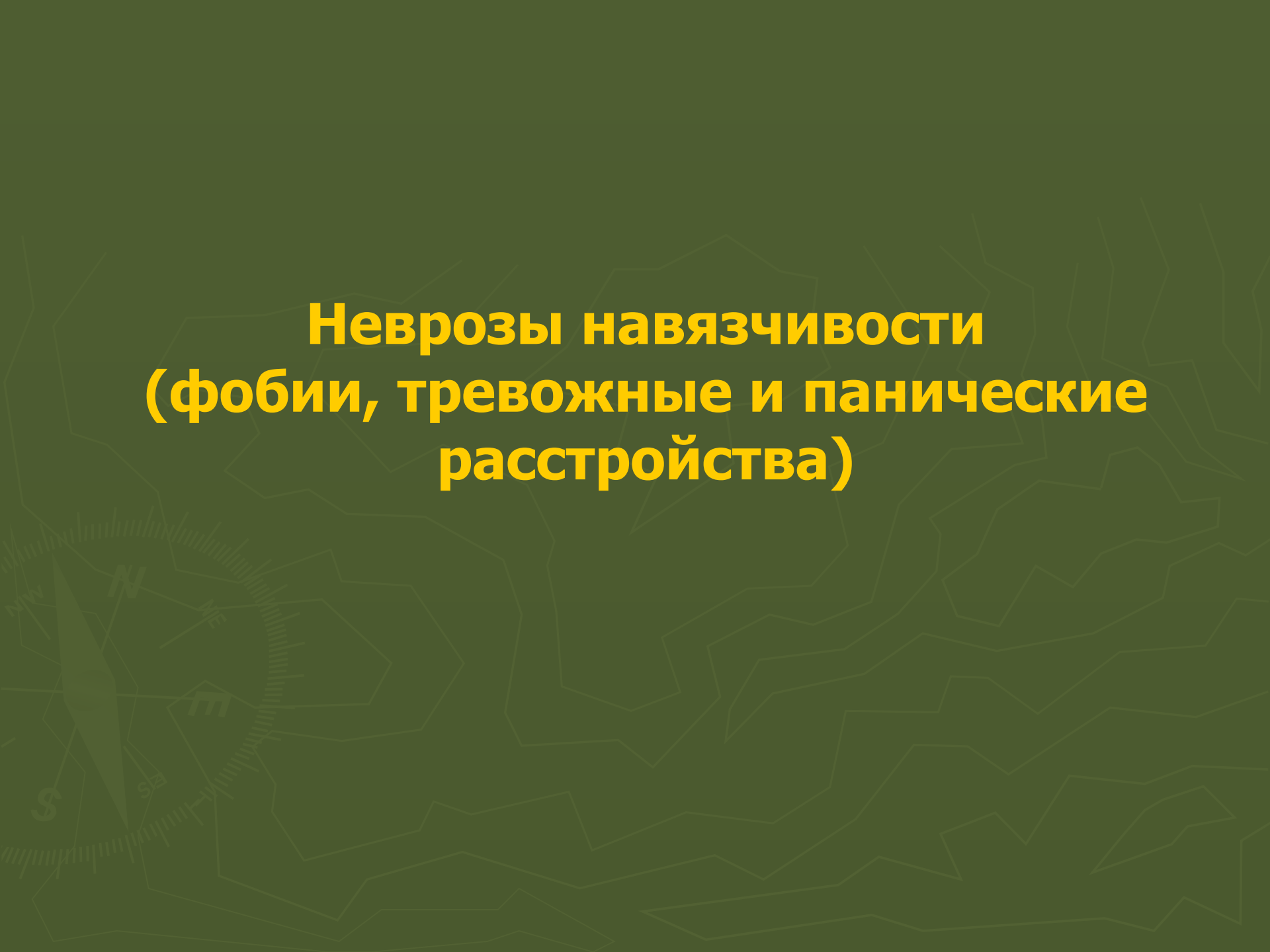
Стрессовые и тревожные расстройства

Стрессовые расстройства:

- Острое стрессовое расстройство;
- Посттравматическое стрессовое расстройство;
- Расстройство адаптации.

Тревожные расстройства:

- Генерализованное тревожное расстройство;
- Паническое расстройство;
- Обсессивно-компульсивное расстройство.



**Неврозы навязчивости
(фобии, тревожные и панические
расстройства)**

Что уже известно?

Нозологическая квалификация: **невроз навязчивости**

Крепелин (1908) – «невроз ожидания»

Клинические проявления:

- 1) навязчивые страхи (фобии)
- 2) навязчивые мысли (обсессии)
- 3) навязчивые действия (ритуалы, компульсии)
- 4) панические расстройства

Преморбид: лица мыслительного типа с преобладанием 2-й сигнальной системы, склонные к логике, рефлексии, эмоционально сдержанные, тревожно-мнительные личности. Тип акцентуации: психастенический.

Райнер Тёлле

Определение: содержание мыслей или импульсы к действиям постоянно навязываются и не могут подавляться или вытесняться, хотя осознаются как бессмысленные и безосновательные. **Патологическим** является не содержание навязчивостей, а их доминирующий характер и невозможность избавиться от них.

Происхождение: выраженный контраст между Оно и Сверх-Я. Ананкастный вид реагирования происходит в результате строгого воспитания, непреклонного соблюдения порядка и чистоты, запрет на реализацию сексуальных побуждений.

Определение

- ▶ Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) – тревожное (невротическое) расстройство, характеризующееся навязчивыми мыслями (обсессии) или навязчивыми действиями – ритуалами (компульсии), а чаще всего их сочетанием.
- ▶ МКБ 10 ОКР (F 42)

Характеристики obsessions

- ▶ должны быть расценены как собственные мысли или импульсы больного;
- ▶ должна быть одна мысль или действие, которым больной безуспешно сопротивляется, даже при наличии других мыслей или действий, которым больной более не сопротивляется;
- ▶ мысль о выполнении действия не должна быть сама по себе приятна (простое уменьшение напряжённости или тревоги не считается в этом смысле приятным);
- ▶ мысли, образы или импульсы не должны быть неприятно повторяющимися;
- ▶ больной понимает, что навязчивости являются чрезмерными или необоснованными.

Дифференциальный диагноз

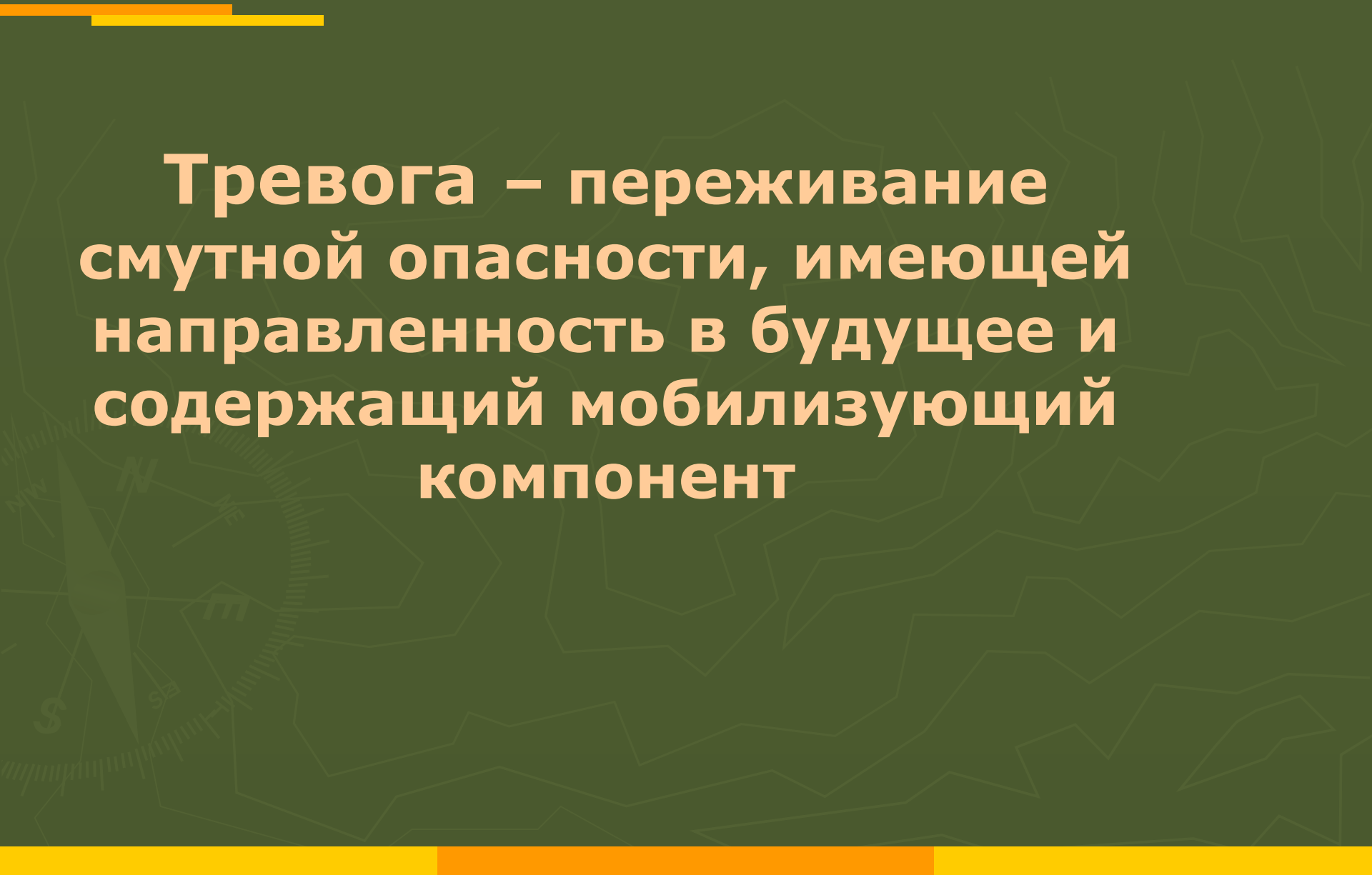
- ▶ С нервной анорексией (сопровождается дисморфоманией, отсутствием сопротивления).
- ▶ С ипохондрическим расстройством (повторяющиеся мысли о физическом заболевании, которым больной не сопротивляется).
- ▶ С ананкастным (обсессивно-компульсивным) расстройством личности (характеризуется упрямством, стремлением к перфекционизму и порядку, но редко приводят к развитию истинных навязчивостей).
- ▶ С синдромом Туретта (характеризуется звуковыми и моторными тиками и часто сопровождается ритуалами, начинается в детстве, чаще у мужчин).

Дифференциальный диагноз с шизофренией

- ▶ **При ОКР** – навязчивости характеризуются произвольным повторением, воспринимаются больным как собственные мысли, вызывают его сопротивление и защитные действия, которые облегчают нарастающую тревогу.
- ▶ **При шизофрении** – бредовые идеи воспринимаются как привнесённые извне, больные им не сопротивляются. Поведение носит нелепый характер (бредовый), доминирующий аффект – страх. Навязчивости могут приобретать вычурный, нелепый характер и приближаются к малым психическим автоматизмам. Эти случаи принято рассматривать в рамках неврозоподобной симптоматики при шизотипическом расстройстве личности (малопрогрессирующей Ш).

Принципы терапии

- ▶ 1) Усиление серотонинергической нейротрансмиссии путём применения ингибиторов обратного захвата серотонина (ИОЗС) (КЛМП, СИОЗС).
- ▶ 2) Психотерапия (поведенческая)
- ▶ 3) Присоединение блокаторов рецепторов дофамина – антипсихотических средств (пимозид, галоперидол, рисперидон и др.)
- ▶ 4) Соли лития или вальпроевой кислоты.
- ▶ 5) ЭСТ (при тяжёлых, некупирующихся навязчивостях).
- ▶ 6) ТМС транскраниальная магнитная стимуляция.
- ▶ 7) Стереотаксическая передняя капсулотомия или цингулотомия.



**Тревога – переживание
смутной опасности, имеющей
направленность в будущее и
содержащий мобилизующий
компонент**

Патологическая тревога

- ❖ Возникает без причины
- ❖ Выраженность страха непропорциональна причине его вызвавшей
- ❖ Тревога оказывает парализующее, а не стимулирующее действие
- ❖ Тревога сопровождается выраженными сомато-вегетативными нарушениями

Признаки патологической тревоги

- **Выраженность тревоги не соответствует степени угрозы;**
- **Стабильность или усугубление симптомов тревоги (>3 недель);**
- **Выраженность отдельных симптомов, независимо от степени угрозы, включая**
 - **повторяющиеся приступы паники,**
 - **соматические симптомы,**
 - **патологические опасения;**
- **Нарушение адаптации.**

Паническое расстройство

- Повторяющиеся неожиданные приступы страха потери контроля, сумасшествия или смерти
- Тревожное ожидание повторения приступа страха
- Избегание ситуаций, связанных с развитием приступа

Паническое расстройство - клинические проявления (МКБ-10)

- ▶ **Основным признаком** являются повторные приступы тяжелой тревоги (паники), обычно длящиеся несколько минут
- ▶ **Основные симптомы:**
 - ✓ сердцебиение
 - ✓ боли в груди
 - ✓ ощущение удушья
 - ✓ головокружение
 - ✓ страх смерти, страх потерять контроль, сойти с ума
 - ✓ вегетативные симптомы
- ▶ Часто возникает тревожное ожидание повторной панической атаки
- ▶ Часто возникает агорафобия, сопровождающаяся поведением избегания

Что такое агорафобия?

- ▶ Агора - площадь (*греч.*)
- ▶ В первоначальном смысле "агорафобия" это боязнь открытых пространств.
- ▶ Применительно к паническим атакам термин "агорафобия" приобрел более широкое значение.
- ▶ В его основе лежит страх нахождения в небезопасной с точки зрения пациента ситуации например:
 - ✓ страх выйти из дома
 - ✓ страх путешествовать одному
 - ✓ страх многолюдных общественных мест и т.п.

Какая угроза кроется в агорафобии?

- ▶ Основной угрозой является формирование стойкого паттерна т.н. "избегающего поведения" или фобического избегания, которое может со временем привести к социальной изоляции больного.
- ▶ Фобическое избегание проявляется в том, что пациент старается избежать ситуаций, которые ему представляются небезопасными.
- ▶ Чаще всего это ситуации при которых у него уже возникали панические атаки (например, нахождение в метро, автобусе).
- ▶ К небезопасным ситуациям больные относят и такие, при которых затруднительно получить медицинскую помощь.
- ▶ Наиболее комфортно больные чувствуют себя дома, где они сразу же могут вызвать машину скорой медицинской помощи.
- ▶ Довольно часто агорафобия сохраняется даже после полного прекращения собственно панических атак.

Фармакотерапия ПР

БЕНЗОДИАЗЕПИНЫ

- В начале лечения – не более 2-3 недель

АНТИДЕПРЕССАНТЫ

- СИОЗС: сертралин (Стимулотон) и другие ТАД (малые начальные дозы)

Генерализованное тревожное расстройство

- **Выраженная тревога и беспокойство в течение 6 месяцев и более по поводу различных повседневных событий**
- **Тревога имеет волнообразное течение**
- **Тревога с трудом поддается самоконтролю**

Клиника ГТР

- **Моторное возбуждение (суетливость, мышечное напряжение)**
- **Идеаторное возбуждение**
- **Трудности концентрации внимания**
- **Раздражительность**
- **Истощаемость**
- **Нарушения сна**
- **Нарушения адаптации**

Фармакотерапия ГТР

АНТИДЕПРЕССАНТЫ

- СИОЗС (сертралин/стимулотон и др.)
и ТАД
- СИОЗСН – венлафаксин/велаксин -
начальная доза – 37,5 мг

БЕНЗОДИАЗЕПИНЫ

- В начале лечения
- Длительность курса –
не более 2-х недель
- Постепенное снижение дозы

Посттравматическое стрессовое расстройство *через 1 месяц после психической травмы*

- Стабильно повторяющиеся переживания событий – мысли, воспоминания, представления, флешбеки, сновидения;
- Избегание мыслей или действий, напоминающих события;
- Тревожное возбуждение:
 - настороженность
 - гиперестезия
 - пугливость
 - нарушение концентрации
 - раздражительность
 - нарушения сна
- Симптомы депрессии - ангедония, анестезия, депрессивная аутизация, чувство вины;
- Личностные нарушения, снижение контроля импульсов, агрессия, диссоциативные симптомы

Фармакотерапия стрессовых расстройств

БЕНЗОДИАЗЕПИНОВЫЕ ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ

в начале лечения (напр., тофизопам/грандаксин)

АНТИДЕПРЕССАНТЫ

НААД (амитриптилин, миансерин)

СИОЗС (сертралин/стимулотон и др.) –
для лечения ПТСР

БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ

АНТИКОНВУЛЬСАНТЫ

Рентные неврозы

Возникают после несчастных случаев и схожих с ними событий.

Жалобы и симптомы усилены (агравация).

Клиника:

- соматические жалобы,**
- ипохондрия,**
- депрессивные симптомы.**

Свои жалобы больные связывают с последствиями травмы (действительными или мнимыми).

Сопровождаются тенденциями добиться финансовой компенсации в форме ренты.



Спасибо за внимание !