

Неврозы

Хинчагова Алина, 104 леч



Невроз-это...

- Неврозы — функциональные нарушения высшей нервной деятельности психогенного происхождения. Клиника неврозов отличается большим многообразием и может включать соматические невротические расстройства, вегетативные нарушения, различные фобии, дистимию, obsessions, compulsions, эмоционально-мнестические проблемы. Установить диагноз «невроз» можно только после исключения сходных с ним по клинике психиатрических, неврологических и соматических болезней.

Причины невроза

- Несмотря на многообразные исследования в этой области, истинная причина невроза и патогенез его развития доподлинно не известны. Долгое время невроз считали информационной болезнью, связанной с интеллектуальными перегрузками и большим темпом жизни. В связи с этим, более низкая частота заболевания неврозами у жителей сельской местности объяснялась более спокойным образом их жизни. Однако, исследования, проведенные среди авиадиспетчеров, опровергли эти предположения. Оказалось, что, несмотря на напряженную работу, требующую постоянного внимания, быстрого анализа и реагирования, диспетчеры болеют неврозами не чаще людей других специальностей. Среди причин их заболеваемости указывались преимущественно семейные неурядицы и конфликты с начальством, а не переутомление в процессе работы.
- Другие исследования, а также результаты психологического тестирования пациентов с неврозами, показали, что определяющее значение имеют не количественные параметры психотравмирующего фактора (множественность, сила), а его субъективная значимость для конкретного индивидуума. Таким образом, внешние триггерные ситуации, провоцирующие невроз, очень индивидуальны и зависят от системы ценностей пациента. При определенных условиях любая, даже житейская, ситуация может лечь в основу развития невроза. В тоже время, многие специалисты приходят к выводу, что имеет значение не сама стрессовая ситуация, а именно неверное отношение к ней, как к разрушающей личное благополучное настоящее или угрожающей личному будущему.
- Определенная роль в развитии невроза принадлежит психофизиологическим особенностям человека. Отмечено, что данным расстройством чаще заболевают люди с повышенной мнительностью, демонстративностью, эмоциональностью, ригидностью, субдепрессивностью. Возможно, большая эмоциональная лабильность женщин является одним из факторов, приводящих к тому, что развитие невроза у них наблюдается в 2 раза чаще, чем у мужчин. Наследственная предрасположенность к неврозу реализуется именно через наследование определенных личностных особенностей. Кроме того, повышенный риск развития невроза существует в периоды гормональных перестроек (пубертат, климакс) и у лиц, имевших в детстве невротические реакции (энурез, логоневроз и др.).

Патогенез

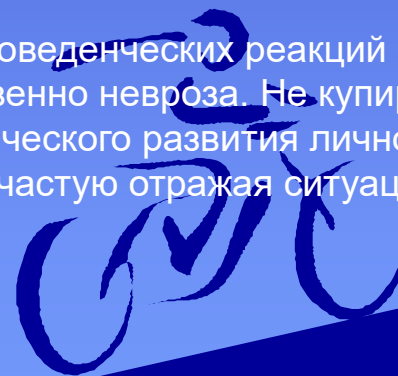
- Современное представление о патогенезе невроза отводит основную роль в его развитии функциональным расстройствам лимбико-ретикулярного комплекса, в первую очередь гипоталамического отдела промежуточного мозга. Эти структуры головного мозга ответственны за обеспечение внутренних связей и взаимодействие между вегетативной, эмоциональной, эндокринной и висцеральной сферами. Под воздействием острой или хронической стрессовой ситуации происходит нарушение интегративных процессов в головном мозге с развитием дезадаптации. При этом никаких морфологических изменений в мозговых тканях не отмечается. Поскольку процессы дезинтеграции охватывают висцеральную сферу и вегетативную нервную систему, в клинике невроза наряду с психическими проявлениями наблюдаются соматические симптомы и признаки вегето-сосудистой дистонии.
- Нарушения работы лимбико-ретикулярного комплекса при неврозах сочетается с нейротрансмиттерной дисфункцией. Так, исследование механизма тревоги, выявило недостаточность норадренергических систем головного мозга. Есть предположение, что патологическая тревожность связана с аномалией бензодиазепиновых и ГАМКергических рецепторов или уменьшением количества воздействующих на них нейромедиаторов. Эффективность терапии тревожности бензодиазепиновыми транквилизаторами является подтверждением этой гипотезы. Положительный эффект антидепрессантов, влияющих на функционирование серотонинергической системы мозга, указывает на патогенетическую связь невроза с нарушениями обмена серотонина в церебральных структурах.

Классификация

- Личностные особенности, психофизиологическое состояние организма и специфика дисфункционирования различных нейротрансмиттерных систем определяют разнообразие клинических форм неврозов. В отечественной неврологии выделяются основные 3 вида невротических расстройств: неврастения, истерический невроз (конверсионное расстройство) и невроз навязчивых состояний (обсессивно-компульсивное расстройство). Все они подробно рассмотрены в соответствующих обзорах.
- В качестве самостоятельных нозологических единиц также выделяют депрессивный невроз, ипохондрический невроз, фобический невроз. Последний частично входит в структуру обсессивно-компульсивного расстройства, поскольку навязчивости (обсессии) редко имеют изолированный характер и обычно сопровождаются навязчивыми фобиями. С другой стороны, в МКБ-10 тревожно-фобический невроз вынесен отдельной позицией с названием «тревожные расстройства». По особенностям клинических проявлений его классифицируют как панические атаки (пароксизмальные вегетативные кризы), генерализованное тревожное расстройство, социальные фобии, агорофобию, нозофобию, клаустрофобию, логофобию, айхмофобию и т. п.
- К неврозам также относят соматоформные (психосоматические) и постстрессовые расстройства. При соматоформном неврозе жалобы пациента полностью соответствуют клинике соматического заболевания (например стенокардии, панкреатита, язвенной болезни, гастрита, колита), однако при детальном обследовании с проведением лабораторных анализов, ЭКГ, гастроскопии, УЗИ, ирригоскопии, колоноскопии и пр. данная патология не выявляется. В анамнезе имеется наличие психотравмирующей ситуации. Постстрессовые неврозы наблюдаются у лиц, переживших природные катастрофы, техногенные аварии, боевые действия, террористические акты и др. массовые трагедии. Они подразделяются на острые и хронические. Первые преходящи и проявляются во время или непосредственно после трагических событий, как правило, в виде истерического припадка. Вторые постепенно приводят к изменению личности и социальной дезадаптации (например, невроз афганца).

Этапы развития невроза

- В своем развитии невротические расстройства проходят 3 этапа. На первых двух этапах в силу внешних обстоятельств, внутренних причин или под воздействием проводимого лечения невроз может бесследно прекратить свое существование. В случаях затяжного воздействия психотравмирующего триггера (хронический стресс), при отсутствии профессиональной психотерапевтической и/или медикаментозной поддержки пациента, возникает 3-й этап — заболевание переходит в стадию хронического невроза. Происходят стойкие изменения в структуре личности, которые сохраняются в ней даже при условии эффективно осуществляемой терапии.
- Первым этапом в динамике невроза считается невротическая реакция — кратковременное невротическое расстройство длительностью не более 1 мес, возникающее в результате острой психотравмы. Типична для детского возраста. В качестве единичного случая может отмечаться у совершенно здоровых в психическом плане людей.
- Более длительное течение невротического расстройства, изменение поведенческих реакций и появление оценки своего заболевания говорят о развитии невротического состояния, т. е. собственно невроза. Не купируемое невротическое состояние в течение 6 мес — 2 лет приводит к формированию невротического развития личности. Близкие пациента и он сам говорят о существенном изменении его характера и поведения, зачастую отражая ситуацию фразой «его/ее как подменили».



Общие симптомы неврозов

- Вегетативные нарушения носят полисистемный характер, могут быть как перманентными, так и пароксизмальными (панические атаки). Расстройства функции нервной системы проявляются головной болью напряжения, гиперестезией, головокружением и чувством неустойчивости при ходьбе, тремором, вздрагиваниями, парестезиями, мышечными подергиваниями. Нарушения сна наблюдаются у 40% пациентов с неврозами. Обычно они представлены инсомнией и дневной гиперсомнией.
- Невротическая дисфункция сердечно-сосудистой системы включает: кардиалгию и дискомфортные ощущения в сердечной области, артериальную гипертензию или гипотонию, нарушения ритма (экстрасистолию, тахикардию), синдром псевдокоронарной недостаточности, синдром Рейно. Расстройства дыхания, отмечающиеся при неврозе, характеризуются чувством нехватки воздуха, комка в горле или удушья, невротической икотой и зевотой, боязнью задохнуться, мнимой потерей дыхательного автоматизма.
- Со стороны органов пищеварения может иметь место сухость во рту, тошнота, снижение аппетита, рвота, изжога, метеоризм, неясные абдоминалгии, диарея, запор. Невротические нарушения работы мочеполовой системы вызывают цисталгию, поллакиурию, зуд или боли в области гениталий, энурез, фригидность, снижение либидо, преждевременное семяизвержение у мужчин. Расстройство терморегуляции приводит к периодическим ознобам, гипергидрозу, субфебрилитету. При неврозе могут возникать дерматологические проблемы — высыпания по типу крапивницы, псориаза, атопического дерматита.
- Типичным симптомом многих неврозов является астения — повышенная утомляемость как в психической сфере, так и физического характера. Часто присутствует тревожный синдром — постоянное ожидание предстоящих неприятных событий или опасности. Возможны фобии — страхи навязчивого типа. При неврозе они обычно конкретные, имеющие отношение к определенному предмету или событию. В отдельных случаях невроз сопровождается компульсиями — стереотипными навязчивыми двигательными актами, которые могут быть ритуалами, соответствующими определенным obsessions. Obsessions — тягостные навязчивые воспоминания, мысли, образы, влечения. Как правило, сочетаются с компульсиями и фобиями. У некоторых пациентов невроз сопровождается дистимией — пониженным настроением с чувством горя, тоски, утраты, уныния, печали.
- К мнестическим расстройствам, зачастую сопровождающим невроз, относятся забывчивость, ухудшение запоминания, большая отвлекаемость, невнимательность, неспособность сконцентрироваться, аффективный тип мышления и некоторое сужение сознания.

Диагностика

- Ведущую роль в диагностике невроза играет выявление в анамнезе психотравмирующего триггера, данные психологического тестирования пациента, исследования структуры личности и патопсихологического обследования.
- В неврологическом статусе у пациентов с неврозом не выявляется никакой очаговой симптоматики. Возможно общее оживление рефлексов, гипергидроз ладоней, тремор кончиков пальцев при вытягивании рук вперед. Исключение церебральной патологии органического или сосудистого генеза проводится неврологом при помощи ЭЭГ, МРТ головного мозга, РЭГ, УЗДГ сосудов головы. При выраженных нарушениях сна возможна консультация сомнолога и проведение полисомнографии.
- Необходима дифференциальная диагностика невроза с подобными по клинике психиатрическими (шизофрения, психопатия, биполярное расстройство) и соматическими (стенокардия, кардиомиопатия, хронический гастрит, энтерит, гломерулонефрит) заболеваниями. Пациент с неврозом существенно отличается от психиатрических больных тем, что он хорошо осознает свою болезнь, точно описывает беспокоящие его симптомы и желает от них избавиться. В сложных случаях в план обследования включается консультация психиатра. Для исключения патологии внутренних органов в зависимости от ведущей симптоматики невроза назначается: консультация кардиолога, гастроэнтеролога, уролога и др. специалистов; ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, УЗИ мочевого пузыря, КТ почек и др. исследования.

Лечение невроза

- Основу терапии невроза составляет устранение воздействия психотравмирующего триггера. Это возможно либо при разрешении психотравмирующей ситуации (что наблюдается крайне редко), либо при таком изменении отношения пациента к сложившейся ситуации, когда она перестает быть для него травмирующим фактором. В связи с этим, ведущей в лечении является психотерапия.
- Традиционно в отношении неврозов применяется преимущественно комплексное лечение, сочетающее психотерапевтические методы и фармакотерапию. В легких случаях может быть достаточным только психотерапевтическое лечение. Оно направлено на пересмотр отношения к ситуации и разрешение внутреннего конфликта больного неврозом. Из методик психотерапии возможно применение психокоррекции, когнитивного тренинга, арт-терапии, психоаналитической и когнитивно-поведенческой психотерапии. Дополнительно проводится обучение методам релаксации; в некоторых случаях — гипнотерапия. Терапию осуществляет психотерапевт или медицинский психолог.
- Медикаментозное лечение невроза базируется на нейротрансмиттерных аспектах его патогенеза. Оно носит вспомогательную роль: облегчает работу над собой в ходе психотерапевтического лечения и закрепляет ее результаты. При астении, депрессии, фобиях, тревожности, панических атаках ведущими являются антидепрессанты: имипрамин, кломипрамин, амитриптилин, экстракт травы зверобоя; более современные — сертралин, флуоксетин, флувоксамин, циталопрам, пароксетин. В терапии тревожных расстройств и фобий дополнительно используют препараты анксиолитического действия. При неврозах с мягкими проявлениями показаны травяные успокаивающие сборы и короткие курсы мягких транквилизаторов (мебикар). При развернутых нарушениях предпочтение отдают транквилизаторам бензодиазепинового ряда (алпразоламу, клоназепаму). При истерических и ипохондрических проявлениях возможно назначение небольших доз нейролептиков (тиаприда, сульпирида, тиоридазина).
- В качестве поддерживающей и общеукрепляющей терапии невроза применяются поливитамины, адаптогены, глицин, рефлексотерапия и физиотерапия (электросон, дарсонвализация, массаж, водолечение).

Прогноз и профилактика

- Прогноз невроза зависит от его вида, этапа развития и длительности течения, своевременности и адекватности оказываемой психологической и медикаментозной помощи. В большинстве случаев вовремя начатая терапия приводит, если не к излечению, то к значительному улучшению состояния пациента. Длительное существование невроза опасно необратимыми изменениями личности и риском суицида.
- Хорошей профилактикой неврозов является предупреждение возникновения психотравмирующих ситуаций, особенно в детском возрасте. Но лучшим способом может быть воспитание в себе правильного отношения к приходящим событиям и людям, выработка адекватной системы жизненных приоритетов, избавление от заблуждений. Укреплению психики также способствует достаточный сон, добротворчество и подвижный образ жизни, здоровое питание, закаливание.

Ссылки

- https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/neurosis
- Клиническая психология- П.И. Сидоров, А.В Парняков.

