

Красноярский государственный Медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Кафедра Психиатрии и наркологии с курсом ПО

Реферат

Невроз навязчивых состояний.

Выполнил: Супрунов А.А.,

Врач-ординатор

Проверил: Березовская М.А.,

Доктор медицинских наук,

Доцент.

Красноярск 2020

Содержание:

Введение-----	3
Этиология и патогенез-----	3
Клиническая картина-----	4
Выводы-----	11
Список литературы-----	12

Введение

Невротическое проявление – понятие более широкое, чем невроз или схожие с ним патологические проявления. Наряду с ними оно характеризует и состояния, объединяемые с болезненными нарушениями лишь феноменологическим подобием.

В изолированном виде невротические синдромы выявляют редко, что указывает на наличие многочисленных механизмов их формирования. Обычно симптомы невротического уровня сгруппированы и взаимно дополняют друг друга в зависимости от индивидуально – психологических особенностей человека, значимости для него стрессовой ситуации и ряда других факторов. В результате возникают клинические формы и варианты расстройств. В клинической практике они составляют группу пограничных психических расстройств.

Достаточно полное определение неврозов, отражавшее взгляды русской психиатрии, дал В.А. Гиляровский: «неврозы – это болезненно переживаемые и сопровождаемые расстройствами в соматической сфере срывы личности во всех общественных взаимоотношениях, вызванные психическими факторами или обусловленные органическими изменениями, с тенденцией к активной переработке и компенсации».

Невроз навязчивых состояний – обобщенное название психогенно обусловленных невротических расстройств в виде разнообразных навязчивостей на основе повышенной тревожности.

Этиология и патогенез

По теории И.П. Павлова данный тип расстройства чаще развивается у людей мыслительного типа с болезненным преобладанием кортикальной активности над субкортикальной. Основой навязчивостей являются очаги застойного возбуждения или торможения.

Эти люди отличаются неуверенностью в себе, нерешительностью, мнительностью, боязливостью, завышенным чувством ответственности или сочетанием чрезмерной впечатлительности и чувствительности со склонностью к задержке внешних проявлений эмоций. Воспитываются они в условиях повышенной тревожности, чрезмерной ответственности, подавления естественной детской живости и непосредственности, что формирует внутриличностный конфликт психастенического типа. («хочу, не нельзя»).

Клиническая картина

Навязчивости могут быть представлены разными видами фобий (навязчивые страхи), obsessions (навязчивые идеи, представления, сомнения, воспоминания и др.) и compulsions (навязчивые действия), а так же их сочетанием. Они могут быть самостоятельным проявлением либо представлять собой этап клинического течения заболевания, что дало основание выделять разные клинические формы и этапы невроза навязчивых состояний.

Чаще всего клиническая картина навязчивых состояний представлена разного рода фобиями. Из всего многообразия фобий в клинической картине невроза навязчивых состояний чаще всего наблюдают острафобию (боязнь острых предметов), клаустрофобию (боязнь закрытых помещений), гипсофобию (боязнь высоты), мизофобию (страх загрязнения), нозофобию (страх болезней). По современной классификации МКБ-10 страхи определенных заболеваний отнесены к группе ипохондрических расстройств, если только они не связаны со специфическими ситуациями, в которых может быть приобретено заболевание.

Фобии при неврозе, в отличие таковых при шизофрении, характеризуются наличием четкой фабулы; обострением в ситуациях конфликта; наличием критики, выраженного компонента борьбы; простого, психически понятного характера ритуалов.

Формирование фобий проходит несколько самостоятельных этапов, свойственных всем неврозам. На начальных этапах доминируют вегетативные расстройства (проявление вегетативной тревоги). Затем присоединяются сенсомоторные и аффективные (тревожные) расстройства. И наконец, присоединяется идеаторный (содержательный) компонент, чем и завершается формирование фобического невроза.

В дальнейшем заболевание проходит ряд стадий и претерпевает клиническое усложнение. В итоге фобический этап невроза навязчивых состояний проходит три этапа.

- фобии возникают при непосредственном столкновении с травмирующей ситуацией (например, в транспорте, где и возник страх).

- фобии возникают уже при ожидании встречи с травмирующей ситуацией (при ожидании поездки в транспорте).

- фобии возникают при одном только представлении о возможности травмирующей ситуации. Для динамики фобического этапа характерно расширение ситуаций, вызывающих фобию, что является одним из показателей неблагоприятного течения заболевания. В результате в клинической картине могут выявляться сочетание первичных, вторичных и даже третичных фобий (кардиофобия приводит к вторичному развитию клаустрофобий, а позднее агорафобий).

Обычно больные сохраняют критическое отношение к своим страхам. Тем не менее на высоте фобии (острый приступ) на короткий период больные могут утратить критическое отношение к состоянию.

В динамике невроза к навязчивым фобиям присоединяются разнообразные меры защиты (обсессивно-компульсивный этап), используемые больными для борьбы с навязчивостями. В начале это может быть только логическое мысленное переубеждение или мысленный уход от навязчивых страхов. В дальнейшем, при более тяжелом течении заболевания, больные начинают избегать встреч с травмирующими моментами, нередко вовлекая в свои защитные действия близких. Происходит формирование защитных действий – ритуалов, которые могут подвергнуться дальнейшему усложнению, что является другим показателем неблагоприятного течения. При невротических фобиях ритуалы всегда обоснованы и конкретны.

Может терпеть динамику и сам фобический синдром. В частности, к нему может присоединиться навязчивое контрастное влечение (желание совершить какое-либо недозволенное действие, противоречащее установкам данной личности), что также указывает на неблагоприятное течение.

Таким образом, в соответствии с МКБ-10 выделяют следующие варианты навязчивостей: тревожно-фобические, тревожные и обсессивно-компульсивные.

Тревожно-фобическое расстройство характеризуется проявлением тревоги исключительно или преимущественно в определённых ситуациях или при встрече с каким-либо объектом, которые в настоящем не являются опасными. Больные обычно избегают таких ситуаций или переносят их с чувством страха. Тревога при этом может варьировать по интенсивности от легкого дискомфорта до ужаса.

К данной группе расстройств относятся разнообразные варианты фобий, общие критерии диагностики которых включают следующие признаки:

- психологические и вегетативные симптомы должны быть первичными проявлениями тревоги (причем необходимо наличие не менее двух симптомов общей тревоги, а один из них должен быть проявлением вегетативной тревоги), а не вторичными по отношению к другим симптомам, таким, как бред или навязчивые мысли;

-тревога должна ограничиваться только преимущественно определенными фобическими объектами или ситуациями, вызывающими страх, или при мыслях о них.

-должно присутствовать очевидное избегание фобической ситуации.

-должно присутствовать осознание чрезмерности или необоснованности стремления избегать ситуацию.

По своему содержанию фобии крайне многообразны, их основные варианты следующие:

-агорафобии – группа фобий, связанная с ситуациями нахождения вне дома, на открытых (закрытых) пространствах и/или с перемещениями в них, а также со схожих ситуациями, такими, как наличие толпы, в сочетании с переживанием беспомощности и невозможности сразу вернуться в безопасное место (домой). Таким образом, к агорафобии относится целая совокупность взаимосвязанных и обычно частично совпадающих фобий, охватывающих страхи выходить из дома, входить в магазины, толпу или общественные места, путешествовать в одиночестве в поездах, автобусах, метро или самолетах. Отсутствие немедленного доступа к выходу является одной из ключевых черт агорафобии. Интенсивность тревоги может быть настолько выраженной (с ощущением нехватки воздуха, помутнением в голове и другими вегетативными симптомами), что многие больные становятся полностью прикованными к дому. Чаще страдают женщины. Начало в раннем зрелом возрасте. Течение обычно хроническое, волнообразное;

- социальные фобии – группа фобий, сконцентрированных вокруг страха испытать внимание со стороны окружающих в сравнительно малых группах людей, с переживанием своей несостоятельности в чём –либо, что приводит к избеганию определенных общественных ситуаций. Примером социальных фобий является страх еды на людях, страх публичных выступлений, страх

встречи с представителями противоположного пола, страх покраснения, страх рвоты в обществе и пр. они могут быть изолированными, но могут быть и диффузными, включающими в себя почти все социальные ситуации вне семейного круга. Такого рода фобии в особо тяжелых случаях могут привести к полной социальной изоляции. Обычно они сочетаются с заниженной самооценкой и боязнью критики. Могут проявляться жалобами на ощущение тревоги (тремор рук, покраснение лица, тошнота, императивные позывы на мочеиспускание) с оценкой этих жалоб как основной проблемы. Начало обычно в подростковом возрасте. Одинаково часто наблюдают у мужчин и у женщин.

- специфические (изолированные) фобии – группа фобий, ограниченных строго определенными ситуациями, такими, как высота, гроза, темнота, полеты в самолетах, нахождение рядом с какими-то животными, мочеиспускание или дефекация в общественных туалетах, прием определенной пищи, вид крови или повреждений, экзамен, закрытые пространства, лечение у стоматолога, медицинские процедуры. В эту же группу относят варианты нозофобий, связанные со страхом соприкосновения с инфекцией (венерическими болезнями, ВИЧ-инфекцией), и страхи, связанные с лучевой болезнью. Критерием отнесения этих нозофобий к специфическим является «внешнее происхождение по отношению к объекту», в отличие от остальных нозофобий, относящихся к ипохондрическим расстройствам. Начало обычно в детстве или молодом возрасте. При отсутствии лечения фобии могут сохраняться многие годы.

Обсессивно- компульсивное расстройство характеризуется неприятно повторяющимися обсессивными мыслями и/или компульсивными действиями и их сочетаниями. Мужчины и женщины страдают одинаково часто. Начало обычно в детском или юношеском возрасте. Течение варьируемо, может стать хроническим.

Общие диагностические критерии:

- симптомы расцениваются как собственные, а не навязчивые окружающими влияниями;
- больной безуспешно сопротивляется симптомам;
- мысль о выполнении действий не является сама по себе приятной;
- мысли, образы или импульсы должны неприятно стереотипно повторяться.

Обсессии в виде навязчивых мыслей или размышлений (умственная жевачка) представляют собой идеи, психические образы или влечения, которые в стереотипной форме вновь и вновь приходят на ум больному. Они очень различны и по содержанию, но почти всегда тягостны и неприятны. Обсессии могут быть агрессивными (например, у матери может возникнуть навязчивое желание убить ребенка), непристойными или богохульными и чуждыми личности больного либо просто бесполезными (бесконечное квазифилософское рассуждение по малосущественным альтернативам), сочетаются с невозможностью сделать тривиальные, но необходимые в повседневной жизни решения. Во всех случаях больной безуспешно пытается им сопротивляться.

Компульсивные действия (обсессивные ритуалы) чаще всего касаются соблюдения частоты (особенно мытья рук). Непрерывного контроля за предотвращением потенциально опасной ситуации или за порядком и аккуратностью. В основе поведения лежит страх, а ритуальные действия являются бесплодной или символической попыткой предотвратить опасность. Такие ритуалы могут ежедневно занимать помногу часов и иногда сочетаются с нерешительностью и медлительностью.

На практике чаще всего наблюдают сочетания обсессивных мыслей и компульсивных действий.

Тревожные расстройства. К невротическим нарушениям по современной классификации относится также группа тревожных расстройств, при которых проявления тревоги являются главным симптомом и не ограничиваются особой ситуацией (в отличие от тревожно фобических расстройств). В клинической картине могут присутствовать обсессии и даже некоторые элементы фобий, они являются отчетливо вторичными и менее тяжелыми. В эту группу входят паническое расстройство и генерализованное тревожное расстройство.

Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога) характеризуется повторными приступами тяжелой тревоги, которые не ограничиваются определенной ситуацией или обстоятельством и поэтому непредсказуемы. Паническая атака – дискретный период, в котором имеет место внезапно начинающееся сильное беспокойство, страх или ужас, часто ассоциирующиеся с чувством неминуемой гибели. Заболевание чаще начинается в молодом возрасте, преимущественно у женщин.

- типичная паническая атака должна соответствовать всем следующим признакам:

А. наличие дискретных эпизодов интенсивного страха, паники или дискомфорта;

Б. внезапное начало;

В. Достижение максимума в течении нескольких минут и продолжение по меньшей мере в течение нескольких минут;

Г. Наличие не менее 4х симптомов из проявлений тревоги, причем один из них должен быть из группы вегетативных симптомов.

- в зависимости от доминирования тех или иных соматовегетативных симптомов различают панические атаки сердечно-сосудистого, дыхательного и желудочно-кишечного типа.

- в клинической практике нередко наблюдают так называемые атипичные варианты панических атак. В некоторых случаях могут отсутствовать эмоционально-аффективные проявления в виде страха или паники. (так называемая «паника без паники»); в других случаях эти проявления носят нетипичный характер и представляют, например, в виде чувства агрессии или раздражительности. Кроме того, существуют панические атаки, при которых выявляют симптомы, не ассоциированные с паникой, которые не могут быть отнесены ни к вегетативным, ни к эмоционально-аффективным, ни к когнитивным (например, боль).

- для постановки диагноза панического расстройства необходимо выполнение следующих критериев:

А. возникновение нескольких панических атак на протяжении периода около 1 мес при обстоятельствах, не связанных с объективной угрозой или с заметным напряжением;

Б. атаки не должны быть ограничены известными или предсказуемыми ситуациями;

В. Между атаками состояние должно быть свободным от тревожных симптомов (может быть тревога предвосхищения атаки);

Г. Должны быть исключены любые другие причины (физические, психические, интоксикационные и др.), способные вызвать подобные

проявления (не всякий вегетативный криз является панической атакой и не каждая паническая атака является психогенной).

- в динамике заболевания к паническим атакам часто присоединяются вторичные проявления в виде постоянного страха возникновения новой атаки, страха одиночества, страха появления в людных местах, избегания специфических ситуаций. Кроме того, могут присоединиться вторичная ипохондрическая настроенность и депрессивные проявления.

Генерализованное тревожное расстройство характеризуется наличием генерализованной и стойкой тревоги. Эта тревога не ограничивается какими-либо определенными средовыми обстоятельствами, т.е является «нефиксированной». Генерализованное тревожное расстройство более характерно для женщин и часто связано с хроническим стрессом. Течение переменчивое, со склонностью к волнообразности и хронизации.

- ведущие симптомы очень переменчивы. Они должны присутствовать по меньшей мере несколько месяцев, возникая в течении большинства дней за период несколько недель. Эти симптомы обычно включают :

А. разнообразные опасения (о будущих неудачах, о состоянии здоровья родных, о возможном несчастном случае и т.п);

Б. Симптомы напряжения:

*суетливость

*мышечное напряжение или боли

*неспособность к релаксации

*чувство нервозности и психического напряжения

*ощущение комка в горле или затруднения при глотании;

Б. вегетативную гиперактивность (как обязательное проявление тревоги);

*усиленное реагирование на небольшие сюрпризы или испуг;

*затруднение в сосредоточении внимания или пустота в голове из-за тревоги или беспокойства;

*постоянная раздражительность

*затруднение засыпания из-за беспокойства.

- для постановки диагноза необходимо наличие не менее 4 из перечисленных выше признаков, причём один из них должен быть из группы вегетативной тревоги.

Исходя из психогенной и конфликтогенной природы невротических расстройств, основным лечебным методом является психотерапия. На начальных этапах лечения широко применяют и лекарственную терапию .

Выбор методов медикаментозной терапии и психотерапии зависит от клинической формы невроза. Применяют как индивидуальную , семейную , так и групповые модели психотерапии.

Выводы

Для профилактики рецидивов неврозов очень важно изменить отношение больного к психотравмирующим событиям, повлиять на те характерологические особенности, которые делают его к ним особо чувствительным. Это достигается беседами с больным. С успехом с этой целью могут быть использованы внушение и самовнушение.

Для предупреждения развития тяжелых и затяжных форм заболевания имеют значение также их раннее распознавание и лечение. Большую роль в этом отношении призваны сыграть психоневрологические диспансеры.

Семейные конфликты и половая дисгармония (дисгамия) являются частыми причинами неврозов.

Предупреждению их может способствовать добрачная подготовка молодоженов как в психологическом, так и в сексологическом плане, а также консультативная помощь семье в разрешении конфликтов.

Список литературы :

1. Клиническая психиатрия . избранные лекции : учебное пособие / ред. Л.М. Барденштейн , Д.М. Пивень , В.А. Молодецких . : ИНФРА-М, 2017.
2. Школа молодого психиатра . избранные главы общей психопатологии и частной психиатрии / И.М. Беккер. Бином , 2015.
3. Психиатрия . Национальное руководство. Краткое издание/ под ред.Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова; отв. Ред. Ю,А. Александровский.- М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.
4. Психиатрия: учебник/ Н.Г. Незнанов .- М. : ГЭОТАР – Медиа, 2010.