

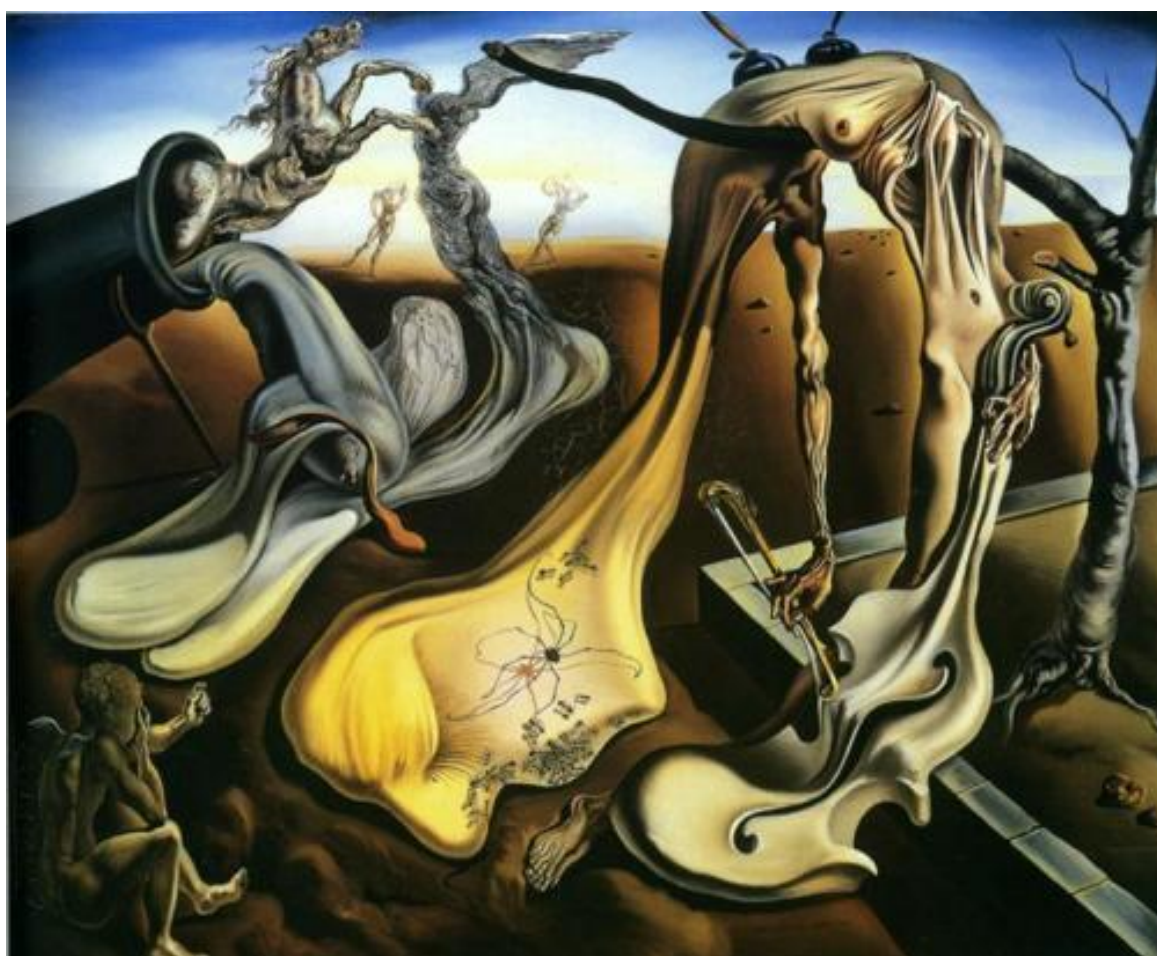
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
МОСКОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
КЛИНИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ИМ. М.Ф.ВЛАДИМИРСКОГО

ФАКУЛЬТЕТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

КАФЕДРА НЕВРОЛОГИИ

НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Котов А.С.



Москва

2011

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**МОСКОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
КЛИНИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ИМ. М.Ф.ВЛАДИМИРСКОГО**

ФАКУЛЬТЕТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

КАФЕДРА НЕВРОЛОГИИ

«Утверждаю»

Декан ФУВ МОНИКИ

проф. Б.В.Агафонов

Протокол № от

НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Учебное пособие

Москва

2011

Невротические расстройства // Сост.: Котов А.С. – М.: МОНИКИ

В учебном пособии с современных позиций рассмотрены вопросы клиники, диагностики и лечения различных форм невротических расстройств.

Пособие предназначено для неврологов, психиатров, а также для врачей других специальностей, работающих с невротическими больными.

Составитель:

Ассистент кафедры неврологии ФУВ МОНИКИ, к.м.н. А.С. Котов

Рецензенты:

докт.мед.наук, профессор Л.Г. Турбина

канд.мед.наук, доцент Р.Р. Богданов

На обложке: картина Сальвадора Дали «Вечерний паук сулит надежду»

Список сокращений:

ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство

РЭПТ - рационально-эмоционально-поведенческая терапия

СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Невротические расстройства, или неврозы – собирательное название для целой группы весьма разнообразных психогенных расстройств функциональной природы, имеющих тенденцию к затяжному течению, и, как правило, обратимых. Термин «невроз» происходит от древнегреческого слова νεῦρον – нерв, а свое окончательное звучание он получил на латыни – *neurosis*. Впервые понятие «невроз» было предложено в 1776 году шотландским медиком Уильямом Калленом (William Cullen). Согласно оригинальному описанию автора, к когорте неврозов относится широкий круг страданий, зависящих от нарушения деятельности нервной системы и не сопровождающийся органической патологией. Нетрудно себе представить, что в XVIII веке, когда знания об анатомии и физиологии нервной системы были весьма ограничены, этому определению полностью соответствовала львиная доля всех неврологических и психических заболеваний [5,12].

Однако по мере увеличения количества знаний в области медицины, описания все новых анатомических субстратов различных заболеваний, изучения патогенеза расстройств деятельности нервной системы, критерии диагноза «невроз» все более сужались. В настоящее время можно выделить основные критерии диагностики, несоответствие которым исключает возможность установления подобного диагноза:

- умеренная выраженность психического расстройства;
- отсутствие симптомов психоза;
- возникновение вследствие воздействия психотравмирующего фактора.

Следует повторить и подчеркнуть, что сам термин «невроз» имеет в настоящее время лишь историческое значение и служит собирательным термином для огромного количества разнообразных расстройств непсихотического уровня [1,3,15].

КЛАССИФИКАЦИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Как уже отмечалось выше, неврозы – собирательное понятие для группы различных расстройств, в актуальной классификации болезней, предложенной ВОЗ (МКБ-10) они занимают отдельную строку в разделе психических заболеваний (литера F):

F00-F09 Органические, включая симптоматические психические расстройства

F10-F19 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ

F20-F29 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства

F30-F39 Расстройства настроения [аффективные расстройства]

F40-F48 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства

F50-F59 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами

F60-F69 Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте

F70-F79 Умственная отсталость

F80-F89 Расстройства психологического развития

F90-F98 Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте

F99 Психическое расстройство без дополнительных уточнений

Таким образом, из приведенной выше классификации становится понятно, что несмотря на созвучие терминов «невроз» и «невролог» (ранее использовался некорректный термин «невропатолог»), неврозы – психические, а не неврологические заболевания, и устанавливать диагноз невротического расстройства должен психиатр.

С другой стороны, следует учитывать, что невротические расстройства – одни из самых распространенных заболеваний в мире, и каждый из Вас, уважаемые читатели, многократно встречался с невротическими больными как в своей профессиональной деятельности, так и в повседневной жизни. Следовательно, знать основные виды неврозов и способы помощи больным с данной нозологией – долг любого врача, работающего с живыми пациентами. Как многократно отмечалось выше, невроз – собирательный термин для целого спектра весьма разноплановых расстройств. Итак, к данной когорте относятся:

- F40 Фобические расстройства
- F41 Панические расстройства
- F42 Обсессивно-компульсивные расстройства
- F43 Стрессовые расстройства
- F44 Конверсионные расстройства
- F45 Соматоформные расстройства
- F48 Другие невротические расстройства

Что же послужило причиной объединения данных страданий, каждое из которых, безусловно, имеет своеобразную клиническую картину, в одну группу – неврозы?

Во-первых, нужно напомнить Вам критерии диагностики неврозов, приведенные выше:

- умеренная выраженность психического расстройства;
- отсутствие симптомов психоза;

- возникновение вследствие воздействия психотравмирующего фактора.

Во-вторых, для невротических больных (а их лечением занимались такие корифеи, как Зигмунд Фрейд, Карл Густав Юнг, Альфред Адлер, Жак Лакан, Эмиль Крепелин, Иван Петрович Павлов, Владимир Михайлович Бехтерев, Алексей Яковлевич Кожевников и многие другие) характерны типичные личностные особенности:

- заикленность на психотравмирующей ситуации;
- неадекватная (часто заниженная) самооценка;
- неопределенность или противоречивость системы ценностей, жизненных желаний и предпочтений, представления о себе, о других и о жизни;
- нерешительность;
- нестабильность настроения, его частая и резкая изменчивость;
- низкая «стрессоустойчивость» - на незначительное стрессовое событие люди реагируют отчаянием или агрессией;
- обидчивость, ранимость;
- повышенная тревожность: частое переживание чувства тревоги, страха;
- проблемы в общении;
- раздражительность;
- сниженная работоспособность, повышенная утомляемость;
- эмоциональное неблагополучие (зачастую без видимых причин) [2,4,11,13].

Следует, впрочем, отметить, что в том или ином виде все вышеописанные симптомы можно выявить у любого человека. Как отмечал З. Фрейд, неврозы не имеют некоего специфического содержания, коего нельзя было бы найти и у здорового: невротики страдают теми же комплексами, с которыми борются и здоровые [16]. В то же время, любой невроз в той или иной степени нарушает отношение больного к реальности, является средством отказа от реальности; в тяжелых случаях происходит «бегство» из реальной жизни.

Неврозы составляют «преимущество» человека над животными, и относятся к болезням личности, имеющим социальную окраску. При неврозе, как и при психозе, происходит либо замещение реальности, либо утрата ее. Поэтому неврозы — продукт конфликта и отчуждения, социальных противоречий, проявляемый в сфере психики.

И, наконец, **в-третьих**, следует помнить, что любая классификация — условность, помогающая лишь с той или иной степенью достоверности «разложить по полкам» жалобы, имеющиеся у конкретного пациента. В действительности видов неврозов ровно столько же, сколько пациентов во всем мире страдает ими, ибо внутренние переживания и конфликты, являющиеся содержанием невроза, необычайно разнообразны. Очевидно, по мере увеличения количества знаний об этиологии и патогенезе психических

заболеваний критерии диагностики невротозов будут становиться все более строгими – будут исключены заболевания, имеющие четкую генетическую природу (генетическая предрасположенность, например, предполагается при обсессивно-компульсивных расстройствах), ряд видов и подвидов невротозов будут переведены в другие рубрики.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ВИДОВ НЕВРОЗОВ

ФОБИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ИЛИ ФОБИИ (F40). Клиническим ядром данного вида невротозов являются навязчивые страхи или фобии (от древнегреческого слова φόβος — страх). Разумеется, страх является нормальной психологической реакцией на угрожающие обстоятельства. Однако при фобиях имеет место упорный навязчивый страх, обостряющийся в определённых ситуациях и не поддающийся логическому объяснению.

Основные типы фобий:

- **Агорафобия** – самый частый вид фобических расстройств – обязан своим названием ярмарочной площади в древних Афинах – агоре (αγορά). В настоящее время под термином «агорафобия» понимается страх попасть в места или ситуации, из которых трудно или неудобно убежать «спастись», в которых в случае приступа страха нельзя получить помощи. Подобные ситуации избегаются или переносятся с выраженным дискомфортом или тревогой. Следует учитывать, что пациент может бояться не только площадей, заполненных народом: например, клаустрофобия – страх замкнутых пространств – не что иное, как одна из разновидностей агорафобии.

- **Специфическая фобия** - отчетливый и постоянный, чрезмерный или неадекватный страх, вызываемый наличием или ожиданием появления определенного объекта или попаданием в определенную ситуацию (полеты, высота, животные, инъекция, кровь и др.). Попадание в фобическую ситуацию провоцирует тревожную реакцию, которая принимает форму ситуационно обусловленного панического приступа.

- **Социальная фобия** - боязнь пристального внимания со стороны других людей, ведущая к избеганию социальных ситуаций. Более глубокие социальные фобии связаны с низкой самооценкой и боязнью критики. Основные клинические проявления - покраснение лица, дрожание рук, тошнота, постоянные позывы на мочеиспускание

ПАНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (F41). Термин происходит от древнегреческого слова πανικός – безотчётный ужас, внушаемый богом Паном. Клиническим «ядром» панических расстройств является

патологическая тревога, доходящая до степени паники. Основные признаки патологической тревоги:

- блокирует принятие конструктивного решения;
- доминирует в сознании;
- может провоцироваться внешними обстоятельствами;
- не поддается субъективному контролю;
- не связана с реальной угрозой и не соответствует значимости ситуации;
- обусловлена внутренними причинами.

Основные нозологические формы панических расстройств:

- **Паническое расстройство**, проявляющееся приступами паники, а также обусловленными этими приступами изменениями состояния в виде постоянной озабоченности возможностью возникновения повторных приступов; беспокойством по поводу переживаний, которые возникали в ходе приступа, либо его последствий (например, утрата контроля, инфаркт, сумасшествие), а также значительными изменениями поведения, связанными с приступами. Что же такое панический приступ, или паническая атака? Согласно классическому определению, **панический приступ** - четко очерченный эпизод сильного страха или дискомфорта, при котором резко возникают и достигают максимальной выраженности в течение 10 минут четыре (или более) симптома из следующих:

вегетативные симптомы:

- боль или дискомфорт в груди;
- ознобы или приливы жара;
- ощущение удушья;
- парестезии (ощущения онемения или покалывания);
- потливость;
- тошнота или желудочно-кишечные расстройства;
- усиленное или учащенное сердцебиение либо учащение пульса;
- чувство головокружения, неустойчивости, приближающегося обморока;
- чувство нехватки воздуха или духоты.

когнитивные симптомы:

- дереализация или деперсонализация;
- страх утраты контроля или страх сойти с ума;
- страх смерти.

двигательные симптомы:

- тремор или внутренняя дрожь;
 - двигательное возбуждение.
- **Генерализованное тревожное расстройство**, для которого характерна перманентная тревога, проявляющаяся опасениями и беспокойством,

которые невозможно сдерживать, утомляемостью, раздражительностью, снижением возможности к сосредоточению, двигательным напряжением, суетливостью, нарушениями сна и вегетативными проявлениями (тахикардией, потливостью или сухостью кожи, тошнотой и т.д.). Вышеуказанные симптомы должны иметь место на протяжении не менее 6 месяцев.

ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА (F42). Название образовано от английских слов *obsession* — «одержимость идеями, навязчивость» и *compulsion* — «принуждение». Клиническим ядром синдрома являются обсессии - повторяющиеся стереотипные представления, идеи, влечения, имеющие тягостный характер и порождающие сопротивление больного, а также компульсии - повторяющиеся стереотипные действия, совершаемые больным для того, чтобы себя «обезопасить» (при этом пациент осознает неадекватность этих действий). Классический пример – навязчивые мысли о возможном загрязнении (обсессии) с постоянным мытьем рук (компульсии).

СТРЕССОВЫЕ РАССТРОЙСТВА (F43). Развиваются вследствие воздействия на индивидуума психической травмы исключительной выраженности. Вовлеченный индивидуум под влиянием ситуации пережил сильный страх, беспомощность или ужас.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) отличается пролонгированным воздействием, имеет латентный период, и проявляется в период от шести месяцев до десяти лет после перенесения однократной или повторяющейся психологической травмы. Классическими примерами психологических травм являются боевые действия, захват в заложники, изнасилование, пытки и т.д. Для ПТСР характерны:

- диссоциативные симптомы (ощущение психического оцепенения или эмоциональной анестезии, чувство собственной отстраненности, нарушения сознания, деперсонализационно - дереализационные явления, диссоциативная амнезия);
- интрузивная симптоматика (повторяющиеся мысли, образы, сны, иллюзии, переживания овладевающие представления);
- тревога и повышенная возбудимость (нарушения сна, раздражительность, трудность концентрации, двигательное беспокойство, повышенный уровень бодрствования);
- избегание стимулов, ассоциирующихся с перенесенной травмой, эмоциональная анестезия, отчужденность;
- длительность расстройства более 6 месяцев.

ДИССОЦИАТИВНЫЕ (КОНВЕРСИОННЫЕ) РАССТРОЙСТВА (F44).

Диссоциативные расстройства обязаны своим названием латинскому термину *dissociare*, который можно перевести на русский язык примерно как «отщепление», «отделение от общности». Это группа психических расстройств, характеризующихся изменениями или нарушениями ряда психических функций: сознания, памяти, чувства личностной «идентичности», осознания непрерывного существования собственной личности. Под воздействием психотравмирующего фактора вышеуказанные функции могут «отщепляться» от потока сознания и становиться «независимыми». Например, может утрачиваться личностная идентичность или некоторые воспоминания.

Классические примеры диссоциативных расстройств:

- **Деперсонализация** - состояние, сопровождающееся изменением или потерей чувства собственного «Я». Больным кажется, что события их жизни происходят с кем-то другим, что они как бы «просматривают» свою жизнь в кинотеатре. Характерно изменение восприятия окружающего «все серое, плоское, вижу мир как будто через мутное стекло»; отсутствие эмоций, мыслей в голове.

- **Диссоциативная амнезия** характеризуется частичной или полной утратой воспоминаний, в особенности памяти о психотравмирующем событии (изнасилование, убийство, потеря близких и т.д.), нередко с последующим «выздоровлением» например во время сеанса гипноза, в случае разрешения психологического конфликта и пр.

- **Диссоциативная фуга** (от латинского термина *fuga* – бегство) в классическом понимании представляет собой заболевание, характеризующаяся внезапным целенаправленным переездом в другое место, после чего больной полностью забывает всю информацию о себе, вплоть до имени. «Универсальная» память (название предметов, язык, общеизвестные исторические события и т.д.) сохраняется, как и возможность запоминать новое. Во всех остальных отношениях, кроме амнезии, больной ведёт себя нормально. Больные в состоянии фуги могут придумать себе другое имя и биографию. Они могут найти другую работу и вести внешне нормальную жизнь. Фуга носит защитный характер, поскольку даёт больному возможность получить отпуск от своих проблем. Диссоциативная фуга длится от нескольких часов до нескольких месяцев, изредка дольше. Потом больной вспоминает свою биографию (обычно внезапно), но при этом может забыть всё, что происходило во время фуги. Выход из фуги часто сопровождается резкими отрицательными эмоциями: больной снова возвращается в неприятную ему ситуацию.

- **Диссоциативное расстройство идентичности** («раздвоение личности») - психический феномен, при котором человек обладает двумя или более различными личностями, каждая из которых имеет собственные особенности восприятия действительности и взаимодействия с окружающей средой. Классическое описание дано в знаменитом произведении Р.Л. Стивенсона «Странная история доктора Джекила и мистера Хайда».

Конверсионные расстройства (от латинского термина *conversion* – превращение) служат собирательным понятием для состояний, при которых неразрешимые психологические конфликты «конвертируются» в различные «соматические» заболевания. Классическим примером служат *конверсионные судороги* (напоминающие эпилептические припадки, но протекающие обычно без утраты сознания) или *конверсионные двигательные расстройства*, имитирующие различные неврологические заболевания.

СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА (F45). Основным проявлением болезни служат постоянно предъявляемые соматические жалобы одновременно с настойчивыми требованиями медицинских обследований, несмотря на повторные отрицательные их результаты и заверения врачей, что симптомы не имеют соматической природы. Если у больного имеются какие-либо соматические заболевания, они не объясняют природы и степени выраженности симптомов или страдания и жалоб пациента.

Соматизированное расстройство – типичный пример соматоформных расстройств. Клиническим ядром являются многочисленные соматические симптомы и жалобы (которые могут быть как стабильными, так и регулярно видоизменяться). Критерием диагностики служит персистирование состояния в течение как минимум 2 лет. Большинство пациентов имеют длительную историю взаимоотношений с врачами, в ходе которых обычно выполняется множество безрезультатных исследований и бесплодных диагностических манипуляций. *Симптоматика может относиться к любой части тела или системе органов*. Течение расстройства хроническое, оно часто ассоциируется с нарушением социального межличностного и семейного поведения.

Ипохондрическое расстройство происходит от древнегреческого слова ὑποχόνδριον - подреберье (по мнению древнегреческих врачей именно в этой анатомической области располагалась «причина» данного заболевания). Клиническим ядром синдрома служит постоянная озабоченность по поводу возможности заболеть одной или несколькими болезнями, жалобах или озабоченности своим физическим здоровьем; восприятию своих обычных ощущений как ненормальных и неприятных; предположениях, что кроме основного заболевания есть какое-то дополнительное. При этом человек

может считать, что знает, какое у него «на самом деле» заболевание, но степень его убежденности обычно раз от раза меняется, и он считает более вероятным то одно заболевание, то другое.

Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы.

Симптоматика, предъявляемая пациентом, подобна той, которая возникает при повреждении органов, преимущественно или полностью иннервируемых и контролируемых вегетативной нервной системой. Первый тип симптомов - это жалобы, основанные на объективных признаках вегетативного раздражения, таких, как сердцебиение, потливость, покраснение, тремор, и выражение страха и беспокойства относительно возможного нарушения здоровья. Второй тип симптомов - это субъективные жалобы неспецифического или изменчивого характера, такие, как быстротечные боли по всему телу, ощущения жара, тяжести, усталости или вздутия живота, которые пациент соотносит каким-либо органом или системой органов.

Устойчивое соматоформное болевое расстройство. Основной жалобой является устойчивая, резкая, мучительная боль, которую нельзя полностью объяснить физиологическим нарушением или соматическим заболеванием и которая возникает в связи с эмоциональным конфликтом или психосоциальными проблемами.

ДРУГИЕ НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (F48). К данной рубрике относят целый ряд расстройств, объединенных под названием «другие уточненные невротические расстройства», например, психогенный обморок, психогенный профессиональный невроз (одним из видов которого является психогенный писчий спазм), а также неврастению.

Неврастения. Выделяются два основных типа расстройства. Главной характерной чертой первого типа являются жалобы на повышенную утомляемость после умственной нагрузки, с которой часто связано некоторое снижение производственных показателей или продуктивности в повседневных делах. Умственная утомляемость описывается больным как неприятное возникновение рассеянности, ослабления памяти, невозможности сосредоточиться и неэффективности умственной деятельности. При другом типе расстройства основной упор делается на ощущение физической слабости и изнеможения даже после минимальной нагрузки, сопровождаемых ощущением мышечных болей и невозможностью расслабиться. Оба типа расстройства характеризуются рядом общих неприятных физических ощущений, таких, как головокружение, напряженная головная боль и ощущение общей нестабильности. Общими чертами являются также беспокойство по поводу снижения своих

умственных и физических способностей, раздражительность, утрата способности радоваться и незначительно выраженная депрессия и тревога.

ДИАГНОСТИКА НЕВРОЗОВ

Как следует из определения понятия «невроз», данные лабораторного и инструментального исследования не способны подтвердить или опровергнуть подобный диагноз. Единственным методом обследования является тщательный сбор анамнеза и выяснение жалоб пациента. Клиническая практика показывает, что при общении больных с неврозами врачи нередко совершают весьма типичные ошибки:

- стремление «любой ценой» выявить у пациента те или иные соматические заболевания и связать с ними жалобы больного (следует учитывать, что наличие соматических заболеваний отнюдь не исключает диагноза невроза);
- избыточное инструментальное и лабораторное обследование в надежде убедить больного в отсутствии серьезного соматического заболевания (данная практика особенно типична у больных с соматоформными расстройствами);
- неадекватная трактовка результатов инструментального исследования, особенно устаревших методов (эхоэнцефалоскопия, реоэнцефалография) или неинформативных при неврозах (электроэнцефалография, рентгенография черепа).

ЛЕЧЕНИЕ НЕВРОЗОВ

Как следует из определения термина «невроз», причиной заболевания служит психическая травма, субъективно неразрешимая для больного. Разумеется, что даже самые современные и эффективные психотропные препараты едва ли могут помочь больному в разрешении психотравмирующей ситуации, обусловившей развитие заболевания. Таким образом, медикаментозная терапия при неврозах имеет вспомогательное значение и не будет эффективна без устранения причины болезни – психологического конфликта. Для выявления и устранения причины заболевания активно используется психотерапия. Безусловно, любая беседа врача и пациента обладает психотерапевтическим воздействием, однако у больных неврозом данный метод лечения является основным.

ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ПСИХОТЕРАПИИ:

- **релаксационная психотерапия** использует для психоэмоциональной «разрядки» различные методики расслабления (*релаксации*) пациентов. Применяются физические упражнения (*медитация, йога*), спокойная музыка (*музыкотерапия*) и т.д.
- **суггестивная психотерапия** (от английского термина *suggestion* – внушение). Принципом метода является внушение пациенту уверенности,

убежденности в отсутствии у него заболеваний и проблем и т.д. Основной методикой суггестивной терапии является гипносуггестия, т.е. проведение терапевтического внушения пациентам, находящимся в состоянии гипноза. **Гипноз** — это особое состояние сознания, возникающее под влиянием направленного психологического воздействия, отличающееся как от сна, так и от бодрствования, и сопровождающееся значительным повышением восприимчивости к специфически направленным психологическим факторам при резком понижении чувствительности к действию всех других факторов внешней среды. Метод нередко оказывает «чудодейственный» эффект, что объясняется инфантильностью, слабоволием и зависимостью от чужого мнения — характерными личностными особенностями больных неврозами. Примером суггестивной психотерапии являются телевизионные сеансы А.М. Кашпировского, пользовавшиеся огромной популярностью в конце 80-х годов XX века.

- **рационально-эмоционально-поведенческая терапия (РЭПТ)** (перевод английского термина Rational Emotive Behavior Therapy (REBT), предложенного в 1955 году Альбером Эллисом). Методика рассматривает в качестве основной причины психических расстройств ошибочные (иррациональные) убеждения (верования) (*irrational beliefs*), а не прошлый опыт индивида. «Ядром» теории РЭПТ является модель АВС, где «А» (*activating events - активаторы*) — это любые текущие события или собственные мысли, чувства, поведение в связи с этими событиями, а, возможно, воспоминания или мысли о прошлом опыте. Проблемы возникают потому, что в «А» каждый человек привносит что-то свое, а именно свои убеждения, цели, физиологическую предрасположенность, установки, взгляды — «В» (*beliefs - верования*). И уже «В» приводит именно к тому, а не иному «С» (*consequences - последствия*). И если рациональные взгляды ведут к продуктивному поведению, то иррациональные взгляды — к саморазрушению и иррациональному поведению. «А», «В» и «С» тесно связаны, и ни один из этих элементов не может существовать без других. Чтобы изменить «С», нужно или изменить непосредственно «А» (начальный уровень психотерапевтического воздействия), или осознать, что «В», ведущие к иррациональным «С», иррациональны, проверить это в опыте и принять вместо конкретных иррациональных «В» конкретные рациональные (средний уровень воздействия). Или же, в идеале, в случае самого глубокого и эффективного терапевтического изменения, произвести философское реструктурирование иррациональных воззрений (самый высокий уровень психотерапевтического воздействия).

- **психоанализ** был разработан в конце XIX века австрийским ученым З. Фрейдом для объяснения роли бессознательного в жизни человека. Он лежит в основе огромного количества методик психотерапии (психодинамическая психотерапия, а также множество авторских методик, активно используемых и в настоящее время, одно их перечисление может занять несколько страниц).

Основной идеей психоанализа является разделение на *бессознательное* - особые психические силы, лежащие за пределами сознания, но управляющие поведением человека, и *сознательное* — другая часть психики, осознаваемая индивидом. Она определяет выбор поведения в общественной среде, однако не всецело, так как сам выбор поведения может инициироваться бессознательным. Сознание и бессознательное находятся в антагонистических отношениях, в бесконечной борьбе бессознательное всегда побеждает. Метод помощи больным – выявление конфликтов, лежащих в области бессознательного.

- **групповая психотерапия** — форма психотерапии, при которой специально созданная группа людей регулярно встречается под руководством психотерапевта для достижения следующих целей: разрешения внутренних конфликтов, снятия напряжения, коррекции отклонений в поведении, и иной психотерапевтической работы. Существуют методы психотерапии, изначально разработанные как групповые, например, психодрама, социодрама.

Психодрама - это терапевтический групповой процесс, в котором используется инструмент драматической импровизации для изучения внутреннего мира человека. Это делается для развития творческого потенциала человека и расширения возможностей адекватного поведения и взаимодействия с людьми.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ НЕВРОЗОВ. В связи с тем, что невротические расстройства представляют собой группу весьма разноплановых заболеваний, единого, «всеобъемлющего» алгоритма фармакотерапии неврозов не существует. Тем не менее, лекарственная терапия некоторых частных случаев неврозов – например, панических атак – многократно и хорошо описана в литературе. Следует учитывать приведенный выше факт, что причиной невроза служит психологический конфликт, поэтому фармакотерапия при неврозах имеет лишь вспомогательное значение.

Общий вектор лечения невротических расстройств можно сформулировать одной фразой «от самых безопасных препаратов к самым эффективным».

Основные классы лекарственных препаратов для лечения неврозов:

- **Фитопрепараты** с седативным и/или антидепрессивным действием (*Деприм, Персен*). «Мишенью» является субсиндромальная тревога и расстройства адаптации (нарушение нормальной реакции на стресс умеренной выраженности). Однако с учетом личностных особенностей пациентов с невротами (инфантилизм, внушаемость, зависимость от чужого мнения) данные препараты могут оказать выраженный положительный эффект. Неоспоримым преимуществом препаратов является отсутствие токсичности, их «натуральное», «природное» происхождение, что особенно ценится мнительными и недоверчивыми пациентами, фиксированными на своих ощущениях и состоянии здоровья.

- **«Традиционные» седативные препараты** (*Валокордин, Корвалол*) являются традиционными потому, что на протяжении многих десятилетий были очень популярны в СССР, а теперь и в современной России. В состав препаратов входят фенобарбитал и этиловый спирт, обладающие седативным и антидепрессивным действием, а также мятная «отдушка». Таким образом, данные препараты нельзя отнести к «растительным» - их эффективность обусловлена фармакологической активностью этанола и фенобарбитала. Недостатком препаратов является риск сенсibilизации (утрата чувствительности к малым дозам – требуется постоянное повышение дозы лекарства) и формирования зависимости (и этиловый спирт, и фенобарбитал могут вызывать психическую и физическую зависимость).

- **Небензодиазепиновые анксиолитики** (*Атаракс, Афобазол и др.*). Препараты этого класса эффективны при субсиндромальной тревоге, расстройствах адаптации, а также могут использоваться как стартовая терапия при генерализованном тревожном расстройстве, препараты с антиастеническим действием также могут использоваться при неврастении. Плюсами препаратов является безрецептурный отпуск, невысокая цена и низкая вероятность токсических эффектов; минусами – относительно невысокая (по сравнению с другими классами препаратов) эффективность.

- **Бензодиазепиновые анксиолитики** (*Феназепам, Реланиум и др.*). Отличаются быстрым началом действия и высокой эффективностью. Основные показания к применению: стрессовая ситуационная тревога (краткосрочная терапия), панические атаки (эпизодическое назначение), комплексная терапия психических заболеваний, при которых имеется клинически выраженная тревога. Следует учитывать и существенные минусы препаратов: риск злоупотребления (у слабовольных, инфантильных пациентов с невротами зависимость от бензодиазепинов нередко развивается после приема первой же таблетки), феномен «отдачи» (ухудшение состояния по сравнению с исходным после окончания приема бензодиазепинов),

выраженная поведенческая токсичность (сонливость, заторможенность, снижение внимания, замедление мышления).

- **Антидепрессанты** различных групп (Амитриптилин, Анафранил, Феварин, Паксил, Золофт и др.). Препараты этой группы активно используются практически при всех типах неврозов, в том числе при фобических, панических, стрессовых, обсессивно-компульсивных расстройствах. Среди недостатков препаратов можно выделить обилие побочных эффектов, в том числе возможность провокации эпилептических приступов, риск межлекарственного взаимодействия, длительный латентный период, инициальную тревогу (усиление тревоги в начале приема препарата, данный феномен был описан для СИОЗС) [7].

- **Антиконвульсанты** различных групп (*Финлепсин, Ламиктал, Лирика* и др.). У большинства антиэпилептических препаратов описаны те или иные психотропные эффекты, например:

Фенобарбитал – седативный, снотворный эффекты. Препарат входит в состав целого ряда препаратов (вышеописанные *Валокордин* и *Корвалол*, а также «вегетотропные» препараты: *Андипал, Беллатаминал, Теофедрин*).

Карбамазепин (*Финлепсин, Тегретол*) – нормотимический (нормализующий настроение), антиагрессивный, антиноцицептивный (обезболивающий), седативный, снотворный эффекты. Используется для лечения биполярных расстройств, алкогольной зависимости, агрессии, нарушении влечений.

Ламотриджин (*Ламиктал, Ламитор, Ламолеп, Конвульсан*) – нормотимическое, антидепрессивное действие. Используется для лечения маниакальной фазы у больных с биполярными расстройствами.

Габапентин (*Лирика*) – антиноцицептивный, анксиолитический эффекты. В странах Запада одно из показаний – лечение генерализованной тревоги.

Нередко улучшение у пациентов с психогенными неэпилептическими приступами, ошибочно трактуемыми как эпилепсия, связано именно с побочными психотропными эффектами антиконвульсантов [6,9].

- **Антипсихотики**, в т.ч. «малые» нейролептики (*Сонапакс, Тизерцин* и др.). Показаниями к применению служат: психомоторное возбуждение, выраженная психотическая или соматическая тревога, нарушения влечений, нарушения поведения. Недостатками препаратов являются серьезные побочные эффекты (нарушения сердечного ритма, экстрапирамидные неврологические расстройства, гормональные нарушения, адренолитические эффекты, чрезмерная седация) а также высокий риск межлекарственных взаимодействий [10].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пациенты с невротическими расстройствами составляют большой процент больных на приеме у врача любой специальности. Причиной возникновения невротозов служит психотравмирующий фактор. Лечение невротозов включает психотерапию и психофармакотерапию, основным вектором которой является формула «от самых безопасных препаратов к самым эффективным». Не вызывает сомнения, что по мере увеличения количества знаний в области деятельности нервной системы и психики критерии диагностики, классификация и алгоритмы лечения больных с невротозами будут подвергаться дальнейшей коррекции [8,14,17].

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. – 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 2000. – 496 с.
2. Браун Дж. Психология Фрейда и постфрейдисты. — М.: REFL-book; Киев: Ваклер, 1997.
3. Бухановский А. О., Кутявин Ю. А., Литвак М. Е. Общая психопатология. 3-е изд. М., 2003.
4. Зейгарник Б. В. Теории личности в зарубежной психологии. — М.: Изд-во МГУ, 1982.
5. Каннабих Ю.В. История психиатрии. — М.: АСТ, Мн.: Харвест, 2002. — С. 235.
6. Котов А.С., Рудакова И.Г., Морозова О.С. Факторы, снижающие общую оценку связанного со здоровьем качества жизни у больных эпилепсией. Неврологический журнал. 2011. Т. 16. № 1. С. 10-14.
7. Котов А.С., Толстова Н.В. Провокаторы приступов у взрослых больных с симптоматическими и криптогенными фокальными эпилепсиями. Клиническая неврология. 2010. № 1. С. 17-21.
8. Котов С.В., Рудакова И.Г., Котов А.С. Эпилепсия у взрослых Москва, 2008.
9. Котов С.В., Рудакова И.Г., Морозова О.С. Влияние современных антиэпилептических препаратов на качество жизни больных эпилепсией. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2008. № 3. С. 36.
10. Левин О.С. Основные лекарственные средства, применяемые в неврологии. М., МЕДпресс-информ, 2010 – 351с.
11. Марсон П. «25 ключевых книг по психоанализу». — Челябинск: Урал LTD, 1999. — 348 с.
12. Невротозы // Большая медицинская энциклопедия — Т. 16. — 3-е изд. — М.: «Советская энциклопедия», 1981. — С. 251.
13. Решетников М. М. Психотерапия – как концепция и как профессия // «Независимый психиатрический журнал» 2003, № 2.
14. Руководство по психиатрии. Под ред. А. С. Тиганова. В 2-х томах. — М.: Медицина, 1999.
15. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1987. – 304 с.
16. Фрейд З. К вопросу о дилетантском анализе: Беседы с посторонним. // Фрейд З. Соч. в 10 томах. Дополнительный том. М.: СТД, 2008. С. 322.
17. Энциклопедия психотерапии. Под ред. Б. Д. Карвасарского. 1-е изд., СПб., 1999.