***103. Опредиление понятия эмоционально-стрессовая, адаптационная реакции, неврози.***

**Эмоционально-стрессовые реакции** – это реакции двух типов: стенические (гнев, злость) или астенические (страх, печаль, обида).

**Адаптационная реакция** - это легкие или преходящие расстройства, сохраняющиеся дольше острых реакций на стресс и возникающие у лиц, ранее не страдавших психическим заболеванием.

**Неврозы** - это психогенно обусловленные оборотные психические расстройства, которые проявляются эмоциональной неустойчивостью, повышенным психическим истощением, нарушением общего самочувствия и разных соматовегетативных функций, но не изменяют самосознание личности и осознания болезни.

***104. Клиническая картина неврастении.***

Основными клиническими проявлениями неврастении является раздражительная слабость. Больные жалуются на утомляемость, слабость, снижение работоспособности. У многих пациентов возникает гиперестезия к зрительным, слуховым и даже тактильным раздражителям. Заметно нарушается сон. Одни пациенты не могут долго заснуть, другие быстро засыпают, но в обоих случаях сон поверхностный с частыми пробуждениями и отсутствием чувства отдыха после сна. Одной из постоянных жалоб больных является головная боль разного типа (сдавление, стягивание, покалывание), очень неприятная для пациентов. Головная боль обычно усиливается после физического и умственного напряжения. У многих больных возникают неприятные ощущения в разных органах. Ипохондрические симптомы нередко сопровождают другие симптомы неврастении. В ходе болезни могут наблюдаться гипостеническая (когда преобладает астения) и гиперстеническая (когда преобладает раздражительность) формы.

***105.*** ***Классификация и клиническая картина тревожных расстройств.***

В МКБ- 10 выделяют в отдельную группу (Р41) "другие тревожные расстройства" такие нарушения.

1. **Паническое расстройство** ( Р41.0). Быстро формируется страх ожидания повторных нападений, которые больные пытаются скрыть. Панические нападения часто возникают спонтанно вне связи с ситуациями, которые являются опасными или угрожающими для жизни. Тревога возникает внезапно, достигает максимума за несколько минут, сопровождается вегетативными расстройствами.
2. **Генерализованное тревожное расстройство** (Р41.1). Клинически расстройство проявляется стойкой тревогой, нередко бессодержательной, что сопровождается чувством внутреннего напряжения и вегетативными симптомами, интенсивность которых меньше, чем в случае панического расстройства. Больные чувствуют внутреннее дрожание, они трусливы, во всех делах предусматривают худший результат. Пациенты нетерпеливы, раздражительны, суетливы. Они обычно не расценивают болезненные симптомы как психические, потому к психиатру обращаются редко.
3. **Смешано тревожное и депрессивное расстройство** (Р41.2). Состояния, при которых депрессивный и тревожный компоненты выражены недостаточно и ни один из них не доминирует над другим. Эти нарушения сопровождаются вегетативными расстройствами и возникают в психогенных ситуациях.

***106. Клиническая картина обсессивно-компульсивного расстройства.***

* **Обсессивные (навязчивые) мысли** — это слова, идеи и убеждения, признаваемые больным как свои собственные, которые насильственно вторгаются в сознание.
* **Обсессивные образы** — это живо представляемые сцены, часто имеющие характер насилия или вызывающие отвращение, включая, например, сексуальные извращения.
* **Навязчивые размышления («умственная жвачка»)** — это внутренние дебаты, при которых бесконечно пересматриваются аргументы за и против даже наипростейших повседневных действий.
* **Обсессивные импульсы** — это побуждения совершить действия, обычно разрушительные, опасные или способные опозорить.
* **Обсессивные ритуалы** включают как психическую деятельность (например, повторяющийся счет каким-то особым образом или повторение определенных слов), так и повторяющиеся, но бессмысленные поступки (например, мытье рук по двадцать и более раз в день).
* **Тревога**

***107. Клиническая картина диссоциативных расстройств.***

\* (истерический невроз)

Лица с истерическим неврозом отличаются яркими и лабильными эмоциями. Особенностью истерических нарушений является их демонстративный характер, особая переменчивость, внезапность появления и исчезновения. Симптомы болезни нередко приобретают характер манипуляции окружающими. Эти нарушения имеют словно защитный характер. В случае истерического невроза нередко соматические и неврологические симптомы тесно связаны с содержанием психической травмы. Так, страх заболеть на какую-то болезнь может повлечь у больных "симптомы" этого заболевания.

В клинической картине истерического невроза наблюдаются аффективные, вегетативные, двигательные, сенсорные симптомы.

**Аффективные нарушения** проявляются чрезвычайной лабильностью эмоций, крайней переменчивостью настроения, бурными эмоциональными реакциями. Больные могут громко рыдать, делая вид большого горя, и через несколько минут весело смеяться.

**Вегетативные нарушения** проявляются в виде разнообразных "соматических" симптомов: боли в сердце, сердцебиения, обморока, тошноты, блюет, боли в животе, одышки, приступов удушья, ошибочной беременности и др.

**Двигательные расстройства** в случае истерии могут иметь вид гиперкинезов или акинезий. Гиперкинезы имеют характер тиков, тремора головы и конечностей, блефароспазма, хореоформных движений, судорожных приступов. Истерический судорожный приступ необходимо дифференцировать с эпилептическим.

К истерическим расстройствам диссоциативного типа относятся амнезии, фуга, ступор, транс и состояния одержимости, истерические психозы.

***108. Депрессивные невротические расстройства.***

Причиной этого невроза обычно является длительная, нерешенная неблагоприятная ситуация.

В начале болезни появляются вегетодистонические симптомы: нарушение сна, головная боль, боль в области сердца. В дальнейшем (через несколько недель) появляются астения с ухудшением настроения и тревожностью. Больные говорят, что потеряли радость от жизни и в то же время они не оценивают свое будущее как бесперспективное, строят планы на будущее словно не учитывая нерешенную психотравмирующую ситуацию.

Одной из особенностей этого невроза является то, что психотравмирующая ситуация обычно не отражается на переживаниях больных, они, как правило, не связывают свое состояние с ней. Как и при других неврозах, в клинической картине невротической депрессии отмечается значительная выраженность соматовегетативных расстройств : колебание артериального давления, дисфункция пищеварительного тракта, нарушения сна в виде затрудненного засыпания и пробуждение в утренние часы с чувством тревоги, сердцебиением. Следует отметить, что невзирая на большое количество соматических жалоб, у больных не происходит ипохондрической фиксации на них. Невротические депрессии перебегают волнообразно и нередко является этапом невротического развития личности.

***109. Моносимптомнные неврозы у дитей.***

Определяются функциональной слабостью той или другой соматовегетативной системы в результате ее незрелости или повреждения. Возникают по механизму условных рефлексов. Неврозы у детей - заболевание личности, которая формируясь, задевает ее значимые аспекты, систему ее отношений. Возникают чаще не остро, а в течение более-менее длительного времени. К системным неврозам относят ***энурез, энкопрез, заикания, тики, анорексию, невротически привычную рвоту, отрыгивание у детей грудного возраста, невротический кашель***. Одной из особенностей детских неврозов является то, что пусковым механизмом для них редко становится острая психическая травма. Чаще имеют место длительные неблагоприятные психологические внешние влияния, которые не всегда оцениваются взрослыми как негативные.

* **Поедания несъедобного (пика) в детском возрасте** . Это расстройство развивается в возрасте 1-6 лет, нередко у детей с тяжелой степенью олигофрении.
* **Невротический энурез** возникает после острой или затяжной психической травмы в возрасте 4-5 лет. Энурез наблюдается чаще ночью, сочетает с нарушением сна, эмоциональной лабильностью, плаксивостью, зависит от обстановки, в которой находится ребенок.
* **Невротический энкопрез** - произвольное или непроизвольное опорожнение, обусловлено психогенно.
* **Невротические тики** наблюдаются чаще у детей школьного возраста. Проявляются внезапными, быстрыми, повторяемыми стереотипными движениями: миганием, подергивания плечами, головой; возникают движения лицевых мышц, шеи, нижней челюсти, расстройства языка, покашливания, реже - движения конечностей и туловища. Сначала тики возникают в стрессовых ситуациях, в дальнейшем могут фиксироваться.
* **Невротическая заикания**. Это нарушение ритма, темпа и плавности языка, связано с судорожной возбудимостью мышц языкового аппарата.
* **Елективний мутизм**
* **Патологически привычные действия**

***110. Классификация, клиническая картина и лечение соматоформных расстройств.***

К соматоформным расстройствам отнесены такие подгруппы:

1. **Соматизированное расстройство**. Клиническую картину представляют многочисленные стойкие и изменяемые соматические симптомы, которые существуют не менее двух лет при отсутствии соматических заболеваний, которые могли бы эти симптомы объяснить. Симптомы могут относиться к любой части тела или системе, чаще всего - пищеварительной , кожной , сердечно-сосудистой, мочеполовой Наблюдается частая коморбидность с тревогой и депрессией, злоупотреблением психоактивными веществами.
2. **Ипохондрическое расстройство**. Проявляется наличием постоянных идей о существовании одного или более тяжелых соматических заболеваний, при котором нормальные, обычные ощущения интерпретируются как анормальные и болезненные. Больные постоянно выдвигают соматические жалобы.
3. **Соматоформная вегетативная дисфункция.** Жалобы больного постоянно относятся к одной из систем, что находится под воздействием вегетативной регуляции (сердечно-сосудистая, дыхательная или пищеварительная). Симптомы отображают объективные признаки вегетативного нарушения или являются субъективными и неспецифическими.
4. **Хроническое соматоформное болевое расстройство.** Жалобы на постоянную интенсивную боль, которую нельзя полностью объяснить физиологичным процессом или соматическим расстройством. Возникает на фоне психоэмоционального конфликта, имеет значение вторичная польза от усиления внимания и поддержки со стороны близких и врачей.

**Лечение** начинают после исключения органической причины страдания. Во время терапии соматоформных расстройств используют психотропные средства разных классов (транквилизаторы, антидепрессанты, нейролептики, карбамазепин), а также соматотропные препараты (бета-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов, гипотензивные препараты). Широко применяют транквилизаторы как в виде монотерапии, так и в комбинации с другими психотропными средствами (короткими курсами в связи с риском развития зависимости). Во время лечения больных с хроническими болевыми синдромами показанные антидепрессанты, которые дают рядом с антидепрессивным также и первичный анальгезивный эффект. Лучше применять серотонинергические препараты в связи с их более благоприятным профилем побочных эффектов (циталопрам, сертрапин, пароксетин, леривон).

Больным со всеми клиническими формами соматоформных расстройств показанная психотерапия.