Исследование неврозов в медицине

Понятие «невроз» было введено в медицину в 1776 году. Оно пришло на смену наивным представлениям гуморальной патологии. В настоящее время «невроз» разными авторами вкладывается различное содержание. Но все они сводятся к одному: неврозы — это группа заболеваний, возникающая вследствие воздействия психической травмы и сопровождающихся нарушением самочувствия, неустойчивостью настроения, соматовегетативными проявлениями, являющееся функциональными расстройствами, т. е. обратимыми.

Причиной неврозов является действие психотравмирующих раздражителей. Чаще всего неврозы вызываются информацией о потере близких, крахе надежд, о семейных или любовных невзгодах, служебных неприятностях, наказании за совершенное деяние, угрозе жизни, здоровью. Неврозы могут вызывать и такие общеистощающие вредности, как длительное недосыпание, умственное или физическое перенапряжение. Даже в этих случаях имеет значение информация, побуждающая человека преодолевать усталость.

Значимость информации для данного индивидуума не зависит от качественной, семантической стороны сообщения. Поэтому насмешка по поводу внешности или сообщение об измене мужа может явиться тяжелой физической травмой для одного человека и совсем "пустым звуком" для другого. У частного предпринимателя может развиться картина невроза при виде пожара, который уничтожает его имущество. Невроз вызван не самим пожаром. Ведь если бы горело имущество его соперника, у него бы не развился невроз. Болезнь вызвана огнем, который несет информацию о наступающей нищете. Но если горящее имущество застраховано на определенную сумму, то невроз также не разовьется.

Потребности человека, его воспитание, жизненный опыт, взгляды, установки, идеалы, влияние социальной среды, умение находить рациональный выход из сложных жизненных ситуаций определяют "значимость", а в связи с этим и "патогенность" для человека той или иной информации, влияют на характер психической переработки, которой эта информация подвергается. Для возникновения болезни огромное значение имеют не только врожденные типологические свойства нервной системы, но и состояние ее к моменту действия психической травмы.

Широким признанием во многих западноевропейских странах, и особенно в США, пользуется теория "инфантильно-сексуальных комплексов" З. Фрейда. Согласно этой теории в раннем детском возрасте появляется ряд влечений, которые не кажутся ребенку недозволенными или запретными. Эти влечения носят сексуальный характер (влечение девочки к отцу, мальчика к матери) или аутоэротические влечения (мастурбация), гомосексуальные влечения. В процессе воспитания ребенок узнает о порочности, о запретности этих влечений и они вытесняются в "бессознательное" и подвергаются амнезии.

В период взросления и в зрелом возрасте подавление "бессознательных" влечений приводит к неврозам, если это падает на благоприятную почву. Фрейд разработал схемы толкования "бессознательной" сексуальной символики, что часто является не только неправильным, но порой и только толкованием фактов.

Некоторые ученые считают, что основную роль в патогенезе неврозов лежит дефицит родительской любви. По их мнению, это вызывает у ребенка "базальную тревогу" и влияет на последующее формирование личности. Большое значение придается противоречиям между потребностями отдельного человека и возможностями их удовлетворения. Истоки конфликтов, лежащих в основе неврозов, просматриваются в межличностных отношениях родителей и детей и могут породить такие невротические состояния и проявления, как агрессивность, страхи, боязливость и т.д.

Наши, отечественные ученые считают, что в основе неврозов лежит неудачно, нерационально и непродуктивно разрешаемые личностью противоречия между ней и значимыми для нее сторонами действительности. Неумение найти рациональный и продуктивный выход влечет за собой психическую и физиологическую дезорганизацию индивидуума.

Общим механизмом неврозов, как показали исследования последнего времени, является нарушение деятельности церебральных структур, обеспечивающих адаптацию к ситуациям, препятствующим удовлетворению потребностей. Вследствие этого возникает неадекватное поведение, перенапряжение нервных процессов, стрессы с соответствующими эндокринными и вегетативными проявлениями. Нервные и гуморальные механизмы регуляции тесным образом взаимосвязаны. Каждый условно-рефлекторный и безусловно-рефлекторный акт сопровождается соответствующими гуморальными изменениями, т.е. при эмоциональных состояниях (тревога, страх и т.д.) происходит выброс адреналина, а при ярости и гневе -- норадреналина. Увеличение адреналина или норадреналина в крови вызывает ряд соматических изменений в организме. За последние годы достигнуты большие успехи в области генетики и изучения биохимических основ памяти – факторов, влияющих на процессы синтеза РНК в головном мозге, а также "стирание" следов воспринятого. Можно надеяться, что дальнейшие исследования позволят понять и механизм формирования вызванных психическими травмами стойких и глубоких следов памяти и найти пути их стирания. Итак, неврозы - одно из наиболее частых нервно-психических заболеваний. Они возникают чаще у женщин, чем у мужчин, возможно в связи с тем, что семейные и бытовые невзгоды для женщин обычно более значимы. Неврозы могут носить и массовый характер, когда возникает ситуация стресса в стране, регионе, городе. В качестве факторов риска неврозов следует назвать физическое перенапряжение, соматические болезни, травмы, злоупотребление транквилизаторов и снотворных, а также наркотических веществ.

Классификация неврозов

Отечественные психиаторы выделяют 3 основных формы неврозов: невростения, истерический невроз и невроз навязчивых состояний. По Международной классификации рассматривают отдельно:

1. Неврастения. 2. Невроз навязчивых состояний. 3. Истерия. 4. Невроз страха. 5. Ипохондрический невроз. 6. Депрессивный невроз.

НЕВРАСТЕНИЯ - "нервная слабость", нервное истощение, переутомление. Развивается под влиянием более или менее продолжительной психической травматизации, которая ведет к эмоциональному напряжению, недосыпанию, которые нередко возникают при длительном пребывании в неблагоприятной семейной или служебной обстановке, а также продолжительном состоянии тревоги и большом умственном или физическом перенапряжении.

Заболевание начинается постепенно. Основными симптомами являются повышенная раздражительность и быстрая утомляемость. Характерны неадекватные реакции на небольшие раздражители и неумение их подавить. Постоянно беспокоит головная боль, ощущение тяжести в голове, кажется, что на нее одет обруч или каска ("каска неврастеника"). Нарушается функция вегетативной нервной системы, появляются потливость, учащенное сердцебиение, снижение аппетита, нарушение функции кишечника, учащенные позывы на мочеиспускание, плохой сон (затруднено засыпание, частые пробуждения). В зависимости от преобладания возбуждения (раздражительность, вспыльчивость, гневливость) или астении (пониженное настроение, вялость, депрессия) неврастению принято разделять на две формы: гиперстеническую или раздражительную и гипостеническую или депрессивную. Помимо этих двух форм выделяют еще форму раздражительной слабости или переходную форму, которая характеризуется повышенной возбудимостью и легкой истощаемостью, резкими колебаниями работоспособности и частой сменой настроения.

Следует отметить, что неврастенический симпотомокомплекс может быть при различных заболеваниях. Он может возникать при опухолях мозга, черепно-мозговых травмах, сифилисе, церебральном атеросклерозе, гипотонической или гипертонической болезни. При этом имеются симптомы основной болезни, которые придают ряд клинических особенностей неврастеническому симптомокомплексу. Так резкие головные боли, которые возникают во время сна, под утро, и сопровождающиеся тошнотой и рвотой, местная болезненность при постукивании по черепу и изменения на глазном дне, да еще разная неврологическая симптоматика говорит в пользу опухоли мозга.

Выраженный вестибулярный компонент, т.е. головокружение в транспорте, при фиксации взгляда на мерцающих предметах и т.д. типичны для травм головного мозга.

Инертность, слабодушие, трудность переключиться с одного вида деятельности на другой говорит о церебральном атеросклерозе. При гипотонической болезни периодически появляются признаки недостаточности кровообращения мозга, особенно после физической нагрузки или эмоционального перенапряжения. Возникает головная боль, чаще в области затылка, головокружение, шум в ушах, ощущение мерцания в глазах, чувство кратковременного онемения отдельных частей тела, неприятные ощущения в области сердца, появляется чувство тревоги, беспокойства.

Для астении гипертонического генеза характерные расстройства внимания, отвлекаемость, которая мешает работе, в том числе усвоить материал, сосредоточиться. Появляется раздражительность, нетерпеливость, эффективная лабильность, тревога, головные боли распирающего характера в области затылка, темени, лба. Головокружение носит приступообразный характер с внезапными "провалами" памяти, потерей устойчивости, ощущением пустоты и легкости в голове. При инфекционных заболеваниях (особенно после перенесенной инфекции), при соматических заболеваниях наблюдается симптоматика в виде обидчивости, капризности, психическая слабость на фоне быстрой истощаемости, ипохондрические проявления.

Интересно, что у больных, перенесших брюшной тиф, на передний план выступает резкая мышечная адинамия, при туберкулезе - эйфория, благодушие, недооценка тяжести своего состояния. При болезни Боткина - астения с гневной раздражительностью: при заболеваниях сердца - чувство тревоги, сновидения с ощущением проваливания в пропасть (при экстрасистолии). Болезни желудка вызывают раздражительность, ипохондрию; а вот болезни печени -- "желчный" оттенок настроения, раздражительность, придирчивость, недовольство.

Неврастенический симптомокомплекс присутствует при эндокринных заболеваниях. При тиреотоксикозе - повышенная возбудимость, суетливость, беспокойство, раздражительность и легкая истощаемость. При этом имеется потливость, тахикардия и другие признаки гипертиреоза.

Диагностика астенических состояний, вызванных длительным переутомлением, недосыпанием и нарушением питания, не представляет затруднений. Обычно отдых снимает эти явления истощения, связанные с нарушением питания или хроническими инфекциями, особенно если имелся и психотравмирующий фактор.

К неврастении многие относят так называемые неврозы внутренних органов. Под этим понимается нарушения функций этих органов, не обусловленные каким-либо органическим процессом.

Центральная нервная система оказывает возможное регулирующее действие на работу внутренних органов, но и, в свою очередь, подвергается влиянию с их стороны. Поэтому нарушения ее функций могут приводить к расстройству функций внутренних органов. Взаимосвязь осуществляется по нервным путям через подкорковую область и вегетативную нервную систему. У человека на фоне общих нарушений нервной деятельности к выраженным расстройствам вегетативных функций, в частности функций внутренних органов, могут вести как острые шоковые, так и хронические психические травмы.

Одной из причин обратимых нарушений деятельности внутренних органов, особенно "неврозов сердца", желудочно-кишечного тракта, является эмоциональный стресс, длительная фрустрация, связанная с ненормальностями в половой жизни. Психотравмирующие раздражители, вызывающие эмоции страха, гнева, тоски, ужаса, могут привести к возникновению эндокринно-гуморальных изменений способных приводить к вегетативным расстройствам, в частности к расстройствам внутренних органов.

Вегетативные нарушения могут проявляться в виде вегетативно-сосудистой дистонии и кризов.

При дистонии вегетативные расстройства в виде резкой симпатикотонии (учащение пульса, сухость во рту, повышение АД, зябкость конечностей, белый дермографизм) и ваготонии (замедление пульса, снижение АД, саливация, усиление перистальтики кишечника, покраснение кожи, красный дермографизм). Иногда явления симпатикотонии и ваготонии сочетаются. На фоне дистонии могут наблюдаться вегетативные кризы, обычно связанные с эмоциональным состоянием: симпатико-адреналовые, вагоинсулярные и смешанные. Симпатико-адреналовые кризы выражаются в учащении пульса, болях и неприятных ощущениях в области сердца, повышении АД, онемении и похолодании конечностей, бледности кожных покровов, ознобе. Вагоинсулярные - в ощущении замирания или перебоев в области сердца, чувстве нехватки воздуха, удушье, неприятных ощущениях в эпигастральной области, усилении перистальтики. При этом отмечается покраснение кожи, чувство жара, потливость, повышенное мочеиспускание. Нарушения со стороны сердца можно разделить на две формы:

1. Гиперкинетическая форма, характеризуется повышением систолического давления и нормой или снижением диастолического, тахикардией. В этих случаях говорят о нейроциркуляторной дистонии по гипертоническому типу. В некоторых случаях может проявляться полной блокадой правой ножки пучка Гиса (предсердно-желудочкового пучка).

2. Кардиологическая форма проявляется в виде жгучих болей, колющих, ноющих болей в области верхушки сердца, между II и IV ребрами слева от грудины. Боли отдают в руку и под угол левой лопатки. Эти боли необходимо отличать от болей при стенокардии. Боль при стенокардии более жгучая, сжимающая и распространяется в оба плеча руки, нижнюю челюсть и под лопатку. Болевой приступ при кардиалгии снимается валидолом, при стенокардии - нитроглицерином. У больных с кардионеврозом возникает страх за работу сердца (кардиофобия, в связи с чем отмечается подавленное настроение). Появляется боязнь физической нагрузки, боязнь долго оставаться одному, боязнь ехать в транспорте с автоматическими дверями и другие явления характерные для невроза.

Внимание больного зафиксировано на работе сердца. Он убежден в тяжелом его поражении.

Технические травмы и эмоциональные стрессы могут вести не только к сердечнососудистым но и другим нарушениям функции внутренних органов.

Так могут возникать нарушения функции пищеварения, которые выражаются в снижении аппетита, повышении кислотности желудочного сока, поносе ("медвежья болезнь"). Некоторые исследования показали, что чувства тревоги, обиды, недомогания, злобы и вины оказывают парасимпатико-миметический эффект, увеличивая секрецию хлористоводородной кислоты. При длительном воздействии психотравмирующего агента, вызывающего эти состояния нарушаются функции пищеварения.

Возникновение желтухи во время приступа страха или гнева было известно еще жителям древнего Египта и Греции, но до сих пор требует длительного и детального изучения.

Эмоциональное возбуждение может провоцировать позывы на частое мочеиспускание. Если воздействие длительное, то может возникнуть дегенерация почечных канальцев. В связи с нарушением нервной деятельности можно наблюдать нейродермиты и экземы, нарушении половых функций. Наблюдаются нарушения вегетативных функций по механизму внушения и самовнушения. То или иное нарушение, связанное с актом глотания, мочеиспускания или половой деятельностью, вызванное какой-либо причиной, может явиться источником самовнушенных представлений о невозможности осуществления этой функции. Вследствие этого может возникнуть не только чувство тревожного ожидания неудачи, которое нарушает течение автоматизированного акта, но и яркие самовнушенные ощущения. Это часто проявляется у мужчин, когда неудачный опыт первого полового акта может оставаться еще на долгие годы и привести к тяжелейшему неврозу.

НЕВРОЗ НАВЯЗЧИВЫХ СОСТОЯНИЙ характеризуется нарушениями в области эмоций и воли - нерешительностью, мнительностью, боязливостью, разного рода сомнениями, страхами и опасениями. Чаще всего встречается навязчивый страх заболевания сердца (кардиофобия), боязнь закрытых помещений (клаустрофобия), или открытых пространств (агрофобия). Более редкие проявления заболевания - навязчивые идеи, воспоминания движения или действия (ритуалы).

Невроз навязчивых состояний обычно называют обсессивным неврозом, причем фобию выделяют в особую форму невроза. Психическая травма есть основная причина возникновения невроза навязчивых состояний. Это могут быть конфликтные ситуации, порожденные сосуществованием противоречивых тенденций. Примером может служить возникшее чувство ненависти к близкому человеку, желание его смерти.

Но моральные устои и чувство долга приводит к конфликтной ситуации и может возникнуть навязчивая боязнь острых предметов, навязчивое чувство вины перед близким человеком, что ведет к неврозу.

К неврозу навязчивых состояний следует отнести и перверсии, которые являются зафиксированными навязчивыми действиями или влечениями, а также навязчивые представления, мысли. Представления носят характер ярких навязчивых воспоминаний, сюда относятся некоторые мелодии, отдельные слова, фразы, от которых больной не может освободиться. Навязчивые воспоминания отличаются особенным постоянством. Примером может служить женщина, которая постоянно ухаживала за больной матерью. После смерти близкого человека у нее осталось чувство вины в случившемся, и она постоянно старалась вызвать образ матери, что привело ее к тяжелому депрессивному состоянию и неврозу.

Навязчивые мысли могут выражаться в виде навязчивых сомнений, опасений, воспоминаний, кощунственных мыслей, мудрствований. Один врач утратил трудоспособность из-за мучительных сомнений в правильности выписанного им рецепта. Он десятки раз проверял и перепроверял дозировку по справочникам и все же мысль, что он мог ошибиться, не покидала его и вновь возвращалась, лишь только он закрывал книгу.

При навязчивых опасениях больные мучительно боятся, что они не могут совершить то или иное действие или выполнить тот или иной акт, когда это потребуется. Например, сыграть роль на сцене, сыграть на музыкальном инструменте или совершить половой акт. Навязчивое опасение приводит к нарушению соответствующей функции и дает картину невроза ожидания.

Как уже описывалось выше, навязчивый страх или фобии разнообразны и встречаются чаще всего. Поведение больных принимает соответствующий характер.

Больной со страхом некоторых предметов просит родственников убрать их подальше от него, а больной, который боится закрытого пространства, будет избегать оставаться в комнате, транспорте, особенно один. При навязчивом страхе загрязнения больные целый день моют руки, несмотря на то, что кожа на руках стала изменяться. Постоянно кипятят тряпочки, полотенца, белье, чтобы они были "стерильными". Больная инфарктофобией боится, что инфаркт случится у нее на улице и ей никто не поможет. Поэтому она выбирает маршрут на работу, пролегающий мимо больниц и аптек, но в кабинете врача она сидит без опасений и страха, понимая его необоснованность.

Таким образом, фобия - это страх, связанный с определенной ситуацией или группой представлений. Навязчивые действия носят чаще всего характер ожидаемых выше мер по преодолению фобий (часто моет руки, обходит открытые площади, не остается в закрытой комнате и т. д.). Нередко возникают навязчивые стремления пересчитать предметы или окна, или женщин в красных тапочках, и др. Сюда же относятся и некоторые тики, особенно сложные, но не насильные. Разделение навязчивых состояний на навязчивые представления, мысли, страхи и действия является весьма условным, так как в каждом навязчивом явлении в той или иной степени содержатся представления, чувства и влечения, тесно между собой связанные. У больного может быть ряд навязчивых явлений и ритуалов.

Невроз навязчивых состояний у психастенических психопатов можно рассматривать как особу форму невроза - психастению. Основными чертами характера психастеников является нерешительность, боязливость, склонность к сомнениям, тревожно-мнительное состояние. Им свойственны повышенное чувство долга, склонность к беспокойству, страху. В основе этого лежит понижение "психического напряжения", вследствие чего высшие полноценные психические акты заменяются более низшими. Невроз ожидания выражается в затруднении выполнения той или иной функции вследствие навязчивого опасения неудачи (речи, ходьбы, письма, чтения, сна, игры на музыкальном инструменте, половой функции) может возникнуть в любом возрасте. Например, нарушение речи может возникнуть после неудачного публичного выступления, во время которого под влиянием взволновавшей больного обстановки наступило торможение функции речи. В дальнейшем развилось чувство тревожного ожидания неудачи при необходимости публичного выступления, а затем и при выступлениях в необычной обстановке.

Аналогичным образом развивается невроз ожидания при неудачном половом акте, где тот или другой партнер почувствовали себя не на высоте.

При НЕВРОЗЕ СТРАХА основным симптомом является чувство тревоги или страха. Страх не зависит от какой-либо ситуации или каких-либо представлений, является немотивированным, бессодержательным - "свободно витающий страх". Страх является первичным и психологически понятным образом, невыводимым из других переживаний.

Нередко под влиянием страха появляются психологически с ним связанные тревожные опасения, которые зависят от силы страха. Большую роль в возникновении невроза страха играет наследственная предрасположенность. Большую роль в формировании болезни имеет первый приступ страха, который положил начало болезни, это может быть как соматический фактор при различных заболеваниях, так и психотравмирующий, психогенный фактор.

Особым вариантом невроза страха является аффективно-шоковый невроз или невроз испуга, который подразделяется на следующие формы:

1. Простая форма, которая характеризуется замедленным течением психических процессов и рядом соматовегетативных расстройств. Заболевание наступает остро, вслед за действием шоковой психической травмы, которая сигнализировала о большой опасности для жизни. Наблюдается бледность лица, тахикардия, колебания АД, учащенный или поверхностный характер дыхания, учащение актов мочеиспускания и дефекации, сухость во рту, потеря аппетита, похудание, дрожание рук, коленей, чувство слабости в ногах. Отмечается заторможенность мыслительных процессов и словесно-речевых реакций, нарушение сна. Постепенно происходит восстановление, но длительнее всех держится нарушение сна.

2. Анситированная форма характеризуется развитием тревоги и двигательного беспокойства с замедлением словесно-речевых реакций, мыслительных процессов с вегетативными нарушениями, свойственными простой форме.

3. Ступорозная форма в сочетании с мутизмом, т.е. оцепенение и онемение.

4. Сумеречная форма (появляется сумеречное состояние сознания, неосознание бормотания, непонимание местонахождения).

Особенно легко возникает невроз испуга у детей. Он чаще всего возникает у детей инфантильных и детей раннего возраста. Заболевание могут вызвать новые, необычного вида раздражители, например, резкий звук, яркий свет, человек в шубе или в маске, неожиданное нарушение равновесия. У более старших детей испуг может быть связан со сценой драки, видом пьяного человека, угрозой физической расправы.

В момент испуга наблюдаются кратковременные ступорозные состояния ("оцепенение" и "онемение") или состояние психомоторного возбуждения с дрожью. Далее этот страх может закрепиться. У маленьких детей может наступить утрата ранее приобретенных навыков и умений. Ребенок может утратить функцию речи, умение ходить и навыки опрятности. Иногда дети начинают мочиться при виде пьяного человека, грызть ногти и т.д.

Течение заболевания в большинстве случаев благоприятное, нарушенные функции восстанавливаются. У детей старше 5--7 лет перенесшие испуг может дать начало формированию фобий т.е. невроза навязчивых состояний.

ИПОХОНДРИЧЕСКИЙ НЕВРОЗ

Под ипохондрией понимается болезненная сосредоточенность внимания на своем здоровье, склонность приписывать себе заболевания по незначительному поводу. При этом легко возникают болевые или тягостные ощущения в тех или иных частях тела (сепистопатии). Опасение по поводу своего здоровья чаще всего возникает у лиц тревожно-мнительных или астеничных. Возникновению болезни может способствовать воспитание, при котором ребенку прививается чрезмерная забота о своем здоровье. Поводом для появления ипохондрических идей может служить как прочтенная статья о каком-либо заболевании, так и рассказы о болезнях или чьей-либо смерти, незначительные соматические заболевания, которые перенес больной, или при возникновении у него вегетативных нарушений (тахикардии, потливости, чувства слабости и т.д.) после приема кофе, чая, алкоголя, перегревания, сексуального эксцесса. Все это может служить материалом для ипохондрической переработки. Весьма характерны для ипохондрического невроза психогенно обусловленные или сенестонические ощущения. Есть лица, которые под влиянием представлений могут испытывать боли или ощущения (мурашки, покалывание, жжение) очень ярко и счесть некомпетентным врача, который им скажет, что у них "все нормально".

Особенно трудны для диагностики "маскированные" эндогенные депрессии. К их числу относится и ипохондрическая депрессия. При ипохондрической депрессии больные жалуются на боли и тягостные ощущения в области головы, груди, желудка, конечностей и других частях тела, а также на чувство слабости, усталости, тревоги, нарушение сна. Постепенно нарастает чувство безысходности, безнадежности и приходят мысли о самоубийстве, которые больные могут скрывать. Пониженное настроение порождает у них ипохондрические представления, они являются его следствием, как это характерно для неврозов. Длительность ипохондрических депрессий может колебаться от нескольких месяцев до нескольких лет. При маскированных, лавированных эндогенных депрессиях больные обычно жалуются на легкую угнетенность, невозможность радоваться. Они становятся нерешительными, менее энергичными, менее активными, нервными, тревожными. Обилие соматических жалоб не укладывается в картину какого-либо заболевания, создавая впечатление невроза.

ДЕПРЕССИВНЫЙ НЕВРОЗ

Депрессивные фазы могут протекать в виде соматических эквивалентов -- головной боли, нарушений сна, экземы, ночного недержания мочи, радикулита, астматических приступов и симптомов "сердечнососудистого невроза" и т.д. Больные могут длительно обследоваться и лечиться у специалистов, между тем хорошие результаты дает лечение у психотерапевта.

Различают депрессии невротические, психогенные или реактивные и эндогенные.

Невротическая депрессия или депрессивный невроз чаще всего возникает у лиц, неуверенных в себе, нерешительных, несамостоятельных, которые трудно приспосабливаются к новым жизненным условиям. К заболеванию также предрасположены лица сдержанные и целеустремленные, категоричные в своих суждениях, утрированно и формально понимающие чувство долга. Для них всегда затруднительно отступление от "принятых догм". Наряду с этим эти лица отличаются богатством аффективной жизни, им свойственны глубокие эмоциональные привязанности к близким людям. Заболевание является реакцией на длительную психотравмирующую ситуацию, которую данная личность не может разрешить. Например, служебную или семейную (алкоголизм мужа, конфликты на службе), а также представление о своей мнимой или реальной непривлекательности, невозможности устроить личную жизнь. Первоначально на отдельные невзгоды возникает кратковременная реакция, затем, после их многократного повторения возникает и постепенно развивается неврастенический синдром со слезливостью и пониженным настроением. Иногда первоначально возникает невроз страха (тревоги), постепенно переходящий в невротическую депрессию. Развивается подавленное настроение, грусть, тоска, плаксивость. Критическое отношение к болезни сохранено, и больные пытаются с ней бороться. Характерны идеи несправедливого отношения к себе, жалобы на свою судьбу. Больные отмечают плохое самочувствие, слабость, быструю утомляемость, нарушение сна, неприятные ощущения в области сердца. Различают астенический и тревожный вариант этой болезни.

Не всегда можно провести четкую грань между невротической и психогенной депрессиями. Обе они вызваны психической травмой. В первом случае - длительной психотравмирующей ситуацией, во втором -- более кратковременным, но остро переживаемым потрясением. Психогенная депрессия является психозом сверхценных идей. Мысль о постигшем несчастье при этой форме господствует в сознании и окрашивает все остальные переживания.

При невротической депрессии нет выраженной тоски, не характерны идеи виновности, самоуничижения, суточные колебания настроения (улучшение к вечеру), не выражена психомоторная заторможенность, не характерно появление аменореи, запоров, сухости языка.

Диагностика очень затруднена, когда эндогенная депрессия (вызывается знанием больного о наличии у него тяжелого заболевания, что приводит к появлению непомерного чувства тоски) протекает в виде стертой формы. При этом жалобы на тоску отсутствуют, часто отмечается лишь снижение работоспособности. Больные могут стать тревожными, мнительными, неуверенными в себе, чувствительными к малейшим психотравмирующим воздействиям. Даже небольшие неприятности могут усилить тревогу, казаться непреодолимыми, вызвать чувство безысходности. Такое состояние может быть ошибочно расценено как невротическая депрессия.

В пользу эндогенной депрессии говорят:

1. Вялая реакция (или отсутствие ее) на изменение ситуации. 2. Отсутствие интереса к жизни. 3. Заторможенность. 4. Ощущение неспособности действовать. 5. Оценка себя как ленивого, тактика самоуничижения. 6. Ощущение бесполезности и бессилия. 7. Сознание депрессии как чего-то качественно отличного от обыкновенного горя.

В группу реактивных симптомов входят:

1. Ощущение, что больной доставляет хлопоты окружающим. 2. Начало заболевания со стресса. 3. Приписывание семейным и служебным неприятностям ответственности за плохое самочувствие. 4. Озабоченность благополучием семьи и друзей. 5. Ощущение "конца жизненного пути". 6. Жалость к себе.

Признаки эндогенного и реактивного заболевания могут сочетаться в любых комбинациях у одного и того же больного.

Одной из причин возникновения неврозов может служить половая дисгармония.

Половая функция имеет важное биологическое и социальное значение, так как не только обеспечивает продолжение рода и получение специфических половых ощущений, но и открывает возможности создания семьи, устранение одиночества. Она влияет на социальный статус личности, ее самоутверждение, занимает важное ранговое положение среди ценностных ориентаций человека. Нарушения половой функции делают мужчину неспособным обеспечить женщине половое удовлетворение, изменяют взаимоотношение в семье и ведут к ее распаду.

Если у мужчины истинная или мнимая импотенция, то он не решается создать семью и скрывает от родных и близких причину. Он считает для себя унизительным, если окружающие узнают о его половой слабости. Круг его общения сужается, т.к. его сверстники обзавелись семьями, и у него стало мало общего с ними. Все это очень болезненно переживается мужчиной, является для него тяжелой психической травмой и нередко ведет к возникновению неврозов. Наблюдаются невротические депрессии с доминированием представлений о своей сексуальной неполноценности, подавленным настроением. Некоторые больные фиксируют внимание на действительных или мнимых соматических заболеваниях и пытаются объяснить свою половую несостоятельность этими заболеваниями. У молодых людей после случайной сексуальной неудачи возникает синдром ожидания неудачи и если это повторяется и, тем более, несколько раз, то идет процесс закрепления, что может привести к боязни полового акта - контофобии, а затем и боязни вступления в брак.

Нарушение половой функции у мужчин при неврозах могут выражаться в виде ослабления или отсутствия полового влечения (алибидемии), невозникновения эрекции, слабой, неполной эрекции, падении эрекции во время полового акта до наступления эякуляции, поздней эякуляции или ее отсутствие.

Причины нарушения половой функции у мужчин очень многочисленны и многообразны. К ним относятся органические заболевания головного и спинного мозга (травматические или сосудистые опухоли), эндокринные расстройства, интоксикации (алкоголь, свинец, никотин, ядохимикаты, и т.д.) заболевание почек, диабет, инфекционные заболевания, особенно инфекции половых путей, заболевания половых органов (предстательной железы, уретры, семенного бугорка), механические препятствия к выполнению полового акта (пороки развития, короткая уздечка, гипоспадия). Но часто расстройства половой функции вызываются психогенными факторами, которые лежат в основе функциональных нарушений сексуальной сферы у больных неврозами.

Нарушение половой функции при неврастении у мужчин выражаются главным образом в виде половой слабости. Нормальная потенция мужчины подвержена значительным возрастным и индивидуальным колебаниям. Принято считать, что первые 3 месяца брака половые акты осуществляются в среднем 2 раза в течении ночи, следующие 9 месяцев -- 1 раз за ночь, последующие два года -- 2--3 раза в неделю. Нормой считается в возрасте до 45 лет -- 2 раза в неделю, 1 раз в неделю от 45 до 55 лет и выше. После 60 лет -- 1 раз в месяц. У некоторых мужчин в "президентском" возрасте может возникать эрекция чаще обычного под влиянием склеротических изменений или других воздействий, но все это укладывается в нормальные сексуальные рамки данного индивида.

В начальном периоде неврастении отмечается период растормаживания полового влечения, некоторого его усиления (учащения эрекций), однако при нарастании астении снижается и половая активность. При неврастении снижение потенции находится в тесной связи с общей астенией. Оно может возникнуть при длительном эмоциональном напряжении, при состоянии стресса, вызванным острым психотравмирующим воздействием, и сопровождаться гормональным сдвигом. При нарастании астении и снижении половой потенции утрачивается интерес к противоположному полу, ослабляется эрекционная способность, исчезают спонтанные эрекции, прекращаются эротические сновидения и поллюции. Такие нарушения потенции сравнительно легко обратимы и проходят с общим улучшением самочувствия и исчезновением явлений астении. В этот период очень важно правильное и тактичное поведение жены. Она может успокоить мужчину и предотвратить возникновение психических задержек сексуальной функции вследствие чрезмерной фиксации мужчиной на ней внимания и тревожного ожидания неудачи.

Иногда у больных неврозами может наблюдаться избирательная импотенция. Она вызвана торможением половой функции строго определенным раздражителем. К избирательной импотенции может привести ряд причин: фригидность жены при демонстративно равнодушном ее отношении к сексу (влечение к жене пропадает), длительная ссора с женой и появлением к ней антипатии, вид чего-то отталкивающего, вызывающего отвращение при половой близости (неприятный запах), угрызения совести по поводу допущенной измены и т.д. Не всегда истинная причина импотенции может быть легко распознана.

Психотравмирующее поведение жены может привести к снижению потенции у мужчины во время половой близости. Некоторые женщины, маскируя свою "холодность" возлагают ответственность за нее на мужа и обвиняют его в том, что он не способен обеспечить ей половое удовлетворение. Многие мужчины попадаются на эту удочку и, чтобы загладить свою вину идут на поводу у жены и выполняют ее прихоти. Женщина добивается своего превосходства в семье, пользуется дополнительными благами, а мужчина начинает страдать неврозом и чувствовать себя неполноценным.

Еще раз вернемся к молодым людям. Снижение потенции может возникать у молодых людей, особенно если они не только учатся, но и работают. Усталость, особенно в конце учебного года, вызвавшая снижение полового влечения, проходит после отдыха. Одной из причин психогенных нарушений половой функции у мужчин является невроз ожидания неудачи. Чаще всего он возникает у молодых людей после двух--трех неудачных попыток начать половую жизнь. Причины неудачи при этом могут быть различные: неопытность молодого человека, повышенная возбудимость, которая привела к раннему семяизвержению еще до полового акта, тревожное ожидание неудачи, состояние алкогольного опьянения, длительное сопротивление девушки и, т.д.

Под влиянием предыдущих сексуальных неудач возникает невроз, ожидание неудачи (тормозной вариант). Это же может возникнуть при неправильных представлениях о мнимых последствиях онанизма. Длительные воздержания при неврозе ожидания неудачи могут привести к застойным явлениям в предстательной железе и содействовать ослаблению эрекции. Необходимо поделиться своими страхами с чутким близким человеком, провести курс психотерапии и аутотренинга, постараться трезво разобраться в ситуации и избежать психотравмирующего агента, и у вас все получится.

Нарушением половой функции при неврозах страдают не только мужчины, но и женщины. У женщин чаще всего может не возникать полового влечения или оргазма, а также реализация невроза возможна в виде вагинизма. Эти явления часто возникают при неврастении, неврозе навязчивых состояний, неврозе ожидания и при истерии.

Половая холодность женщины (фригидность) может быть вызвана рядом причин, но к неврозам относится лишь психогенная фригидность. Она является следствием торможения сексуальных функций психическими факторами и обусловлена рядом причин. К психической задержке полового чувства может привести грубость при дефлорации, насильственное обнажение очень застенчивой девушки, страх забеременеть или заразиться, страх, что другие будут свидетелями полового акта (пребывание в одной комнате с детьми, родителями), недоверие к партнеру. Тормозящее влияние может оказать непривычное, не соответствующее ожиданию поведение партнера.

Одной из частых причин психогенной фригидности является невроз ожидания. Обычно он возникает у женщин тревожно мнительных. Во время акта они напряжены, следят за происходящим, не могут расслабиться, отключиться. При гипостенической форме неврастении часто встречается временное ослабление полового влечения, снижение половой возбудимости, утрата яркости сексуальных переживаний. При раздражительной слабости - более быстрое наступление оргазма. Еще врачи древней Греции и Египта связывали истерию с сексуальными нарушениями у женщины. Среди больных истерией встречаются как фригидные, так и гиперсексуальные натуры. Сексуальные проявления у них особенны в состоянии фрустрации, возникающем при незавершенном половом акте, часто носят характер гротеска.

Психогенная фригидность может быть первичной и вторичной. Под влиянием ряда психотравмирующих переживаний (пьянство и грубость мужа) возникает фригидность. У некоторых женщин фригидность может быть врожденным состоянием. Чаще они не страдают от нее и обращаются к врачу либо потому, что хотели бы испытать половое удовлетворение, либо под влиянием упреков со стороны мужа - это конституциональная фригидность. Среди них встречаются как совершенно асексуальные натуры, которые никогда не испытывали сексуального влечения к мужчинам, никогда не влюблявшиеся и никогда не получавшие удовольствия от ласк и поцелуев, и т.д. И есть женщины общительные, кокетливые, женственные, которые любят мужское общество, танцы, ухаживания и поклонения, но никогда не испытывающие удовольствий от близости, хотя она им не неприятна. Среди них нет женщин, которые занимаются онанизмом или женщин-гомосексуалисток. Женщины-гомосексуалистки не фригидны.

Дисгамия, т.е. дисгармония половых отношений между супругами, вызывающая половую неудовлетворенность в отличие от фригидности, всегда тяжело переживается женщинами, ведет к семейному разладу и может быть одной из причин возникновения неврозов. Конфликт становится особенно тяжелым, если женщина любит мужчину за его качества, но вынуждена оставить его, так как он не удовлетворяет ее. Клинические проявления неврозов, возникающих на почве дисгамии, многообразны. Могут быть неврастенические, тревожно-фобические, Обсессивные, истерические, ипохондрические и депрессивные состояния.

Половая дисгармония может вызывать различные "функциональные" нарушения деятельности внутренних органов, в частности, "неврозов сердца", желудочно-кишечных и мочеполовых расстройств, при которых не находят каких-либо изменений, объясняющих эти нарушения. К этому нужно подходить очень тонко и чутко, так как страдает не только женщина, но и мужчина, начиная считать себя неполноценным и не способным выполнить свой "мужской долг". Он чувствует себя виноватым, впадает в панику, депрессию, и у него также начинает развиваться невроз. Иногда в возникновении дисгамии может играть роль угасание сексуального интереса вследствие чрезвычайного однообразия отношений, притупление остроты чувств. Многие люди годами придерживаются одной и той же удовлетворяющей их формы сексуального общения и не испытывают потребности в вариациях. Но встречаются лица с высокой "психической насыщаемостью", у которых такая потребность имеется. Это относится не только к мужчинам, но и к женщинам.

Искусство любви высоко ценилось в античном мире и Индии. ("Arsamatoria" Овидия Назона или "Искусство любви" индийских философов). С возникновением аскетических идей в средние века, когда они стали господствовать в Европе, это "искусство" пришло в упадок. В наши дни оно выглядит гипертрофированным, с лицом "публичной девицы". Между тем неправильное поведение супругов, неумение добиваться взаимного удовлетворения, иногда из-за неопытности, недостаточного знакомства с физиологией половой жизни, чрезмерной стыдливости является одной из наиболее частых причин дисгамии, приводящей к неврозам. Однако никакое "искусство", никакие приемы не помогут, если нет внутреннего духовного родства супругов, взаимного уважения и любви в высоком смысле этого слова. В формировании взаимной привязанности супругов имеет значении не только сексуальная сторона. Огромную роль играют высокое моральное удовлетворение от совместной жизни, чувства, связанные с воспитанием детей, избавление от одиночества, чувство нежности и внимания, общность духовных интересов и т. д.

Лечение

Неврозы необходимо лечить, но прежде, чем приступать к лечению нужно выслушать и понять, возможно очень тонко касаясь интимной сферы, подвести человека к раскрытию тех тайн, которые он или скрывает, или сам еще не осознал. Но больной или больная должны доверять вам, тогда лечение пойдет по нужному руслу и успешно.

При лечении неврозов очень важно установить контакт с больным, выяснить психотравмирующие обстоятельства вызвавшие заболевание, и помочь больному устранить эту причину или найти пути к ее устранению.

Основным методом лечения является психотерапия. Психотерапия - это лечение информацией, при которой большую роль играет эмоциональное воздействие на больного, которое определяется информацией, исходящей от врача, от его речи, от его личности.

К этому методу лечения относятся и различные виды условно-рефлекторной терапии. Лечение убеждением - это лечение информацией, которая, воздействуя на убеждение больного, подвергается логической обработке и критической оценке. На основании этого могут возникнуть новые взгляды и новая оценка психотравмирующих событий. Внешне это проявляется в том, что меняется отношение больного к обстановке, породившей заболевание, болезненные переживания утрачивают свою значимость. Лечение убеждением в той или иной мере сочетается, а порой и тесно переплетается с внушением наяву.

Внушение (Suggestio) -- подача информации, которая воспринимается без критической оценки, и оказывающей влияние на течение нервно-психических процессов. Путем внушения могут вызываться ощущения, представления, эмоциональные состояния и волевые побуждения, а также оказываться воздействия на вегетативные функции без активного участия личности, без логической переработки воспринимаемого. Внушение невозможно без семантического (смыслового) содержания в сообщении и его достоверности.

Различают внушение прямое и косвенное. Прямое внушение может реализоваться непосредственно вслед за действием вызвавшего его слова, либо спустя некоторое время, либо при условии действия добавочного раздражителя, ставшего условно-рефлекторным благодаря произведенному внушению. При прямом внушении в состоянии бодрствования или неглубокого сна больной обычно может установить связь между произведенным прямым внушением и вызванным им действием, т. е. источник информации им осознается. При прямом внушении во время глубокого естественного или гипнотического сна больной не знает, что наступившее изменение вызвано внушением, так как при пробуждении не помнит, что воспринимал во сне.

При косвенном внушении всегда прибегают к помощи добавочного раздражителя и больной приписывает наступившее лечебное действие какому-то раздражителю, который сам по себе, без участия внушения, не способен вызвать. Им может стать любой раздражитель -- гомеопатическое средство, инъекция, физиотерапевтическая процедура. Лечение внушением, особенно в сочетании с убеждением, показано при всех неврозах. Оно не имеет противопоказаний и достаточно эффективно. Внушение может также проводиться во время физиологического или гипнотического сна.

Во время естественного сна происходит смена фаз сна: 1 - медленный сон или глубокий и 2 -- парадоксальный сон или быстрый, со сновидениями. Парадоксальный сон чередуется с медленным, он сменяет его 4--5 раз в течение ночи и длится 6--15 минут. Первый период парадоксального сна наступает через 45--90 минут после засыпания. Внушение производят в первые 15--40 минут после засыпания и за 2 часа до пробуждения. Текст внушения говорят тихим, но "внушающим" голосом.

Сам процесс восприятия речи во время сна не осознается. По всей вероятности, во время медленного сна происходит консолидация следов, т.е. перевод их в долговременную память, а также освобождение емкостей в оперативной памяти. Во время быстрого сна - реакция на эмоциональные ситуации и переживания. Сон может быть частичным, а глубина сонного торможения различной. Наблюдаются участки бодрствования, которые образуют "сторожевой пункт". Через него спящий может поддерживать контакт с внешним миром. Более характерны "сторожевые пункты" у животных, что позволяет им выжить и сохранить вид.

То же самое происходит во время гипнотического сна, но в это время отсутствует у больного "сторожевой пункт".

Самовнушение - один из методов лечения неврозов. Самовнушение возникает благодаря следовому возбуждению - раздражением, произведенным посредством внутренних связей, ассоциаций. При самовнушении действует информация, ранее поступившая и далее воспроизводимая самим больным. Самовнушение может воздействовать на психические и вегетативные процессы в организме, в том числе на неподдающиеся произвольной регуляции.

Под влиянием самовнушения могут возникнуть болевые ощущения, припадки, параличи, парезы, гиперкинезы, глухота, слепота, нарушение сердечной деятельности и т.д. Самовнушение давно применяется медиками Индии и ряд приемов разработан йогами. В настоящее время негативное самовнушение можно наблюдать повсюду. Для лечения неврозов допустимо применять "наговоры" доктора Сытина, что дает неплохие результаты при лечении, некоторых заболеваний вызванных неврозами. Положительный эффект наступает не сразу, а после полутора-двухмесячного курса лечения.

К самовнушениям относится и аутогенная тренировка. При аутогенной тренировке первоначально путем самовнушения вызывается ощущение тяжести в теле и таким образом достигается состояние мышечного расслабления - релаксация. Затем проводится самовнушение, направленное на различные функции организма.

Классическая техника тренировки проста.

Больному рассказывается техника и те изменения, которые может вызвать аутогенная тренировка, чувство тяжести в теле, тепло, приятные ощущения. Повторение формул самовнушения проводится со спокойной концентрацией внимания на них, без какого-либо напряжения.

Сеансы самовнушения проводятся 2--3 раза в день по 1--2 минуте в течение 3 недель, затем 2--3 раза в день от 2 до 7 минут все последующие недели.

В процессе тренировки больному необходимо овладеть шестью упражнениями.

Овладение каждым из них занимает от 10 до 14 дней, т.е. всего для усвоения всей техники тренировки потребуется от 1,5 до 3 месяцев.

После этого тренировку продолжают 1--2 раза в день 4--6 месяцев, иногда год. Сеансы проводятся в спокойной обстановке, сидя или лежа на спине. Если больной сидит, то руки свободно лежат на подлокотниках кресла, больной сидит удобно, расслабившись. Если больной сидит на стуле, то он должен принять "позу кучера" т.е. голова свободно опущена вперед, руки лежат на бедрах, кисти свисают с колен, ноги удобно расставлены. Находясь в состоянии покоя выполняют следующие упражнения:

1. Вызывание ощущения тяжести, мысленно повторяют фразы:

"Правая (у левшей - левая) рука тяжелая" - 6 раз. "Я совершенно спокоен" -- 1 раз.

Упражнение повторяют 10-14 дней. После первых 4-6 дней тяжесть распространяется на другую руку, затем на ноги и все туловище. Тогда соответственно повторяют "обе руки... обе ноги... все тело стало тяжелым".

2. Вызывание ощущения тепла.

Мысленно повторяют: "Тепло тяжелое" (вызывается ощущение тяжести и релаксации) -- 1--2 раза. "Я совершенно спокоен" - 1 раз. "Правая (у левшей - левая) рука теплая" -- 5 раз.

В процессе тренировки, когда тепло возникает в обеих руках и ногах, следует говорить: "Обе руки... обе ноги... все тело... теплые".

Упражнение считается освоенным, когда ощущение тепла вызывается легко и свободно.

3. Регуляция ритма сердечной деятельности. Вызывается ощущение тяжести покоя, тепла, повторяя упражнение 1 и 2 по 1 разу. Затем мысленно 5--6 раз повторить: "Сердце бьется спокойно и мощно". Научитесь мысленно считать сердцебиение, если это не получается, то первые дни рекомендуется класть руку на область сердца, под локоть руки подкладывать подушечку, чтобы рука лежала свободно. Упражнение считается усвоенным, если вы ощущаете, что влияете на ритм сердечной деятельности.

4. Упражнение для регуляции дыхания. Повторяются первые 3 упражнения, затем мысленно 5--6 раз повторяют формулу: "Дыхание спокойное" или: "Дышится спокойно".

5.Влияние на органы брюшной полости. Больной определяет у себя солнечное сплетение (находится посередине между краем грудины, мечевидным отростком и пупком). Вызываются ощущения как при первых четырех упражнениях, затем медленно 5--6 раз повторяют фразу. При появлении отчетливого ощущения тепла в эпигастральной области упражнение считается усвоенным.

6. Вызывание ощущения прохлады в области лба. Вызываются, ощущения свойственные 5 первым упражнениям. Затем 5--6 раз повторяется формула: "Лоб приятно прохладный" или: "Лоб слегка прохладный". Когда больной научится вызывать прохладу в области лба, то упражнение считается освоенным. Когда упражнение хорошо освоено, длинные формулы заменяются короткими: "Спокойствие", "Тяжесть", "Тепло", "Сердце и дыхание спокойные", "Солнечное сплетение теплое", "Лоб прохладный". После окончания упражнений сидят спокойно первые 2 недели 30--60 секунд, далее сколько захочется. После тренировки дают "отбой". Выводят себя из состояния покоя, дают себе команду: "Согнуть руку" и делают 2--3 раза сгибательных движения, затем другой рукой. Дают себе команду: "Глубоко вздохнуть", "Открыть глаза".

Не разрешается говорить "Голова горячая" или, "Лоб холодный" во избежание резкого прилива крови к голове или наоборот, ее переохлаждения, что вызовет сосудистые спазмы. Можно в упражнении 3 после того как ощутили тяжесть и тепло в руках, ногах произнести формулу "Грудь теплая", затем приступать к замедлению сердечного ритма. Тренировку можно сопровождать зрительными образами для усиления эффекта внушения, можно добавлять в конце лечебное самовнушение, касающееся органов и систем. Аутогенную тренировку можно применять при нарушении засыпания, не выходя из нее, спокойно погрузиться в сон, дав себе приказание уснуть. Применяется она также при неврозах ожидания, неврозе страха, фобиях.

При гипотонии внушить себе в состоянии релаксации те ощущения, которые вызывает адреналин или норадреналин, (ощущение озноба "гусиной кожи", прохлады), затем резко, толчкообразно вывести себя из состояния покоя командой "встать". Выбросить вперед руки и встать. Аутогенная тренировка прекрасно применяется при гипертонической болезни, бронхиальной астме, кардиоспазмах, спастических состояниях желудка и кишечника, ночном энурезе, ангионеврическом отеке, дискинезии желчных путей, вазомоторных и вегетативных расстройствах.

При лечении язв желудка и двенадцатиперстной кишки необходимо исключить 5 упражнение - вызывание ощущения тепла в области желудка. Аутогенная тренировка нашла применение при колитах, гипертиреозе, экземе (самовнушение: "Кожа чистая, теплая, гладкая"), при аллергических заболеваниях, кардиоспазме, а также в качестве симптоматического средства при болях различного происхождения (при родах, стенокардии, и т.д.).

Медикаментозные средства назначаются вместе с психотерапией, так как они несут в себе не только информацию, но и воздействуют на организм фармакохимическим путем.

Раньше, до середины пятидесятых, годов для лечения неврозов применялись препараты брома и кофеина. В настоящее время бром стал применяться реже, так как появилось большое количество новых препаратов, которые дают больший эффект, не вызывая зависимости, или имея низкую зависимость. Из психотропных медикаментов в терапии неврозов применяют транквилизаторы, нейролептики, антидепрессанты и психостимуляторы.

Транквилизаторы ("успокоители") или атарактики (лат.- "душевный покой") характеризуются тем, что уменьшают эмоциональную напряженность, чувство тревоги, страха. Они обладают легким успокаивающим свойством, усиливают действие снотворных, облегчают наступление сна и делают его более глубоким и продолжительным. В первое время они могут вызывать чувство сонливости, вялости, разбитости, легкой тошноты. В дальнейшем эти явления проходят. Их нельзя применять беременным и водителям. Назначают и подбирают их индивидуально, т.к. один препарат подходит, хорошо переносится, а другие наоборот.

Хлордиапоксид (элениум, либриум) и диазепам (седуксен) обладают сильным противотревожным седативным и расслабляющим действием. Седуксен больше нормализует вегетативную нервную систему и более слабое снотворное действие, а в малых дозах может даже наблюдаться эффект стимуляции. Оба препарата оказывают противосудорожное действие. Их можно применять при хронических заболеваниях печени и почек, болезней сердца. Большие дозы могут вызвать мышечную слабость, атаксию, а у лиц старческого возраста - непроизвольное мочеиспускание и акт дефекации.

Оксазепам (тазепам) занимает промежуточное положение между либриумом и седуксеном и в средних дозах 2--3 таблетки не вызывают вялости и сонливости.

Лоразепам (атаван) и фенозепам - уменьшают тревогу и вызывают большее мышечное расслабление, чем седуксен и лимбриум.

Нитразепам (эуноктин, радедорм) обладает выраженным снотворным действием.

Медазепам (рудотель) обладает выраженным успокаивающим действием, не вызывает вялости, сонливости и так же как мекротан (мепробамат) и триоксадин относятся к "дневным" атарактикам.

Применение транквилизаторов показано в тех случаях, когда неврозы вызывают чувство тревоги, напряженности, депрессию, вегетативные расстройства, фобии, нарушения сна.

При лечении навязчивых состояний, фобий особенно эффективен либриум или седуксен. Эти препараты весьма эффективны при состоянии тревоги, навязчивости и невротических депрессиях. Триоксазин более успешно применим при ангионеврозах, а элениум или либриум при диэнцефальных кризах. Фенозепам - при невротических депрессиях и фобиях. Нитразепам (эуноктин, радедорм) - при нарушениях сна. Терапевтический эффект наступает через 10 дней.

Более сильным успокаивающим действием, чем атарактики, обладают нейролептики - аминазин, резерпин, трифтазин, галоперидол, меллерил, сонапакс и др. При применении нейролептиков наблюдается побочный эффект в виде заторможенности, скованности, депрессии. При лечении неврозов они применяются редко и в малых дозах. Аминазинтолько на ночь, при бессоннице, тревоге. Он может резко снижать артериальное давление. Тизерцин назначают перед сном при упорной бессоннице и в средних дозах при неврозе страха и фобиях, при которых транквилизаторы не снимают тревогу.

Меллерил, сонапакс влияет на психопатологическую симптоматику подобно аминазину, но в более слабой степени. Применяют при неврозах ожидания, при состоянии тревоги. Все эти препараты могут угнетать половое влечение при передозировке.

Антидепрессивные (тимолептические вещества) обладают свойством устранять пониженное настроение. При неврозах чаще всего примени имизин (имипрамин, мелипрамин, тофранил), амитриптилин (триптизол), азафен и пиразидол. Имизин устраняет пониженное настроение и оказывает возбуждающее влияние на нервную систему (энергизатор). Усиливает чувство бодрости, устраняет заторможенность, повышает аппетит, но угнетает половую активность. Противопоказан при сердечно-сосудистой декомпенсации, болезнях печени, почек, глаукоме, расстройстве мозгового кровообращения, инфекционных болезнях. Лучше всего с его помощью устраняется тоска, являющаяся симптомом психоза. Невроз страха, навязчивые состояния как истинные неврозы имизином лечатся малоуспешно. Хорошо лечатся астено-депрессивные состояния, но может усиливать чувство тревоги. Хорошо сочетается с транквилизаторами или аминазином. Лечение проводят несколько недель или месяцев. Амитриптилин сочетает антидепрессивное действие с седативным. Уменьшает чувство тревоги, улучшает настроение. В первые дни может вызвать сонливость. Особенно хорош при тревожно-депрессивных состояниях, депрессивно-ипохондрических и фобических синдромах. Назначают в сочетании с диазепамом (седуксеном). Лечение проводят несколько месяцев. Противопоказан при глаукоме и гипертрофиии простаты. Близко по действию к амитриптилину стоит азафен. Обладает более слабым, чем амитриптилим антидепрессивным, действием, но не вызывает побочных эффектов в виде сухости во рту, сердцебиения, расширения зрачков. Не имеет противопоказаний. Отечественный препарат пиразидол еще более мягок чем азафен, он обладает регулирующим влиянием на нервные процессы: стимулирующим при заторможенных депрессиях и седативным --при тревожных. Не вызывает побочного действия. Противопоказан при острых заболеваниях печени и кроветворных органов. Эффект проявляется через 1--2 недели после начала приема. К психостимуляторам относятся вещества, способные усилить процессы возбуждения в нервной системе. Их применяют только в клиниках, очень осторожно. Отпуск их производится с такими же ограничениями, как и наркотиков.

Все фармакологические препараты должны сочетаться при лечении неврозов с психотерапией, физиотерапией (лечением сном, гальваническим воротником, Д'Арсанвалем, успокаивающим и расслабляющим массажем, точечной лазеро- и иглотерапией), а также санаторно-курортным лечением. Понимание такого заболевания как невроз, сочувственное отношение к данным больным, их полноценное лечение ведет к полному выздоровлению больных и возвращению их к нормальной жизни.