ФГБОУ ВО «Астраханский Государственный Медицинский Университет»

Кафедра: психиатрии

зав. кафедрой: д.м.н., главный врач ГУЗ ОКПБ

 **Хрящёв Александр Валерьевич**

РЕФЕРАТ

 на тему:

«Клиника неврастении, дифференциация с неврозоподобными состояниями»

Выполнил: студент 508 группы

 лечебного факультета

Гехаев Х-А. М.

Проверила: Корнеева Е.Г.

Астрахань 2020 г

Содержание

Введение

1. Клиника неврастении
	1. Гиперстеническая
	2. Раздражительная слабость
	3. Гипостеническая
2. Дифференциация с неврозоподобными состояниями

Список использованной литературы

**Введение**

**Неврастения** — психическое расстройство из группы неврозов, проявляющееся в повышенной раздражительности, утомляемости, утрате способности к длительному умственному и физическому напряжению. Впервые описана американским врачом Георгом Бирдом в 1869 году. Неврастения возникает обычно при сочетании психической травмы с чрезмерно напряжённой работой и физиологическими лишениями (хроническое недосыпание, отсутствие отдыха и т. п.). Возникновению неврастении способствуют ослабляющие организм инфекции и интоксикации (алкоголь, курение), эндокринные расстройства, недостаточное питание и др.

1. **Клиника неврастении**

**1.1. Гиперстеническая**

Начальная стадия, наиболее частая форма, проявляется преимущественно в раздражительности и возбудимости, с которой дебютирует заболевание, проявляется повышенной психической возбудимостью, выраженной раздражительностью. Больных раздражает малейший шум, разговоры окружающих, любые звуки, быстрое передвижение людей, просто толпа окружающих, многолюдные сборища. Они легко раздражаются, кричат на близких, сотрудников, собеседников, способны оскорбить, то есть легко теряют самообладание, отличаются большой нетерпеливостью. Наряду с этим работоспособность больных снижена, но не только за счет утомления, а на этом этапе болезни, главным образом, за счет их психической несобранности, рассеянности, неспособности сосредоточиться на нужном круге представлений и начать необходимое дело, то есть в связи с первичной слабостью активного внимания. Начав же занятие, больной долго не выдерживает необходимого здесь психического напряжения, опять же — напряжения активного внимания. Встает из-за стола, уходит с рабочего места, отвлекается на посторонние раздражители, затем опять «трудное начало» занятия и так многократно, вследствие больших потерь времени, производительность труда ничтожна. Всегда выражены нарушения сна: засыпает больной с трудом, часто просыпается, снова засыпает, переживая обильные сновидения, навеянные дневными заботами. В результате утром поднимается с запозданием и с трудом, не отдохнувшим, с тяжелой «неясной» головой, дурным настроением, с чувством усталости и разбитости, которое несколько отступает лишь к вечеру. Часты жалобы на головную боль, общую слабость, плохую память, неприятные ощущения в различных частях тела. Больные испытывают тяжесть в голове, чувство давления в висках, опоясывающие головные боли («неврастеническая каска»).

**1.2. Раздражительная слабость**

Вторая, промежуточная, стадия (фаза болезни).

Характеризуется так называемой *раздражительной слабостью* (главное клиническое содержание второй формы неврастении) — сочетанием повышенной возбудимости и раздражительности с утомляемостью и быстрой истощаемостью. По случайным и незначительным поводам у больного возникают бурные реакции раздражения или вспышки возбуждения, которые обычно непродолжительны, но часты. Повышенная возбудимость нередко выражается в слезливости, ранее не свойственной больному, или же в нетерпеливости, суетливости. Характерна болезненная непереносимость громких звуков, шума, яркого света, резких запахов. Утрачивается способность контролировать внешние проявления своих эмоций. Расстраивается активное внимание. Появляются жалобы на рассеянность, плохое запоминание. Настроение неустойчивое, со склонностью к подавленности. При тяжёлых формах неврастении может развиться картина так называемой депрессии истощения: больные мрачны, вялы, ко всему безразличны. Постоянный признак неврастении — нарушение сна: затруднение засыпания, поверхностный или неосвежающий сон, тревожные сновидения, сонливость днём и бессонница ночью. Снижается или полностью пропадает аппетит, появляются отрыжка, изжога, запоры, чувство тяжести в желудке. Часты жалобы на головные боли, сердцебиение, чувство замирания сердца, возможны расстройства половой функции и т. д.

Раздражительная слабость — главное клиническое содержание второй формы неврастении (или же второй фазы болезни), которая может проявиться у субъектов безудержного, холерического темперамента или же у лиц с сильным и уравновешенным типом нервной системы в случаях, когда выздоровления на гиперстенической стадии не последовало, а патогенная ситуация сохраняется.[1]

**1.3. Гипостеническая**

Третья стадия. Преобладают слабость и истощаемость.

Основные симптомы — вялость, апатия, повышенная сонливость, подавленность. Больные не способны мобилизовать себя на рабочее усилие, они постоянно испытывают чувство большой усталости, подавлены мыслями о своих соматических ощущениях. На этом этапе болезни налицо постоянная массивная астения на фоне сниженного настроения. Фон настроения несколько тревожный, с оттенком грусти и ослаблением интересов. Здесь нет аффектов тоски или тревоги, сниженное настроение имеет невротический характер, пронизано астенией и отличается слезливостью и эмоциональной лабильностью. Часты ипохондрические жалобы и фиксация больных на своих внутренних ощущениях. С течением времени (особенно под влиянием лечения) у больных улучшается сон, с чего, в сущности, и начинается процесс выздоровления. Следует отметить, что при повторных приступах неврастении (при любой ее форме, в особенности — последней) продолжительность приступов возрастает, а депрессивные явления, углубляясь, все более приближаются к циклотимному уровню. В связи с этим еще старые авторы (Н. Schule, R. Kraft-Ebing, С. С. Корсаков, А. В. Каннабих) указывали на возможность возникновения периодической неврастении. С этим согласуются и последние данные клинического опыта о возможности перерастания такого рода периодических проявлений неврастенической депрессии в циклотимию.

1. **Дифференциация с неврозоподобными состояниями**

Дифференциальный диагноз неврастении в рамках нев­розов с неврастеноподобными синдромами при других за­болеваниях представляет нередко значительные труднос­ти. При неврастении в большей мере, чем при других формах неврозов, правильная диагностика требует прив­лечения не только негативных, но и позитивных характе­ристик диагностики невротических состояний.

Определенную трудность представляет дифференци­альный диагноз неврастении с неврозоподобными («псев- доневрастеническими») вариантами энцефалитов: вирус­ными (полисезонными и гриппозными) и эпидемическим энцефалитом Экономо [Давиденкова-Кулькова Е. Ф., Кострова Е. С., 1957; Карвасарский Б. Д., 1965, и др.]. У многих из этих больных в течение длительного времени ошибочно диагностировались различные формы неврозов, чаще — неврастения. Так, среди исследованных нами больных с энцефалитом (61 пациент) неврастения была диагностирована у 28 больных и другие формы нев­роза — у 7.

Причиной диагностических ошибок является не только отсутствие в ряде наблюдений достаточно убедительных данных, указывающих на органическое заболевание голов­ного мозга, но и нередкое сочетание этих вариантов энцефалитов с неврозами. Чаще всего хронический энце­фалит является фактором, ослабляющим нервную систему и способствующим возникновению психогении, причем' в ряде случаев та или иная неблагоприятная ситуация приобретает патогенное значение для больного лишь после перенесенного энцефалита. У некоторых больных возник­новение невротического компонента обусловлено патоло­гической реакцией на заболевание мозга, а переживания болезни приобретают характер психогении в связи с лич­ностными особенностями больного, а иногда — ятрогении.

Головная боль часто является одной из основных жалоб, с которой больные связывают другие нарушения: ухудшение памяти и внимания, снижение умственной ра­ботоспособности, пониженное настроение.

Среди других жалоб следует отметить расстройства сна (сонливость, реже бессонница и нарушения ритма сна), стойкие психосенсорные расстройства. Особо следует под­черкнуть характерную для этих больных вязкость, моно­тонность в высказывании жалоб — «энцефалитическую прилипчивость» или «акайрию», по М. И. Аствацатурову. Органическая неврологическая симптоматика чаще нерез­ко выражена. У ряда больных наблюдаются нарушения глазодвигательных нервов (птоз, диплопия, ослабление конвергенции и др.), легкая слабость нижней ветви лице­вого нерва, асимметрия сухожильных рефлексов, гипоми- мия.

Особенно трудными в дифференциально-диагностиче- ском отношении являются случаи неврозоподобного ва­рианта эпидемического энцефалита, когда не наблюдается острого начала, заболевание развивается постепенно и больные не могут точно указать время его возникновения.

При длительном течении заболевания лишь у 2 из 10 наблюдавшихся нами больных с неврозоподобными фор­мами эпидемического энцефалита отмечались начальные явления паркинсонизма и у одного больного — синдром нарколепсии. Это соответствует литературным данным о более благоприятном течении современных форм энцефа­лита Экономо, но может объясняться и тем, что больные с явлениями постэнцефалитического паркинсонизма и с другими более грубыми неврологическими нарушениями не поступали в отделение неврозов, а, естественно, на­правлялись в неврологические стационары.

Больные с неврозоподобными вариантами вирусных энцефалитов — полисезонных и гриппозных — жалова­лись на головную боль, тяжесть в голове, постоянную усталость, неспособность заниматься умственной работой, трудности сосредоточения внимания, рассеянность, ухуд­шение памяти. Из других жалоб следует отметить рас­стройство сна (однако менее выраженное, чем при эпиде­мическом энцефалите), боль, жжение и другие неприятные ощущения в различных частях тела. Нередки деперсона- лизационные и дереализационные переживания. Весьма характерны для полисезонных вирусных энцефалитов раз­личные психосенсорные расстройства: «протезная голова», «голова набита опилками», «зуд в голове», «чувство прог­ревания в лобных долях», «в голове все горит, переливает­ся, хлюпает» и т. д. У больных наблюдаются колебания настроения, безразличие к окружающему, сужение круга интересов, фиксация на своем заболевании, энцефалити- ческая вязкость.

Во всех случаях выявляется нерезко выраженная органическая микросимптоматика.

При лабораторном исследовании у части больных с неврозоподобными вариантами энцефалитов обнаружи­ваются отклонения от нормы: нерезкие изменения глазного дна, признаки повышения внутричерепного давления на краниограммах, увеличение содержания белка в спинно­мозговой жидкости, нерезкая гликорахия и т. д. Значитель­ную диагностическую ценность представляют при этих формах энцефалитов данные пневмоэнцефалографическо- го исследования.

У большинства больных на пневмоэнцефалограммах выявляются признаки гидроцефалии. Среди других из­менений следует отметить расширение субарахноидаль- ных щелей и очаговую атрофию коры.

Необходимо проведение дифференциальной диагностики между **неврастенией** и **астенией** на фоне **эндогенных психических расстройств**. При этом надо учитывать, что астенические состояния при тяжелых психических заболеваниях сравнительно редко выступают в чистом виде, обычно сочетаясь с другими психопатологическими расстройствами (Гиндикин В.Я., 2000). Следует обращать внимание на следующие признаки: быстро нарастающее утомление с жалобами на сохраняющуюся в течение всего дня изнуряющую слабость; диспропорцию гиперестетических проявлений астении, приобретающих избирательный и даже вычурный характер и смещающихся в сферу расстройств соматопсихики с обостренным контролем за деятельностью собственного организма

Дифференциация неврастении со сходными клиниче­скими вариантами других заболеваний должна начинать­ся на уровне отдельных, наиболее часто встречающихся при неврастении синдромов: астенического (с неврозо­подобными формами шизофрении, астеническими прояв­лениями при сосудистых и травматических поражениях головного мозга), ипохондрического (с неврозоподобной формой шизофрении, органическими заболеваниями головного мозга), синдромов невротической депрессии (с ларвированными формами эндогенных депрессий). Столь частые при неврастении соматовегетативные расстройства требуют дифференциации с соматической патологией, сопровождающейся неврозоподобными расстройствами.

**Список использованной литературы**

1. Балашова А.Н. Психопатия//Экспертиза, 2009, № 3
2. Баурова Н.Н. Психологические факторы невротических расстройств у курсантов военных вузов / Н.Н. Баурова, Г.П. Костюк // Биомедицинский журнал Medline.ru - 2010. - Т. 11, Ст. 10
3. Бедличев С.А. Современное учение о неврозах. - М:Литера, 2010
4. Ломонских А.Н. Пограничные состояния: этимология, лечение. - М.: Мр3 Пресс, 2007
5. Ремесло, М.Б. Клинико-лингвистические характеристики больных неврозами и их динамика в процессе психотерапии / М.Б. Ремесло // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 2007. - №2
6. Яковлев П.А. Профилактика и лечение неврозов. - М.: Смарт, 2008