**Неврози в дорослих**

Починаючи з юнацького віку й у періоді зрілості розподіл неврозів по окремим нозологічним формам, нечітке в дитячому віці, стає більше вираженим, що дозволяє диференціювати цю загальну групу захворювань по особливостях патогенезу, клінічної картини й плину. Все-таки ця диференціація не є абсолютної, і границі між окремими видами неврозів не можна вважати споконвічно чітко фіксованими. Найбільше часто в психіатрії виділяють наступні види цього захворювання.

Неврастенія є найпоширенішою формою неврозу. Безпосередньою причиною її служать сімейні, побутові й виробничі конфлікти, що представляють погрозу для суспільного престижу суб'єкта, що негативно впливають на його самоповагу й ранять самолюбство. У цілому, можна сказати, що причиною неврастенії служать конфліктні ситуації, що представляють погрозу для Я-концепції індивіда. Подібна ситуація складається звичайно в людей з гіперсоціальними рисами особистості, високим рівнем самоповаги, що прагнуть шляхом мобілізації всіх своїх фізичних і духовних ресурсів домогтися визнання й поваги з боку навколишніх. Вони беруться за безліч справ й, маючи розвинене почуття відповідальності, прагнуть виконати їх, працюючи постійно в умовах дефіциту часу. Якщо такі зусилля перевищують їхньої можливості, а недостатня з їхнього погляду оцінка їхньої діяльності в родині й на роботі глибоко ранить самолюбство, виникає важкорозв'язний внутрішній конфлікт, що приводить до розвитку неврозу.

Астенічні розлади при неврастенії тісно пов'язані з переживанням тривоги. Хворі постійно скаржаться на утому, млявість, відчуття розбитості. Працездатність їх, по оцінках навколишніх, істотно не страждає, але колишню роботу їм вдається виконувати шляхом більшої напруги сил. Це створює у хворих неправильне уявлення про зниження своєї соціальної корисності. Вони стають нетерплячої й дратівливими, реакції подразнення супроводжуються вегетативними симптомами: почервонінням або зблідненням шкірних покривів, серцебиттям, пітливістю, тремором пальців рук. Характерна слізливість, більше виражена в жінок. У чоловіків на перший план виступає невротична депресія з песимізмом, нудьгою, буркотливістю, невдоволенням собою й навколишніми.

Із тривогою зв'язана невротичне безсоння, що у третині випадків становить один з головних проявів неврастенії. Порушення сну проявляються труднощами засипання, неглибоким й укороченим сном. Однак повної відсутності сну, на яке іноді скаржаться хворі, не буває. Як показали дослідження з безперервним записом ЕЕГ протягом ночі, тривалість сну у хворих рідко становить менш 5 годину в добу. У пацієнтів, які скаржаться на "повне безсоння", мова йде про недізнавання (агнозії) сну, коли в періоди нетривалого і якісно зміненого сну він не сприймається й не запам'ятовується ними. Неповноцінний нічний сон не приносить почуття бадьорості, і хворі в ранкові годинники почувають себе особливо втомленими й розбитими.

Настільки ж частим симптомом неврастенії є головні болі. Біль звичайно буває помірної, але хворі неврастенією із властивої ним тривожністю й нетерплячістю бувають схильні перебільшувати її вага. Головний біль може мати пульсуючий характер, пульсації відчуваються в скронях, в області очних яблук, іноді супроводжуються нудотою й легким запамороченням. У подібних випадках передбачається її зв'язок з судинними механізмами (спазм мозкових судин). В інших випадках біль локалізується переважно в потилиці й сполучається із хворобливою напругою шийних м'язів. У тім або іншому випадку головні болі легко усуваються прийомом аналгезивних засобів (ацетилсаліцилова кислота, парацетамол, анальгін).

З більшою сталістю при неврастенії спостерігаються порушення діяльності внутрішніх органів функціонального характеру. Вегето-судинна дистонія проявляється у вигляді підвищення частоти серцевих скорочень - аж до тахікардії, коливаннями артеріального тиску убік його підвищення або зниження, помірними колючими болями й відчуттям тиску в області серця при відсутності характерних для ішемічної хвороби серця змін ЕКГ. Відзначаються також пітливість й акроцианоз. Деякі хворі скаржаться на відчуття недостачі повітря, хоча при об'єктивному спостереженні порушень дихальної функції не відзначається. З боку шлунково-кишкового тракту буває зниження апетиту, але іноді також його підвищення, що приводить до збільшення маси тіла. Частими є скарги на печію. З більшою сталістю зустрічаються запори. Всі ці зміни звичайно бувають нестійкими, "примхливими". Так, хворий скаржиться на виникнення печії й нудоти при вживанні в їжу рослинного масла або тваринного жиру, але через деякий час починає вживати ці продукти, не випробовуючи ніяких хворобливих відчуттів. Варто також указати на можливість виникнення функціональних сексуальних розладів у вигляді зниження полової потенції або передчасної еяколяції в чоловіків і половою холодності у жінок.

Можна простежити зв'язок між виразністю вегетативних розладів і загостренням конфліктної ситуації. Але цей зв'язок не буває простій і прямолінійної. Часте посилення симптомів дистонії наступає не в момент чергової психічної травми, а через деякий час, коли починається систематичне обмірковування хворим сформованої ситуації, виникають нові побоювання із приводу несприятливих наслідків конфлікту для власної долі й престижу й підсилюється тривога. Іноді один лише спогад про пережитий раніше конфлікті викликає до життя колишні образи й підсилює внутрішнє напруження, що у свою чергу приводить до посилення розладів. Таким чином, зв'язок функціональних соматичних порушень із психічним конфліктом завжди супроводжується коливаннями рівня тривоги. Джерелом її можуть бути не тільки поточні життєві труднощі й стресові реакції, але й неусвідомлювані суб'єктом переживання, що беруть початок у минулому, включаючи психічні травми дитячого віку.

Тривога, як було раніше сказане, є біологічним (вітальним) почуттям. Пристосувальне її значення полягає в тім, що внутрішнє напруження вимагає пошуку додаткової інформації про небезпеку, що грозить, і способів її уникання. У сучасних умовах таким способом є несвідоме перенесення тривожних побоювань на той або інший об'єкт. Їм може стати можливість важкого захворювання, найчастіше розповсюдженого й "модного" (інфаркт міокарда, злоякісний новотвір і т.п.). Приписуючи собі важку хворобу, хворий несвідомо прагне виступати в новій якості важко страждаючої людини й тим самим як би захищає себе від нестерпної тривоги й почуття провини, пов'язаних із ситуацією, що травмує. Такий механізм формування невротичної іпохондрії, що часто виступає на перший план у картині неврастенії. Роль "важкого захворювання" можуть також займати тривожні побоювання із приводу "пристріту", "псування" й інші ідеї одержимості "молдовськими чарами", звичайно викликані знахарями з метою залякати хворого й витягти із цього для себе вигоду. Іпохондричні ідеї й ідеї одержимості "псуванням" спочатку бувають нав'язливими, хворі самі намагаються відігнати їх і навіть жартують над своїми побоюваннями. Але при несприятливому плині неврозу критичне відношення до цих ідей втрачається, і вони здобувають для хворий характер одержимості, чому може сприяти безпосереднє сімейне й побутове оточення, що підтримує переконаність пацієнта в обґрунтованості його тривожних побоювань. Причиною іпохондрії може також стати ятрогенія.

Невроз нав'язливих станів прийнято розділяти на фобічний (невроз страху) і обсессівно-компульсивний. По частоті він значно уступає неврастенії, але схильність до тривалого, затяжного плину, що нерідко приводить до інвалідності хворих, резистентність до проведеної терапії визначають його велике клінічне й соціальне значення.

Типовий психічний конфлікт, службовець безпосереднім приводом до розвитку неврозу нав'язливих станів, складається у внутрішнім нерозв'язному протиріччі між міцними моральними принципами й почуттям боргу, з одного боку, і реальними вчинками й почуттями людини - з іншої. Динамічна психіатрія, що використає принципи психоаналізу 3. Фрейда, особливе значення надає дитячим конфліктам, що виникають із протиріччя між прагненням дитини до самостійності й необхідністю підкорятися авторитарним вимогам батьків, щоб зберегти їхню любов. Більшу роль у цьому конфлікті грає ригідна мати, що пред'являє стосовно дитини надмірні вимоги підтримки чистоти й порядку, що загрожує розлюбити дитини або покарати його. Останній змушений придушувати свої імпульси до емансипації, щоб зберегти зв'язок з родителями. Виховання в умовах надмірної опіки, придушення самостійності формує особистість із розвиненим почуттям боргу, відповідальності перед людьми й своєю совістю, але нездатну відстоювати свої моральні принципи й боротися за них у важкій життєвій ситуації. Все це породжує почуття непевності й своєї провини. Суть конфлікту, що безпосередньо приводить до розвитку неврозу, полягає, як правило, у нездатності людини переборювати виникаючі труднощі або упокорюватися з ними. І. П.Павлов помітив характерну для хворих неврозом нав'язливих станів інертність нервових процесів, що приводить до "зациклення" на окремих психічних діях. Сам же хворий найчастіше не усвідомлює зв'язок між психічним конфліктом і проявами захворювання. Тому виникаючі в нього нав'язливі переживання здаються йому позбавленими змісту й психологічно не з'ясовними.

Поштовхом, що сприяє маніфестації неврозу, може послужити випадкова й малозначна обставина, що, проте, одержує відбиття в картині хворобливих переживань. Так, страх перед поїздкою в міському транспорті виникає після того, як по випадкових обставинах (жару, духота в автобусі, період менструації, що передує алкогольна інтоксикація) у суб'єкта в автобусі з'являється вегетативна судинна реакція у вигляді легкої непритомності. Із цього часу не тільки їзда в міському транспорті, але й сама думка про необхідність скористатися автобусом викликає різкий страх, тремтіння у всьому тілі, оніміння кінцівок, серцебиття, задишку, рясний холодний піт, у хворого виникає передчуття, що зараз він знепритомніє, упаде, умре, у нього зупиниться серце. Це змушує його повністю відмовитися від використання транспорту. По такому ж механізмі патологічного умовного рефлексу в пацієнта може утворитися зв'язок між настанням нападу і яких-небудь випадкових обставин, як наприклад, перебування на висоті, при переході вулиці, у тісному й наповненому людьми приміщенні. Не завжди цей зв'язок легко виявити, і в ряді випадків лікареві доводиться обмежуватися припущенням, що такий зв'язок існує, але вона не усвідомлюється самим хворим, внаслідок чого не знаходить відбиття в його самозвіті.

При менш гострому розвитку захворювання появі фобій передує тривалий період тривожності, пов'язаної з іпохондричними побоюваннями занедужати важким, невиліковним захворюванням. На цьому тлі якась випадкова обставина, наприклад смерть родича від раку, прочитана брошура про інфекційну теорію злоякісних новотворів, дають початок нав'язливому страху заразитися такою же хворобою, доторкнувшись до предметів, з якими раніше мав справу покійний. Походження соціальних фобій (острах почервоніти, втратити думка при публічному виступі) буває пов'язане з попередніми нав'язливими побоюваннями здатися смішним, неспритним у суспільстві й постійних сумнівах у своїй здатності поводитися "як всі", бути прийнятим суспільством. Чим менше буває емоційна напруга й гострота нападів, тим більше чітко виступає їхній нав'язливий характер: хворі активно борються зі своїми нав'язливими страхами й побоюваннями й здатні критично оцінювати їхнє хворобливе походження. При важких афективних розладах самосвідомість хворих глибоко страждає, і здатність їх до критичного осмислення своїх психічних порушень практично відсутній.

Хвороба звичайно здобуває тривалий, затяжний плин, у міру якого гострота афективних розладів поступово зменшується, відбувається генералізація фобій - страх умерти від зупинки серця переходить у страх смерті взагалі, від різних причин, зменшується психологічно зрозумілий зв'язок фобій з їхньою обставиною, що викликала. Посилення астенічних симптомів приводить до зниження активності хворих, їхнього бажання спілкуватися з навколишніми, до зосередження уваги винятково на власному здоров'ї. Захисне поводження, наприклад опір спробам навколишніх вивести хвору з будинку на прогулянку, завзята звичка постійно мити руки з побоювань заразитися, здобуває інертний, стереотипний характер. Підсилюється виразність таких рис характеру, як помисливість, непевність у собі. З'являється стійкий субдепресивний настрій.

Обсессівне-компульсивний розлад у свою чергу містить у собі дві близьких один одному форми: з перевагою нав'язливих думок і з перевагою компульсивних дій. Невроз із перевагою обсессивних порушень характеризується нав'язливим і стереотипним повторенням тих самих думок, у непотрібності якого хворий добре усвідомлює. Іноді це нескінченні сумніви в правильності зробленого: "Чи добре я зробив?", "Чи правильно я сказав?". Перевірка правильності зробленої дії на короткий час усуває нав'язливі сумніви, але незабаром вони виникають знову в колишній болісній формі. Може виникати нав'язливе перераховування вікон у будинках, разкладання всіх предметів у поле зору симетрично й т.п. Іноді нав'язливості супроводжуються захисними ритуалами: щоб позбутися від нав'язливих сумнівів, хворі укладають папери в портфелі особливим образом, ідуть на роботу тільки однією дорогою; щоб не потрапити під транспорт, що рухається, вимовляють "магічне слово". У числі розладів з перевагою компульсивних дій зустрічаються неврози, при яких хворі відчувають потяг до підпалів, бродяжництву, безглуздому злодійству, виробленим хворими мимо волі й без достатнього розуміння мотивів своїх учинків.

До компульсивних дій відносять також нервову анорексію, що зустрічається переважно в дівчинок-підлітків, рідше в дівчат 17-20 років. Хворі завзято обмежують себе в їжі, уникають уживання продуктів, необхідних для повноцінного харчування, незважаючи на наступаюче сильне виснаження й появу у зв'язку з голодуванням розладів: аменореї, випадання волосся, сухості шкірних покривів. Своє поводження вони пояснюють відсутністю апетиту або не дають ніяких пояснень. Вимога батьків припинити голодування, угоди й навіть покарання не дають бажаного результату. Приводом до розвитку нервової анорексії при неврозах часто служить колективне "обожнювання" молоддю обраних "кумирів", серед яких виявляються жінки. У подібних випадках описувалися цілі епідемії нервової анорексії, що згубно відбиваються на здоров'я підлітків. До розладів у хворих неврозом ставиться також нестримне поїдання надмірних кількостей їжі (булімія), що приводить до елементарного ожиріння.

Істеричний невроз становить не менш третини всіх невротичних захворювань. У більшості випадків він спостерігається в жінок. У зв'язку з тим, що за останні десятиліття відбулися корінні зміни положення жінок у суспільстві, істеричний невроз перетерпів найбільший патоморфоз. Описувані в класичній літературі такі симптоми, як істеричні припадки з вигинанням дугою, блефароспазм, сліпота стали зустрічатися відносно рідко й спостерігаються переважно в етнічних групах, де ці істеричні прояви закріпилися як ритуали. Європейські традиції не сприяють у цей час їхньому прояву при істеричному неврозі; на перший план виступають астенічні, іпохондричні, соматоформні розлади. Не виключено, однак, що в умовах політичної, економічної й моральної кризи в суспільстві можуть відроджуватися старі, архаїчні форми прояву неврозу.

Функціональні психогенні захворювання

Психічний конфлікт, що веде до розвитку істеричного неврозу, тісно пов'язаний з особливостями характеру хворих. І. П. Павлов відносив цих людей до представників художнього типу вищої нервової діяльності з перевагою емоцій над розумом, першої сигнальної системи над другий, підкірки з її центрами інстинктивних реакцій над корою головного мозку. Вони здатні тонко помічати зовнішній вигляд і риси поводження інших людей, але мало здатні проникати в їх внутрішній духовний мир, співчувати й співпереживати. Тому й уявлення про самих себе в них бувають неточними й перекрученими. Низький рівень самосвідомості визначає й недостатню саморегуляцію поводження, завищений рівень домагань і самооцінку, що входить у суперечність із їхніми реальними можливостями й вимогами життя. Дріб'язкові конфлікти переживаються ними надзвичайно болісно.

На формування характеру, що сприяє розвитку істеричного неврозу, накладають відбиток особливості виховання в родині. Часто це "кумири родини", не знаючої межі задоволенню своїх бажань й егоїстичних устремлінь. Але в значній частині випадків несприятливі риси характеру складаються в результаті раннього дитячого конфлікту, пов'язаного з відсутністю необхідних дитині емоційних контактів з родителями. Звичайно це відбувається в родинах, де авторитарна, неласкава мати придушує ініціативу дітей, позбавляє їхнього материнського тепла; батько при цьому звичайно характеризується як м'яка, безвладна людина, що не користується в родині авторитетом. Безпосереднім поштовхом до розвитку істеричного неврозу в жінок звичайно служить сімейний конфлікт: підозра в зраді чоловіка, сварка з родичами, образа, нанесена дітьми.

Всі невротичні симптоми при істеричному неврозі відрізняються емоційною яскравістю й демонстративністю.. На перший план звичайно виступають іпохондричні розлади у вигляді одержимості якою-небудь хворобою або "пристрітом", "псуванням". Пропонована картина "хвороби" не відрізняється розмаїтістю симптомів, скарги хворих бувають непослідовні, у них відсутня зрозуміла логіка. Нерідко це завзяті скарги на безсоння, головний біль, "нестерпну тугу", порушення подиху при поганій погоді, "алергію" при вживанні тих або інших харчових продуктів. З ними хворі протягом багатьох тижнів або місяців звертаються до багатьом фахівцям. Їх не бентежить той факт, що зміст цих скарг не відповідає ні результатам проведених досліджень, ні навіть загальноприйнятому поданню про важкохвору людину, на роль якого вони завзято претендують. Усяке необережне слово лікаря, висловлене в присутності пацієнта, припущення про діагноз якої-небудь хвороби негайно береться на озброєння й постійно фігурують потім як безперечне підтвердження наявності й ваги даного захворювання. Хворі не здатні зауважувати навіть елементарних протиріч у власних скаргах і поводженні. Так, хвора повністю з'їдає лікарняну порцію й всі продукти, принесені з будинку, але продовжує скаржитися на повну відсутність апетиту. Відвідуючи багатьох лікарів і представників "народної медицини", хворі істеричним неврозом найбільше довіряють одному з них, розповідають про нього як про незвичайного фахівця, що не заважає їм продовжувати затверджувати, що лікування не дає результатів й "стало ще гірше".

Характерні для психогенних захворювань розлади при істеричному неврозі проявляються з особливою яскравістю. Низький рівень самосвідомості й нездатність чіткого усвідомлення мотивів власного поводження сприяють тому, що невротична тривога, що спостерігається при істеричному неврозі, як і при будь-якому іншому невротичному розладі, легко перетворюється (конвертується) у рухове, чутливе або психоемоційне порушення. Можуть спостерігатися припадки із судорогами, що зовні трохи нагадують епілептичні. Однак, на відміну від останніх, істеричні припадки бувають пов'язані із травматичними переживаннями й конфліктами, виникають у присутності людей, на яких пацієнт несвідомо хотів би зробити враження, втрата свідомості буває неповної, і хворі під час припадку продовжують реагувати на події навколо.

Зустрічаються також рухові порушення у вигляді часткового або повного паралічу кінцівок, хибкої ходи, неможливості стояти й ходити без сторонньої допомоги, розгонистого тремору однієї з кінцівок або всього тіла. Відзначаються випадання тактильної, болючої чутливості на окремих ділянках тіла поза зв'язком із зонами іннервації, що раптово наступила сліпота або порушення слуху й мови (істеричний сурдомутизм). При них відсутні симптоми органічної поразки нервової системи, органів слуху й зору. Характерно те, що локалізація й вид порушення багато в чому визначається традиціями соціальної групи, особливостями її субкультури й заняттями суб'єкта. Так, традиції деяких релігійних груп вимагають, щоб під час жалобної церемонії жінки, що складаються в близькому спорідненні з покійним, дали бурхливе афективне порушення з наступним припадком, що нагадує коматозний стан; під час цього стану хворі не реагують на зовнішні подразнення, на біль, і в них навіть різко сповільнюються й послабляються сухожильні рефлекси, зіничні реакції на світло. В осіб, що займаються жебрацтвом, конверсивні розладу істеричного типу найчастіше проявляються розгонистим тремором кінцівок, що кидається в очі всім перехожим. Іншою особливістю розладів є те, що, незважаючи на важке порушення функцій організму, хворі ставляться до нього з дивним спокоєм. Цей симптом одержав у психіатрії образна назва: "гарна байдужість".

У зв'язку з емоційним стресом у хворих істеричним неврозом розлади можуть досягати рівня глибокого порушення почуття Я, звуження свідомості до вузького кола афективно заряджених уявлень. Хворі при цьому починають поводитися подібно маленькій дитині, говорять примхливим тоном, демонструють глибоке слабоумство, нездатність розуміти найпростіші питання й адекватно реагувати на звичні побутові ситуації, грають сцени, явно суперечної реальної дійсності. Так, наприклад, хвора істеричним неврозом, бухгалтер за професією, будучи притягнута до кримінальної відповідальності за службовий злочин, перестає розуміти звернені до неї питання, безглуздо витріщає ока, робить грубі помилки в рахунку в межах десятка, при цьому загинає пальці й дивиться на навколишнім: з вираженням безпорадності й розгубленості. Цей вид дисоціації, позначуваний як синдром Ганзера, приводить до глибокого порушення соціальної адаптації, і тому в цьому випадку доречно говорити про істеричний психоз. Слід також зазначити, що всі розлади при істеричному неврозі схильні до рецидиву й при черговому психічному конфлікті повторно виникають у тій же формі.

В умовах сучасного патоморфоза психічних захворювань поводження багатьох хворих істеричним неврозом на прийомі в лікаря часто виявляється досить коректним, і потрібен певна навичка, щоб помітити в ньому елементи демонстративності, істеричній манірності й театральності, на яких робився акцент в описах цього захворювання в класичній літературі. Але удома хворі бувають примхливі, дратівливі й причепливі, вимагають до себе надмірної уваги. Вони обмежують коло своїх домашніх обов'язків, пояснюючи це "жахливою слабістю", часто й подовгу користуються лікарняними або відпрошуються з роботи із причини хвороби й для відвідування лікаря. І хоча питання про інвалідності звичайно прямо ними не ставиться, фактично він виникає у зв'язку із завзятими скаргами на неможливість виконувати свої виробничі обов'язки.

У більшості випадків хвороба приймає затяжний плин з періодичними загостреннями, пов'язаними з погіршенням життєвої ситуації й нових психічних травм. При тривалому плині захворювання поступово все більшого значення набувають стійкі астенічні й вегетативні розлади, емоційні порушення у вигляді дратівливості, нестриманості, невдоволення іншими людьми, загострюються особистісні особливості: вимога постійної уваги з боку близьких з постійними докорами й скаргами на їх "черствість" й "жорстокість", підвищений егоцентризм. У деяких випадках домінуючими в картині захворювання стають конверсивні істеричні симптоми: пароксизмальні розлади, порушення рухових функцій, що повторюються блювота й ін.

Плин неврозів буває як короткочасним, так і тривалим. У зв'язку з патоморфозом за останні десятиліття намітилася тенденція до більше тривалого й затяжного їхнього плину. За даними різних авторів, воно зустрічається в 20-55 % випадків захворювань. Третина хворих неврозами є на обліку в психоневрологічному диспансері більше трьох років, і лише близько 60% хворих знімаються з обліку у зв'язку з видужанням.

**Література**

1.Леонгард Акцентуйовані особистості. - К., 2000

2.Алан Е. Айві Психологічне консультування й психотерапія. - К., 1999

3.Роджерс К. Погляд на психотерапію. Становлення людини - К., 2004

4.Бухановський О.О., Кутявин Ю.О., Литвак М.Е. Загальна психопатологія. - К., 2003.