



Neuroze posjeduju dvije komponente: **psihološku** (tenzija, strah, teškoće u koncentraciji, bojazan) i **somatsku** (tahikardija, palpitacije, tremor, znojenje, gastrointestinalne smetnje). Ukoliko osoba ne posjeduje specifične obrambene mehanizme, zabrinutost prelazi u akutni napad, a povremeno prelazi i u kronični oblik. Pri funkciji jednog ili nekoliko obrambenih mehanizama rezultati su dobro poznati u vidu *fobija, disocijativnih stanja, opsesija, nasilja, konverzijske reakcije*

Zabrinutost se smatra glavnim pokretačem neuroze, a to je u stvari zauzimanje lošeg stava u pokušajima da se riješe unutarnji problemi. U ove konflikte se ubrajaju neriješeni problemi iz djetinjstva kao npr. zavisnost, nesigurnost, neprijateljstva, pretjerano afektiranje, svaćanje o intimnosti i pretjerivanje u ispoljavanju sile i kontrole.

Klinički nalazi neuroza:

1. Zabrinutost: akutni napad karakterizira iznenadni napad straha, osjećaj napetosti, uznemirenosti, otežano disanje, hiperventilacija, te različite somatske tegobe. Poslije akutnog napadaja nastupa umor. Kronični oblik ima za rezultat ponovljene napade sa dugotrajnom aktivnošću autonomnog nervnog sistema (npr. povećan krvni pritisak, česte palpitacije...). Često nastaje kronična iritabilnost i zamor.

2. Fobije: to je stanje u kojem je bolesnik svoju zabrinutost preobrazio iz istinitog stanja u jedan

drugi vid u kojem neće osjećati zabrinutost. S obzirom da je fobija zaštitnički mehanizam bez efekta, postoji tendencija ka povećanju intenziteta i broja fobija

3. Konverzijske reakcije: preobrazba psihičkih konflikata u fizičke simptome je u stvari psihijatrijski obrambeni mehanizam koji se češće sreće u manje osjetljivih osoba. Somatska manifestacija se ispoljava u zabrinutosti ispoljene u vidu tipične paralize, a u izvjesnim okolnostima u vidu organske disfunkcije i ima simbolično značenje. Histerične konverzije se trebaju razlikovati od histerične ličnosti i histerije.

4. Disocijativna stanja: tu se najčešće ubrajaju amnezije, multiple ličnosti. Reakcija se ubrzava emocionalnom krizom. Kao prvo mora se smanjiti zabrinutost, a u drugom navratu riješiti krizu. Dolazi do ograničene koncentracije, izolacije koje može trajati satima i danima.

5. Opsesije i nasilje: u opsesivno nasilnoj reakciji iracionalna ideja se stalno nameće svijesti pojedinca. Opsesija i nasilje se prepoznaju od strane pojedinca, ali se zabrinutost samo olakšava ritualnom predstavom ili mehaničkim impulsom ili zabavnim idejama. Osnovno je da bolesnik kontrolira svoju životnu situaciju. Ovi tipovi bolesnika su obično inteligentni, svjesni, disciplinirani.

6. Depresije: postoje 4 osnovna teoretska modela depresije:

- a) «kad je čovjek agresivno okrenut prema sebi»
- b) «izgubljen» tip koji se zasniva na reakciji protiv gubitka ličnosti, stvari, statusa, promjene običaja
- c) «depresija međuljudskih odnosa» u koje se ubrajaju reakcije na tuđe ponašanje. Depresivna osoba primjenjuje depresiju kao kontrolu ponašanja drugih ljudi. Bolesnik može ignorirati nešto ili nekoga. Na ovaj način on postaje zloban prema sebi, a u osobi se razvijaju osjećaji sažaljenja prema samom sebi i osjećaj usamljenosti.
- d) Hipoteza «biogenetskih amina» ukazuje na biokemijske promjene koje karakteriziraju iscrpljenost biogenetskih amina

Klasifikacija depresija

a) reaktivna: depresija se javlja kao reakcija na neke faktore svakodnevnog života: smrt, razvod, materijalne poteškoće, gubitak odgovarajućeg statusa... Kod bolesnika se često javlja ljutnja, izgubljenost i osjećaj krivice. U ovom grupi depresija često su prisutne reaktivna i neurotska zabrinutost. Simptomi se kreću od tuge, zabrinutosti, iritabilnosti, nedostatka koncentracije i obeshrabrenosti.

b) primarni afektivni poremećaji: javlja se u dva slučaja. U prvom slučaju bolesnik ima recidivne depresije ili recidivne manijalne napade, a u drugom slučaju se javljaju recidivi depresije i manije. Postoje nekoliko karakteristika manije: nestalne ideje uz minimalne stimulacije, promjene u ponašanju od mirnog do uzbudljivog i agresivnog, afekti ljutnje u svakoj prilici, u anamnezi postoje podaci o ranijim epizodama, neobični poremećaji raspoloženja u ranijoj anamnezi. Maniju treba razlikovati od šizofrenije po međusobnim odnosima, odgovornosti, preosjetljivosti na vrijeđanje drugih ljudi, laksavo ponašanje i sposobnosti lake i brze ljutnje. Poznavanje ovih tendencija ne pomaže samo u diferenciranju manije od šizofrenije i šizo-afektivnih poremećaja već i upoznavanju umobolnih koji se u realnom životu služe takvim postupcima.

c) sekundarna pojava: zajednička depresivna stanja sreću se u osoba oboljelih od reumatoidnog artritisa, multiple skleroze, kroničnog oboljenja srca, organskog sindroma mozga, šizo-afektivne šizofrenije, reakcije na lijekove (npr. kontracepcijski hormoni, kortikosteroidi, alkohol i drugi depresori CNS).

U suštini zajedničko za sve tipove depresija je da se javlja neraspoloženost, osjećaj krivnje i nemoći, teškoće pri razmišljanju, nesposobnost koncentracije, nedostatak odlučnosti, gubitak interesa sa umanjenom željom za rad i rekreaciju, moguća pojava zabluda hipohondrične prirode, depersonalizacija, anoreksija, smanjen interes za seksualni život, i različite žalbe somatskog porijekla.

Liječenje neuroza

Kombinira se tradicionalna psihoterapija, metoda putem ponašanja, medikamentozno liječenje, socijalno liječenje. Smatra se da je psihoterapija učinkovita kada se liječenje suprotstavlja konfliktima koji stvaraju zabrinutost, zatim grupna terapija, hipnoza, metoda putem ponašanja je metoda kojom se bolesnik izlaže graduiranim dozama fobičnog objekta ili situacije. Na taj način

se bolesnik suočava sa navedenim te se u isto vrijeme bolesnik uči relaksaciji.

Medikamente treba primjenjivati u slučaju kada psihoterapija i metoda putem ponašanja ne daju rezultate. Ako se sedativi moraju uzimati dulje vremensko razdoblje neophodno je praviti prekide u liječenju i izbjegavati uvijek iste doze. Po potrebi se daju i male doze antipsihotika, ali je sporna njihova uloga kao sedativa. Socijalnom metodom se ubrajaju obiteljska savjetovanja u cilju što bolje pomoći bolesniku, njeguju se sve vrste pomoći u održavanju socijalne strukture kao npr. rad, škola i druge društvene aktivnosti.

Zaključak

Neuroze imaju dugi tok i obično se teško liječe. Sve vrste gore navedenih neuroza do određenog stupnja popuštaju pod utjecajem lijekova, psihoterapije, tehnike ponašanja i socijalnom metodom liječenja.

Literatura:

Jonas AD, Jonas DF: the evolutionary mechanisms of neurotic behavior. Am J Psychiat 131:636, 1974

Marks I. Lader m: anxiety states (anxiety neurosis): A review. J Nerv Ment Dis 156:3, 1973

Akiskal HS, McKinney WT: Overview of recent research in depression. Arch Gen Psychiat 32:285, 1975

Medicina.hr

