

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации»

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

Заведующий кафедрой: д.м.н., проф.

Прокопенко С.В.

Преподаватель, асс.:

Субочева С.А.

РЕФЕРАТ

НЕВРОЗЫ

Выполнила: Малых С.А.

Проверила: Субочева С.А.

Красноярск 2018

Учение о неврозах исторически характеризуется двумя тенденциями. Одни исследователи исходят из признания детерминированности невротических феноменов определенными патологическими механизмами биологической природы, хотя и не отрицают роли психической травмы в качестве пускового механизма и возможного условия возникновения заболевания. Однако сама психотравма при этом выступает как одна из возможных и равноценных экзогений, нарушающих гомеостаз.

Вторая тенденция в изучении природы неврозов заключается в предположении о том, что вся клиническая картина невроза может быть выведена из одних лишь психологических механизмов. Сторонники этого направления считают, что информация соматического характера является принципиально несущественной для понимания клиники, генеза и терапии невротических состояний.

Понятие позитивной диагностики неврозов представлено в трудах В.Н.Мясищева. позитивная диагностика вытекает из признания содержательной природы категории “психогенного”. Она включает в себя следующие основные положения:

1. Психогения связана с личностью больного, с психотравмирующей ситуацией, с неспособностью личности в данных конкретных условиях самостоятельно разрешить ее;
2. Возникновение и течение невроза связаны с патогенной ситуацией и переживаниями личности, наблюдается определенное соответствие между динамикой состояний больного и изменениями психотравмирующей ситуации;
3. Клинические проявления невроза по своему содержанию в определенной степени связаны с психотравмирующей ситуацией и переживаниями личности, с основными наиболее сильными и глубокими ее стремлениями, представляя аффективную реакцию, патологическую фиксацию тех или иных ее переживаний;

4. отмечается более высокая эффективность психотерапевтических методов по отношению ко всему заболеванию и отдельным его клиническим проявлениям по сравнению с биологическими воздействиями.

Невроз - психогенное (как правило, конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека и проявляется в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений.

Для невроза характерно:

1. обратимость патологических нарушений, независимо от его длительности;
2. психогенная природа заболевания, которая определяется существованием содержательной связи между клинической картиной невроза, особенностями системы отношений и патогенной конфликтной ситуацией больного;
3. специфичность клинических проявлений, состоящая в доминировании эмоционально-аффективных и соматовегетативных расстройств.

В настоящее время в мировой литературе наибольшее распространение получают концепции полифакторной этиологии неврозов. Признается единство биологических, психологических и социальных механизмов. При оценке роли того или иного этиологического фактора при неврозах возникают существенные трудности. Психотравматизация является ведущей причиной невроза, но ее патогенное значение определяется сложнейшими взаимоотношениями с множеством других предрасполагающих условий (генетически обусловленная “почва” и “приобретенное предрасположение”), которые являются результатом всей жизни человека, истории формирования его организма и личности. Трудно учесть все врожденные и прижизненные обстоятельства, получить валидные данные, ведь для этого необходимо провести сравнение с аналогичными характеристиками у здоровых людей. Кроме того, в происхождении невроза у конкретного больного соотношение этиологических факторов имеет неповторимое своеобразие, и усреднение этиологических показателей нередко приводит к противоположному результату.

Неврозы могут возникать у лиц, не страдающих психопатиями, а также без психопатических черт характера. Сверхсильный психотравмирующий фактор может привести к невротическому срыву у любого человека, а характер и форма его зависят не только от патогенного фактора, но и от индивидуального предрасположения и особенности данной социальной среды.

Остановимся на преморбидных особенностях больных неврозом. Для больных неврастений были характерны повышенная ответственность и добросовестность, высокая чувствительность к критике. Они отличались хорошей работоспособностью и активностью при наличии высокой интенсивности и продолжительности эмоций и достаточно выраженной тревожности. Кроме того, наблюдались низкие показатели уступчивости при средней степени выраженности таких качеств, как решительность, фрустрационная толерантность и адаптивность. Сочетание этих характерологических особенностей наряду со стремлением к чрезмерным, превышающим реальные возможности, усилиям в основных видах деятельности, чаще всего способствовали развитию психологического конфликта неврастенического типа.

Больные истерией в преморбиде отличались завышенной самооценкой, эгоистичностью и эгоцентричностью, относительно высокой активностью, низкой степенью решительности и целенаправленности, значительной степенью внушаемости и самовнушаемости. У них часто выявлялись сочетание выраженной сенситивности и тревожности с лабильностью и импульсивностью, причем потребность в контактах и стремление к лидерству сочетались со средней степенью уступчивости и ответственности. Наряду с отдельными чертами психастенического типа, указанными выше, у ряда больных этой группы в преморбидном периоде отмечались проявления некоторой шизоидности, которая выступала в виде высокой сенситивности, сочетающейся с эмоциональной холодностью и трудностью контакта.

В преморбидном периоде больных неврозом навязчивых состояний обращали на себя внимание прежде всего низкая степень активности,

уверенности в себе, решительности, целенаправленности в сочетании с выраженной тревожностью и мнительностью, т.е. черты, свойственные психастеническому типу. Для части больных характерным было сочетание повышенной впечатлительности и чрезмерной чувствительности при склонности к задержке внешних проявлений эмоциональных реакций и в связи с этим постоянной фиксацией больных на значимых для них сложных жизненных обстоятельствах, чему способствовала также склонность их к самовнушению. С учетом высокой степени ответственности и добросовестности, высокой чувствительности к критике и средней степени способности к избеганию конфликта более вероятной становится возможность формирования психологического конфликта обсессивно-фобического типа, чаще в области морально-этических установок больного.

Одним из основных этиологических факторов социальной природы является неправильное воспитание в семье. У больных с истерическим неврозом характерной была обстановка изнеживающего, заласкивающего воспитания беспринципной уступчивости больному, неоправданное подчеркивание существующих и несуществующих достоинств, положительных качеств, что приводит к неадекватному завышению уровня притязаний. Особенности характера, присущие истерии, могут формироваться, с другой стороны, при безразличном отношении по типу “отвержения”, а также в обстановке грубо-деспотического подавляющего воспитания.

Формированию личностных черт, предрасполагающих к развитию невроза навязчивых состояний, способствует неправильное воспитание в обстановке чрезмерной опеки, оберегания, запугивания, подавления самостоятельности и лишения собственной инициативы. Особое значение имеет предъявление противоречивых требований.

Преморбидные особенности личности больных неврастениями формируются прежде всего в условиях, когда стимулируется нездоровое стремление к успеху без реального учета сил и возможностей индивида.

В генезе психогенных расстройств особое место занимает психологический конфликт (внешний или внутренний), патогенность которого обуславливается неспособностью больного разрешить его. Внешний конфликт определяется столкновением нарушенных отношений личности с требованиями окружающей среды. Внутренний (внутриличностный) конфликт определяется существованием противоречивых желаний, тенденций, мотивов и позиций личности. Разделение психологических конфликтов на внешние и внутренние носит условный характер, так как нередко они взаимосвязаны. Возможны следующие конфликтные ситуации: 1. Необходимость выбора в случае одинаково желаемых целей;

2. вынужденный выбор при одинаково нежелаемых целях;
3. выбор цели, имеющей желаемые и нежелаемые стороны.

Психологический конфликт, в понимании В.Н.Мясищева, отражает столкновение противоречивых отношений личности, неспособной найти продуктивное решение трудностей. Как правило, речь идет о значимых, доминирующих отношениях личности. Большое клинико-психологическое значение имеют выделяемые В.Н.Мясищевым основные виды патогенных личностных конфликтов. Он описывает конфликты истерического, обсессивно-психастенического и неврастенического типов.

Истерический конфликт определяется прежде всего чрезмерно завышенными претензиями личности, сочетающимися с недооценкой или полным игнорированием объективных реальных условий или требований окружающих. Его отличают превышение требовательности к окружающим над требовательностью к себе и отсутствие критического отношения к своему поведению. В силу неправильного воспитания у таких лиц ослабляются способности тормозить свои желания, противоречащие общественным требованиям и нормам.

Обсессивно-психастенический тип невротического конфликта обусловлен прежде всего противоречивыми собственными внутренними тенденциями и потребностями, борьбой между желанием и долгом, между моральными

принципами и личными привязанностями. При этом, если даже одна из них и становится доминирующей, но продолжает встречать противодействие другой, создаются благоприятные возможности для резкого усиления нервно-психического напряжения и возникновения невроза навязчивых состояний. Особое значение имеет предъявление противоречивых требований к личности, что способствует формированию чувства собственной неполноценности, противоречивых жизненных отношений и приводит к отрыву от жизни, появлению нереальных, далеких от действительности установок.

Неврастенический тип конфликта представляет собой противоречие между возможностями личности, с одной стороны, ее стремлениями и завышенными требованиями к себе, с другой.

Указанные типы невротических конфликтов в определенной степени соответствуют трем основным формам - истерии, неврозу навязчивых состояний и неврастении.

Для больных неврозами характерны такие особенности личности, как слабость, нерешительность, склонность к рефлексии, зависимости от окружения, поиски одобрения, стремление к нормативности.

Психологический конфликт обуславливается пересечением значимых для личности потребностей, причем их значимость может быть понятна лишь из жизненной истории развития личности. Патогенными психологические конфликты становятся лишь при неадекватной направленности отношений личности и, тем самым, ее неспособностью разрешить конфликтные ситуации. Наиболее часто в качестве неудовлетворенных потребностей, обуславливающих конфликт, выступают потребности:

1. адекватной социальной оценки (трудовой деятельности и личных достоинств);
2. любовно-эротические;
3. дружественного общения;
4. самовыражения и самоутверждения и др.

Для больного невротом характерно не наличие одного или двух ведущих, наиболее значимых конфликтов, а существование широкого их спектра, обусловленное нарушениями системы отношений, среди которых эмоционально-неблагоприятное, неадекватное отношение к себе выступает в качестве наиболее патогенного, обуславливающего множество субъективно неразрешимых противоречий. Можно выделить общие для больных невротами нарушения личности, среди которых инфантильные и эгоцентрические черты являются основными и обуславливают эмоциональную, поведенческую и социальную дефицитарность личности больного невротом.

Взаимоотношения врача и больного невротом имеют определенные особенности в зависимости от применяемых методов лечения. В Н.Мясищев отмечал, что чем более реактивным является заболевание, тем легче снимаются его проявления с помощью симптоматической психотерапии, в частности директивно-суггестивных методов. Чем глубже изменила болезнь отношения и характер личности, тем более необходимо в лечении такого больного патогенетическая психотерапия, направленная на реорганизацию личности. Однако, симптоматические методы психотерапии (гипнотерапия, аутогенная тренировка, наркопсихотерапия, условно-рефлекторная терапия), направленные преимущественно на ликвидацию симптомов, в процессе терапии могут приобретать и патогенетический характер.

Патогенетическая психотерапия, основа которой еще в 30-е гг. начал разрабатывать В.Н.Мясищев, строится на понимании личности как системы отношений и прежде всего ее взаимоотношений с окружающими людьми. Наиболее прочные положительные результаты психотерапии достигаются, если удастся не только изменить отношение больного к непосредственным психотравмирующим обстоятельствам, но и его жизненные позиции в целом. В состоянии эмоционального кризиса, в атмосфере общения с доброжелательным врачом при раскрытии подлинных источников возникновения невроза создаются наибольшие возможности для перестройки личности больного, что является главной предпосылкой избавления от невроза.

Патогенетическая психотерапия направлена на решение следующих задач:

1. глубокое и всестороннее изучение личности больного, особенностей его эмоционального реагирования, мотивации, специфики формирования, структуры и функционирования его системы отношений;
2. выявление и изучение этиопатогенетических механизмов, способствующих возникновению и сохранению невротического состояния и симптоматики;
3. достижения у больного осознания и понимания причинно-следственной связи между особенностями его системы отношений и его заболеваний;
4. помощь больному в разумном разрешении психотравмирующей ситуации, при необходимости - изменение его объективного положения и отношения к нему окружающих;
5. изменение отношения больного, коррекция неадекватных реакций и форм поведения, что является главной задачей психотерапии и ведет к улучшению самочувствия больного и к восстановлению полноценности его социального функционирования.

Обычно больные неврозами не осознают всех обстоятельств, сыгравших патогенную роль в развитии их болезни. Причиной этого является субъективность отражения ими реальности через признак прежнего опыта, предвидений и ожиданий, неадекватных действительности. Дополнительным обстоятельством является вытеснение при определенных условиях из поля сознания непереносимых для больных травмирующих переживаний. Как правило вытесняется реальная ситуация, несовместимая с особо значимыми осознаваемыми отношениями человека.

Задачей терапии с точки зрения влияния врача на самосознание больного является улучшение его способности к сознательному управлению психической саморегуляции, активному противодействию болезни.

Под внутренней картиной болезни Р.А.Лурия понимал весь комплекс переживаний и ощущений больного, эмоциональных и интеллектуальных реакций на болезнь и лечение. Представление о внутренней картине болезни не

соответствует обычному субъективных жалоб больного, а структура ее в сенситивной и в интеллектуальной части находится в большой зависимости от личности больного, общего культурного уровня, социальной среды и воспитания.

Для того, чтобы активизировать больного, включить его в систему лечения, врачу необходимо иметь представление от клинико-психологических и социально-психологических особенностях его “внутренней картины болезни”. Выделяют следующие компоненты отношения к болезни: познавательный (представление о неврозе), эмоциональный (переживание тяжести заболевания), мотивационно-поведенческий (личностная переработка изменений, вызванных болезнью, способы противодействия ей, роль при этом самого больного). В начале лечения представления врача и больного о причинах невроза значительно расходятся. Длительное рассогласование этих представлений приводит к нарушению отношений между терапевтом и пациентом, что снижает действенность психотерапии.

Представление больных о причинах неврозов может быть различным. Большинство пациентов на начальном этапе лечения считает невроз последствием перенесенных, или, возможно, существующих заболеваний внутренних органов или органических расстройств нервной системы. Для этих больных необходимо интенсивное психотерапевтическая разъяснительная работа.

У других пациентов преобладает представление о неблагоприятных влияниях социально-средовых факторов (семейные, бытовые и производственные проблемы). Они видят источник заболевания вне себя и возлагают ответственность за создающиеся жизненные трудности на окружающих. Лишь немногие больные выдвигают на первый план личностные факторы в развитии невроза.

В процессе психотерапии представления больных о причинах невроза заметно изменяются. Частота оценки возможного органического фактора и неспецифических влияний (переутомление, перенапряжение, повышенная

чувствительность нервной системы) снижается. Ведущее место в оценке больными занимают эмоциональные трудности, вытекающие из черт их характера, препятствовавших преодолению неблагоприятной жизненной ситуации. Эта динамика отражает специфику патогенетической психотерапии.

В.А.Ташлыков выделяет три варианта реагирования больных неврозами на свое заболевание с учетом их доминирующих эмоциональных и социальных потребностей, а также некоторых преморбидных свойств их личности.

В основном варианте отношения к болезни пациенты переоценивали тяжесть своего состояния и полностью принимали роль больного. У них отмечалось преимущественно затяжное течение невроза. Важные жизненные цели, социальные интересы отодвигались на второй план, а неудовлетворенные потребности в признании, эмоциональном контакте и опеке частично удовлетворялись благодаря признанию себя беспомощным человеком. В преморбидном периоде больные этой категории, независимо от формы невроза, характеризовались чертами сенситивности, мнительности, эгоцентричности, тенденцией к фиксации на стрессовых ситуациях.

Хорошие результаты лечения в этих случаях достигались лишь при применении активирующих методов психотерапии, способствующих преодолению пассивной установки больных. Наиболее существенной ошибкой врача была директивная, доминирующая форма его отношения с больным, имеющим установку на подчинение. Даже при выраженном симптоматическом улучшении у больных в этих случаях сохраняются пассивные формы поведения в стрессовых ситуациях, что в последующем может явиться причиной рецидивов невротического состояния.

В другом варианте отношения к болезни наблюдалась недооценка больным серьезности заболевания. Эти пациенты в ситуациях болезни устойчиво сохраняли жизненные установки, связанные с выполнением определенных целей на работе, в учебе или в семье. Пациенты с таким отношением к болезни нередко в той или иной степени “бравировать” своим пренебрежением к болезни. Однако обычно за этим обнаруживается

активированная болезнью потребность в безопасности, скрытый страх за собственное здоровье. В преморбидной личности этих больных отмечались такие черты, как внешне уверенное поведение, предчувствие внутренней неуверенности, стремление к активному преодолению стрессовых ситуаций. Как правило, такие пациенты ускоряют ход лечения и при определенном симптоматическом улучшении стремятся вернуться к прежнему труду и образу.

Для третьего варианта отношения к болезни характерно адекватное восприятие и оценка заболевания. Этих больных отличало соответствие представлений о неврозе полученной от врача информации, вера в излечимость и мотивация к выздоровлению (активное противодействие болезни).

В процессе успешной психотерапии два первых варианта нередко преобразуются в третий, адекватный вариант. Это достигается прежде всего развитием доверительных взаимоотношений врача и больного, укрепляющих веру пациента в излечимость невроза, предоставлением в доступной и понятной для больного форме соответствующей информации, выработкой активной и ответственной позиции больного в процессе психотерапии.

Патогенетическая или личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия при неврозах может осуществляться в двух основных формах - индивидуальной и групповой. Каждая из них обладает собственным специфическим психотерапевтическим потенциалом.

Групповая и индивидуальная психотерапия направлена на внутриличностную проблематику и систему отношений пациента, дефекты которой находят выражение в межличностном взаимодействии, уже вторично обуславливающим усиление нарушений внутриличностных структур и рост нервно-психического напряжения.

Групповая психотерапия позволяет начать работу с конечного звена этой цепи, т.е. с неконструктивного поведения пациента. Психотерапевтическая группа является моделью естественных групп, и пациент переносит в группу свойственные ему стереотипы поведения. Специфика внутригрупповой терапии как самостоятельного метода заключается в целенаправленном

использовании всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы - групповой динамики в лечебных целях.

Решение задач личностно-ориентированной психотерапии в ходе группового процесса достигается путем направленного воздействия на основные компоненты отношений личности: познавательный, эмоциональный и поведенческий.

Собственные исследования

В ходе исследования применялась методика URIKA, разработанная в Германии.

Изначальное назначение этой методики состояло в выделении специфических характеристик перехода от одной стадии изменения к другой; в выделении подтипов людей, согласно стадиям терапии.

Авторы методики указывают на существование 4-х стадий терапии:

1. предразмышление
2. размышление
3. действие
4. сохранение.

Методика состоит из 32 утверждений (по 8 пунктов для каждой стадии терапии). На каждый пункт возможны 5 вариантов ответов. Они отражают степень согласия-несогласия с утверждениями, характеризующими установки, знания и воздействия, связанные с конкретной стадией терапии. В каждой шкале может быть от 8 до 40 баллов.

Целью исследования была проверка ценности данной методики для клиники неврозов.

С помощью методики URIKA было обследовано 14 пациентов отделения неврозов НИИ им.В.М.Бехтерева.

Полученные результаты представлены в таблице.

Таблица

Стадии психотерапии	Число пациентов
1. предразмышление	7
2. размышление	1
3. действие	2
4. сохранение	4

Данная методика позволила точно определить, на какой стадии процесса психотерапии находится каждый обследованный.

Таким образом, исследование процесса психотерапии при неврозах позволяет нам прийти к выводу, что применение данной методики возможно в клинике неврозов для оценки прогресса в лечении.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Национальное руководство по неврологии / гл. ред.: Е. И. Гусев [и др.] ; Ассоц.мед. о-в по качеству, АСМОК, Всероссийское о-во неврологов – М.: ГЭОТАРМедиа, 2009.
2. Неврология: справочник практического врача / О.С.Левин, Д.Р. Штульман. – 10-е изд. – М.:МЕДпресс-информ, 2016. – С.178-183.
3. Неврология и нейрохирургия / Е.И.Гусев [и др.] – М. -2000г.