Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России)

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Рецензия д.пс.н, зав. кафедрой клинической психологии и психотерапии с курсом ПО,
проф. Логиновой Ирины Олеговны на реферат ординатора второго года обучения по
специальности «Психотерапия», Страупе Марии Александровны по теме: «Понятие, виды,
признаки и варианты терапии неврозов»

Основные оценочные критерии:

Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	+
3. Соответствие текста реферата его теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

Дата:

16.09.19

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России)

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Понятие, виды, признаки и варианты терапии неврозов

Выполнила: Ординатор
Страупе Мария Александровна

Красноярск 2019

Содержание

Введение

1. Понятие и причины неврозов

2. Неврастения

3. Истерический невроз

4. Невроз навязчивых состояний

Заключение

Список литературы

Введение

Интерес к проблеме неврозов определяется, прежде всего, большой распространенностью этого состояния. Согласно официальным данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), за последние 65 лет общее количество больных неврозами возросло в 24 раза.

Это обусловлено избытком информации (дополнительный стрессовый фактор), бурными темпами жизни, экономическими трудностями и многими другими социальными и биологическими причинами.

В работе будет рассмотрено понятие неврозов, причины их возникновения, классификации, клиническая картина невротизации, истерии и невроза навязчивых состояний, будут предложены мнения различных авторов по поводу исходного своеобразия личности, играющего важную роль в развитии неврозов, а так же описаны некоторые аспекты психологической помощи при каждом из неврозов.

1. Понятие и причины неврозов

Неврозы — психогенные нервно-психические расстройства, проявляющиеся в специфических эмоционально-эфективных и соматовегетативных клинических феноменах. По существу это патологическая, чаще всего избирательная, реакция личности на нарушения в микросоциально-психологических отношениях с окружающими людьми [5].

К неврозам относятся только те заболевания, при которых обратимость нервно-психических расстройств сочетается с отсутствием видимых патоморфологических изменений в нервной системе.

Термин «невроз» впервые употребил шотландский врач Gullen в конце XVIII века (1776 г.) для обозначения расстройств, которые «не сопровождаются лихорадкой и не зависят от поражений органов, а зависят от более общего страдания — нарушения регулирующей деятельности нервной системы». В свое время это было прогрессивным, так как позволило выделить из ряда соматических заболеваний психосоматические расстройства и связать их с нарушением нервной деятельности [4].

От психоза невроз отличается отсутствием психотических симптомов, при наличии которых страдает вся личность, отсутствует сознание болезни и нарушена адаптация. Неврозы, в отличие от психопатий, возникают после психической травмы, т.е. имеют четкое начало, достаточно ясно определяются и хорошо излечиваются.

При неврозах больные правильно критически оценивают происходящие события и своё состояние. Неврозы проявляются в основном вегетативными, соматическими и аффективными нарушениями.

В исследованиях причин неврозов существует множество мнений.

Различные психоаналитические теории представляли невроз и его симптоматику в основном как следствие внутренних противоречий человека, например, З. Фрейд считал, что невроз образуется в результате противоречий между инстинктивными влечениями Оно и запрещающим Сверх-Я

представляющим собой мораль и законы нравственности, заложенные в человека с детства.

К. Хорни считала, что невроз возникает как защита от таких неблагоприятных социальных факторов, как унижения, социальная изоляция, тотальная контролирующая любовь родителей в детстве, пренебрежительное и агрессивное отношение родителей к ребёнку. Чтобы защититься, ребенок формирует три основных способа защиты: «движение к людям», «против людей» и «от людей». Движение к людям преимущественно представляет собой потребность в подчинении, в любви, в защите. Движение против людей — это потребность в триумфе над людьми, в славе, в признании, в успехе, в том, чтобы быть сильным и справляться с жизнью. Движение от людей представляет собой потребность в независимости, свободе, в отдалении от людей. У каждого невротика есть все три типа, однако один из них доминирует, таким образом К. Хорни условно классифицировала невротиков на «подчинённых», «агрессивных» и «обособленных».

С точки зрения бихевиористов, реально существуют лишь отдельные невротические симптомы как результат неправильного научения (Н. У. Еysench, J. Wolpe, S. Rachman). Eysench: "Нет невроза, скрывающегося за симптомом, это просто сам симптом". Истоки невроза - поведенческие, сродни дурной привычке, которую можно преодолеть, прибегнув к методам поведенческой терапии.

Экзистенциалисты (R. May) вообще не считают неврозы болезнью: "Невроз – это форма отчужденного существования больного".

Приверженцы гуманистической психологии (C. Rogers) говорят, что невроз – это неудовлетворенная потребность в самоактуализации.

В. Н. Мясищев считает, что невроз имеет психогенную природу. Психогении характеризуются следующими чертами:

1. Связь с личностью больного, психотравмой; неспособность больного самостоятельно адекватно разрешить психотравмирующую ситуацию.

2. Возникновение и течение невроза более или менее связано с патогенной ситуацией и переживаниями личности: наблюдается определенное соответствие между изменениями психотравмирующей ситуации и динамикой состояния больного.

3. Клинические проявления по содержанию связаны с психотравмирующей ситуацией и переживаниями личности, с основными наиболее сильными и глубокими ее стремлениями, представляя собой аффективную реакцию, патологическую фиксацию тех или иных ее переживаний.

4. Отмечается высокая эффективность психотерапии в сравнении с медикаментозным лечением [4].

В настоящее время в мировой литературе наибольшее распространение получают концепции полифакторной этиологии неврозов. Признается единство биологических, психологических и социальных механизмов.

Предложено много различных классификаций неврозов.

Согласно Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти выделяются следующие формы неврозов: неврастения, истерический невроз, невроз навязчивости, фобии невротические, невроз беспокойства (тревоги), ипохондрический невроз, невротическая депрессия и др.

Наиболее удобным для клинической практики представляется разделение неврозов на:

1. Общие, куда входят неврастения, истерия и невроз навязчивых состояний (по некоторым классификациям — психастения);

2. Относительно локальные формы неврозов — двигательная (тики, заикание и др.), и вегетативная.

По течению:

- реактивное состояние (невротические реакции);
- острый невроз;
- невротическое развитие.

Кроме того, выделяют так называемые невротоподобные состояния (или синдром невроза). Они диагностируются в тех случаях, когда невротические нарушения развиваются на фоне каких-либо соматических заболеваний и травм вне явной связи с нервно-психическими перенапряжениями и стрессовыми ситуациями [4].

Но, не смотря на множество классификаций, в настоящее время большинство отечественных авторов выделяют три классические формы неврозов: неврастению, истерию и невроз навязчивых состояний (Г. К. Ушаков, А. А. Портнов, Д. Д. Федотов, Б. Д. Карвасарский, Ю. Я. Тупицын, Н. К. Липгарт, В. Ф. Матвеев, М. Г. Арапетянц, А. М. Вейн, Ф. И. Случевский) [5].

Современные психиатры считают, что характер и форма невроза определяются целым рядом факторов. С одной стороны, формирование невроза находится в непосредственной зависимости от личностных особенностей человека, его наследственной избирательной переносимости внешних воздействий, уровня приспособительных возможностей организма. С другой стороны, возникновение того или иного невроза определяется характером психической травмы, которая может быть острой, одномоментной (например, внезапная смерть близкого человека) или длительно существующей неблагоприятной ситуацией (конфликтная напряженная обстановка в семье, на работе). Однако, в любом случае, психогенная ситуация должна быть эмоционально значимой для больного, представлять определенную жизненную ценность. Помимо этого, неврозы чаще возникают у лиц, перенесших психическую травму в детском возрасте, воспитывавшихся в неблагоприятных семейных условиях, часто болеющих соматическими болезнями [1].

2. Неврастения

Неврастения (лат. – "нервная слабость")— нервное истощение, переутомление - самая частая расплата за неумение преодолевать барьеры общения, и она сама создает новые трудности в межличностных отношениях [2].

Проявляется сочетанием повышенной раздражительности и утомляемости. Характерны неадекватные реакции на небольшие раздражители и неумение их подавить, т. е. расстройства касаются, прежде всего, сферы эмоций. Может раздражать яркий свет, слишком громкий разговор, включенное радио и т. п. Нередко все это служит поводом для очередного конфликта — вспышки гнева, грубости. Постоянно беспокоит головная боль, ощущение тяжести в голове. Многие жалобы и симптомы свидетельствуют о дисфункции вегетативной нервной системы: потливость, тахикардия, плохой аппетит, вздутие живота, запор, учащенные позывы на мочеиспускание, плохой сон.

Сущность неврастения была раскрыта благодаря исследованиям школы И. П. Павлова. Неврастенические симптомы обусловлены ослаблением процессов внутреннего торможения и возбуждения в коре головного мозга. В норме торможение умеряет возбуждение. Клетки восстанавливают свои энергитические ресурсы только тогда, когда они находятся в состоянии торможения. При неврастении ослабевает внутреннее торможение, сон при этом приобретает поверхностный характер. Из-за нарушений сна работоспособность нервных клеток полностью не восстанавливается, отсюда во время работы быстро появляется утомляемость. Нарушение внимания также объясняется ослаблением процессов торможения. Когда человек приступает к выполнению какого-либо дела, в коре головного мозга возникает очаг возбуждения, вокруг которого развивается торможение. Если очаг возбуждения слабый, то и отрицательная индукция вокруг него бывает

недостаточной. Поэтому каждый незначительный раздражитель отвлекает больного от основного занятия.

Заболевший неврастенией испытывает затруднения в интеллектуальной деятельности, становится рассеянным, не может сосредоточиться и сконцентрировать свое внимание, не может думать, плохо усваивает новое в процессе учебы или работы, не может воспроизвести прочитанное, плохо запоминает отвлеченные понятия, цифры, даты, имена, номера телефонов. В разговоре больной часто теряет нить, не может вспомнить, о чем он только что говорил [2].

В зависимости от преобладания возбуждения (раздражительность, вспыльчивость, гневливость) или астении (вялость, пониженное настроение) неврастению принято разделять на две формы:

- гиперстеническую (или раздражительную)
- гипостеническую (или депрессивную).

По О. В. Кебрикову, неврастеник-гиперстеник чаще формируется в условиях безнадзорности, неврастеник-гипостеник — в условиях притеснений (золушка) [6].

По данным А. Е. Личко, к возникновению неврастения при наличии соответствующих условий предрасположены астено-невротический и лабильные типы акцентуаций [3].

На основании клинических и патофизиологических исследований (И. П. Павлов, А. Г. Иванов-Смоленский) выделены 3 стадии неврастения.

- Начальная стадия характеризуется нарушением активного торможения, проявляется раздражительностью и возбудимостью.
- Во второй стадии преобладает раздражительная слабость.
- В третьей стадии преобладают слабость и истощаемость, вялость, апатия, повышенная сонливость, пониженное настроение [2].

Течение неврастения зависит от типа нервной системы, клинической картины срыва, наличия или отсутствия конфликтной ситуации, общего состояния организма и лечения.

У людей со слабой нервной системой, особенно если обстоятельства складываются не в их пользу, неврастения может продолжаться многие годы. У них быстро происходит переход от повышенной возбудимости к слабости и истощаемости.

У людей с сильным типом нервной системы прогноз более благоприятный. При разрешении конфликтной ситуации и снижении психической нагрузки, в сочетании со сменой обстановки, отпуском или санаторно-курортным лечением, все симптомы могут пройти.

У невротиков-гиперстеников с преобладанием возбуждательных процессов режим должен быть направлен прежде всего, на повышение тормозных процессов и устранение моментов, поддерживающих состояние возбуждения. Для этих больных необходимо создать покой, который может быть достигнут удлинением сна, пассивным отдыхом, спокойными физическими упражнениями, тепловыми процедурами и т. п. Возбудимым, “ушедшим” в болезнь, у которых наблюдаются очаги застойного возбуждения и патологическая инертность, показано, как справедливо указывают Х. М. Фрейдин и Л. Н. Канавец, направление интересов на активные формы отдыха с использованием движений, трудотерапии и всего комплекса лечебных факторов. С подобными больными в большей степени, чем с другими, необходимо обращаться дружески, внимательно, терпеливо, наладить взаимопонимание и контакт.

Невротикам-гипостеникам, у которых преобладают тормозные корковые процессы, нужно назначать терапию сном (фармакосон, электросон, условнорефлекторный сон, гипносон). Это очень эффективное средство восстановления нарушенного равновесия основных нервных процессов — торможения и возбуждения. В таких случаях показана терапия по павловскому принципу (“теория двух приводов”) — назначение малых доз кофеина. В дальнейшем показаны стимулирующая терапия и соответствующий режим, прохладные водные процедуры, физкультура, массаж и др. [6].

Положительное воздействие оказывает перемена обстановки, а так же индивидуальная или групповая психотерапия, которая способствует выработке у пациентов правильного отношения к причинам заболевания, попытке устранить ее, уменьшить ее значимость. Довольно широко применяют аутогенную тренировку. Терапевт подбирает нужные словесные формулы, и в дальнейшем (через 2—4 сеанса) больной уже самостоятельно повторяет их про себя в течение 15-20 минут.

Очень эффективны при лечении неврастении приемы рациональной психотерапии, в частности, метод “перевоспитания”, при котором, как при обучении, развивается и укрепляется интеллект больного. Его учат правильно смотреть на вещи и явления своей жизни, приучают к коррекции масштаба своих переживаний. Больному разъясняют физиологическую сущность невроза и его субъективных жалоб, убеждают в возможности полного излечения [3].

Если болезнь не лечится и длится более пяти лет, то она уже очень трудно поддается лечению. В этом случае психиатры говорят о «невротическом развитии личности» [2]. У больного развиваются новые, не свойственные ранее ему, черты личности.

3. Истерический невроз

Истерия (греч. *hysthera* — матка) — более сложный невроз, основу которого составляют особенности поведения, зависящие от повышенной эмоциональности и внушаемости.

Истерия чаще возникает у лиц с истерическим складом характера, преимущественно у женщин с повышенной впечатлительностью, внушаемостью, неустойчивостью настроения и стремлением быть в центре внимания. Избалованность, капризность, чрезмерно высокое самомнение и завышенные притязания, неприятие даже самой слабой критики в свой адрес — такие особенности характера человека провоцируют развитие истерии.

По О. В. Кебрикову, страдающие истерией выросли в условиях чрезмерного внимания близких (кумир семьи) и т. д. [6]

Истерический невроз, по мнению А.Е. Личко, возникает на фоне истероидной акцентуации или реже при некоторых смешанных с истероидным типом – лабильно-истероидном, истероидно-эпилептоидном, реже шизоидно-эпилептоидном [1].

Истерический невроз по частоте встречаемости занимает второе место после неврастения. Истерия представляет собой ряд состояний, возникающих вслед за психической травмой (обида, оскорбление, ссора, др.) и характеризующихся разнообразными и меняющимися проявлениями. К психическим нарушениям при истерии относятся следующие:

- истерическое сумеречное помрачение сознания – внезапно возникающее и быстро прекращающееся состояние, когда больной не реагирует на окружающее, не осознает время и свое местонахождение с продолжительностью в несколько часов, после чего не может вспомнить, что с ним было;

- истерическая фуга – когда больной после получения психотравмы обращается в бегство из дома, с работы или иного места, при этом его действия бесцельны; псевдодеменция – его главной особенностью является симптом нелепых ответов после психической травмы;

- истерический ступор – при очень сильной психической травме (смерть близкого человека, сильный испуг, пожар) больные становятся совершенно неподвижными, молчат и не реагируют на окружающее;

- пуэрилизм – развивается на фоне ясного сознания, при этом настроение беспечно веселое, а поведение нелепое (человек начинает говорить тонким детским голосом, широко раскрывает глаза, хлопает ресницами и т.п.);

- истерические депрессии – когда настроение подавленное, но больной всем своим видом, мимикой, позой стремится привлечь внимание окружающих, продемонстрировать им, как он переживает и страдает. [1]

Истерический конфликт отличается чрезмерно завышенными претензиями личности, отсутствием критического отношения к себе и своему поведению. Симптомы истерии чаще всего напоминают проявление самых различных заболеваний, которых на самом деле нет. Эмоции как бы распространяются не только на область психических, но и соматических функций. Истерии чаще всего возникают у лиц демонстративных, с большой внушаемостью и самовнушаемостью. [3]

Любым истерическим нарушениям свойственна яркая эмоциональная окраска, которая рассчитана на сочувствие окружающих. Истерические припадки никогда не возникают, если больной находится в одиночестве. Ему всегда нужны зрители, публика. В отсутствие зрителей он может и “забыть” о своих недугах.

Суждения истерических больных обычно поверхностны, мышление конкретное, все эмоции касаются только собственной личности. Подобное поведение у них сочетается с эгоцентризмом, отсутствием сострадания, сочувствия, неустойчивостью эмоций, быстрой сменой настроения.

Особенностью истерических нарушений является и то, что практически всегда они исчезают в состоянии гипноза, чего не наблюдается при настоящих, органических расстройствах. .Потому при истерии наиболее эффективной является гипнотерапия, а также суггестивная психотерапия [3].

Пожалуй, истерия, эта “великая симулянтка”, представляет наибольшие трудности для лечения. В сущности, предложенные методы ее лечения не являются собственно лечением, они скорее направлены на ликвидацию того или иного симптома либо группы симптомов, которые могут быть устранены при помощи психотерапии.

При различных проявлениях и формах истерии психотерапия более эффективна, когда одновременно используется медикаментозное лечение. Например, Стримбан с успехом применял психотерапию в сочетании с голосовыми упражнениями, а также физиотерапией, И.Ф. Мягков утверждает, что у больных с истерическими реакциями, в картине болезни

которых доминировали ипохондрические и навязчивые симптомы, лучший терапевтический эффект наблюдался при комбинировании психогипнотерапии с медикаментозными физическим лечением и т.д. [2; 3; 6].

Применение метода групповой психотерапии больных истерией нецелесообразно ввиду чрезмерной их аффектированности, склонности к конфликтам, нетерпимости к критике и эгоцентризму.

Наиболее эффективна индивидуальная терапия. Обстановка, окружение должны подчеркивать стремление к излечению больного. Самая грубая ошибка со стороны терапевта — высказывать подозрение в симуляции или аггравации или, что еще хуже, запугивать больных.

4. Невроз навязчивых состояний

Невроз навязчивых состояний – это наиболее редко встречающийся вид неврозов. Этот невроз проявляется в виде навязчивых страхов, опасений, сомнений, мыслей, воспоминаний, представлений и действий. Чаще всего наблюдается у людей мыслительного типа или с тревожно-мнительными чертами характера, также при психопатиях [6].

По мнению А.Е. Личко, сенситивный, психастенический и реже астеноневротический тип акцентуации характера служат благоприятной почвой для развития невроза навязчивых состояний [3].

Психотравмирующий фактор при данном типе неврозов может быть и не столь значительным с точки зрения других людей, но для мнительного человека этот раздражитель является достаточным для формирования невроза.

Навязчивые состояния условно подразделяются на навязчивые страхи (фобии), навязчивые мысли (обсессии) и навязчивые действия (импульсии). У одного больного они могут сочетаться. Общим для всех навязчивостей является их постоянство, повторяемость и невозможность от них избавиться.

Сам человек к ним относится критически, понимает, что они необоснованны, нелепы, но они возникают помимо его воли и желания и воспринимаются как болезненное, чуждое, тягостное для человека явление. [2]

Фобии – это навязчивые страхи (например, клаустрофобия – боязнь закрытых пространств, агарофобия – наоборот, боязнь открытых пространств, кардиофобия – страх получить неизлечимое заболевание сердца, оксифобия – страх перед острыми предметами и др.). Впервые страх появляются в определенных ситуациях, закрепляется при повторении схожих обстоятельств, а затем возникает уже при одном воспоминании о пережитом страхе. Обычно у больного бывает один вид фобии.

Появление фобий сопровождается вегетативными симптомами: бледностью или покраснением лица, сухостью во рту, потливостью, сердцебиением, расширением зрачков и др.

Обсессии – навязчивые мысли, размышления, воспоминания, сомнения. Тема этих навязчивостей может не иметь никакого отношения к больному, он не способен решить эти вопросы, и у него нет необходимости их решать. Но помимо воли они навязчиво всплывают в его сознании. При навязчивых сомнениях человека преследуют мысли о том, правильно ли они поступили в той или иной ситуации, правильным ли было их решение, все ли сделано как полагается. Бывают и контрастные навязчивости – когда у человека два противоречивых желания. Для таких навязчивостей характерно чувство чуждости, абсолютная немотивированность таких желаний.

Навязчивые действия — стереотипные, повторяющиеся, внешне бесцельные действия, которые нередко имеют вид ритуала. Существуют четыре основных вида таких действий:

- 1) очищение (чаще всего мытье рук и протирание окружающих предметов);
- 2) проверка;
- 3) действия, связанные с одеждой: одевание в особой последовательности, бесконечное расправление одежды;

4) счет (нередко — в виде перечисления предметов и вслух).

Навязчивый счет в одних случаях представляет собой навязчивую мысль (счет про себя), в других — навязчивое действие (счет вслух, например, в такт дыханию). В навязчивом действии есть субъективный компонент — влечение, или компульсия, и объективный — ритуал (вызванные влечением реальные действия, которые могут быть как заметны, так и незаметны для окружающих, например счет в такт дыханию). Ритуалы всегда сопряжены с внутренним чувством незавершенности каких-либо действий: «Лучше переделать, чем недоделать». Так, врач может многократно перечитывать результаты анализов, по несколько раз перезванивать в аптеку, чтобы проверить, правильно ли выписан рецепт. В подростковом и юношеском возрасте, особенно у девушек, часто встречается навязчивое стремление потрогать лицо или поправить волосы (сочетание проверки и очищения) [3]

При лечении невроза навязчивых состояний самым эффективным методом считается рациональная психотерапия, задача которой сводится к воспитанию волевого процесса. Нужно добиться сознательного регулирования больным своих действий. Работа с психастеником должна идти “по двум путям — разъяснения и активирования”.

Гипноз при неврозе навязчивых состояний в большинстве случаев может дать значительный терапевтический эффект. Лечение невроза навязчивых состояний путем гипнотического внушения впервые применил В. М. Бехтерев (1892). Именно успешное применение гипноза при ряде навязчивых состояний показало, что они не являются дегенеративными и конституциональными проявлениями. Еще до этого (1890) В. М. Бехтерев сообщил о тяжелом случае навязчивых идей, закончившемся выздоровлением благодаря лечению самовнушением.

При большой выраженности сенсорного компонента М. С. Лебединский и Т. Л. Бортник рекомендуют аутогенную тренировку, а Е. К. Яковлева — патогенетическую психотерапию.

При фобиях может быть применен метод мотивированного внушения (в гипнозе) по К. И. Платонову и метод репродуктивных переживаний М. М. Асатиани — воспроизведение в гипнозе ситуации формирования и патологической фиксации фобий и активное их погашение (первичной реакции испуга, которая легла в основу навязчивого страха) [6].

Больным показан строгий трудовой режим. Уместны туризм, спорт, гимнастика.

Заключение

Невроз по современным воззрениям - это группа заболеваний, обусловленных психотравмирующим воздействием, характеризующихся, как правило, обратимыми нервно-психическими нарушениями, при которых больной сохраняет критическое отношение к болезни и способность управлять своим поведением.

Современные психологи и психиатры различают три основных формы неврозов: неврастения, истерия и невроз навязчивых состояний. Для каждого из них характерна своя картина болезни со своими симптомами и проявлениями.

Наличие некоторых особенностей личности способствует развитию той или иной формы неврозов. Особенно подвержены неврозам люди с акцентуациями характера. От типа акцентуации зависят не только особенности клинической картины невроза, но и избирательная чувствительность к определенному рода психогенным факторам, поскольку очевидно, что невротическая декомпенсация может быть облегчена психотравматизацией, предъявляющей чрезмерные требования к “месту наименьшего сопротивления” данного типа акцентуации. Невыносимые для человека условия, неудачи, фрустрации провоцируют невроз, который в то же время служит их причиной, так что получается порочный круг: конфликты приводят к невротизации, а она, в свою очередь, провоцирует новые конфликты.

Важной особенностью неврозов является то, что человек осознает свою болезнь и стремится ее преодолеть. Неврозы имеют четкое начало, и они обратимы. В случае запущения болезни говорят о затяжном невротическом состоянии или даже о невротическом развитии личности.

Большинство психиатров, невропатологов, психотерапевтов считают, что психотерапия (включая и гипноз) является наиболее эффективным и даже основным методом лечения при неврозах. Например, Шульц говорит:

“Если психотерапия для общих заболеваний является скорее гостем, то патологическая группа неврозов ведет в ее собственное царство”.

Многочисленные исследования результатов лечения неврозов методами психотерапии показали, что большинства больных наступает выздоровление и значительное улучшение.

Список литературы

1. Дорошкевич М.П. Неврозы и невротические состояния у детей и подростков (медико-педагогический анализ механизма развития). - Минск: Беларусь, 2004
2. Еникеева Д. Д. Популярная психиатрия. Энциклопедия. - М.: АСТ пресс, 1998.
3. Кискер К. П. и др. Психиатрия. Психосоматика. Психотерапия. - М.: Алетейа, 1999.
4. Мартынов Ю. Нервные болезни. Учебная литература для студентов медицинских институтов. - М. Медицина 1988.
5. Медицинская психология. / Автор-составитель Т. П. Пушкина. – Новосибирск: Научно-учебный центр психологии НГУ, 1996.
6. Психиатрия / под ред. Р. Шейдера. Перевод с английского. – М.: Практика, 1998.