

Міністерство освіти і науки України
Прикарпатський національний університет
імені Василя Стефаника

ДИПЛОМНА РОБОТА

НА ТЕМУ:

“ОСНОВНІ ФОРМИ НЕВРОЗУ ТА ЇХ ПСИХОПРОФІЛАКТИКА”

Виконала:

студентка групи ПС(р) - 41

спеціальності 053 “Психологія”

Гуменюк (Зеленчук) Іванна Тарасівна

Науковий керівник:

доцент кафедри загальної та клінічної психології

Матейко Н.М.

Рецензент:

професор кафедри загальної та клінічної психології

Гасюк М.Б.

Івано - Франківськ

2023

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ОСНОВНІ ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ НЕВРОЗУ	6
1.1. Невротичні розлади як зворотні порушення нервової системи.....	6
1.2. Форми неврозів та їх класифікація в різних підходах.....	11
1.3. Невротичні розлади як зворотні порушення нервової системи, передумови та причини виникнення неврозів	
Висновки до першого розділу	22
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ...50	
2.1. Характеристика вибірки та методів дослідження.....	24
2.2. Емпіричне дослідження стадії неврозу на основі симптомів	52
Висновки до другого розділу	59
РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГО ВТРУЧАННЯ ПРИ НЕВРОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДАХ.....	58
3.1. Комплексність медико-психологічно дослідження	58
3.2. Соціально – психологічні засоби профілактики та попереджень розвитку неврозу.....	72
Висновки до третього розділу	81
ВИСНОВКИ	83
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	89
ДОДАТКИ.....	93

ВСТУП

Актуальність теми.. Всесвітня організація охорони здоров'я встановила, що невротичні розлади та їхні прямі наслідки впливають на стан мільярдів людей у всьому світі, і визначила нерівні можливості в одержанні медичних послуг, спричинені соціальними факторами, соціальну стигму та дискримінацію як основні фактори, що сприяють пов'язаній з цим інвалідності та стражданням. Статистичні дані багатьох країн, публікації ООН і ВООЗ свідчать про те, що нервово - психічні захворювання є однією з найбільш болючих проблем людства в цілому світі

Загальносвітова статистика свідчить, що в нашій країні хворобою уражені 1,5 % представників вищого соціального класу, 23,8 % представників вищого середнього класу, 55,97 % представників середнього класу. В багатьох країнах відмічається неухильний ріст захворювання молоді різними формами неврозу в кінці XX – на початку XXI ст. Все це обумовлює зростаючий інтерес дослідників до проблеми невротичних розладів і необхідність дальшого поглибленого вивчення феномену нервово - психічних захворювань.

Невротичні розлади досить часто зустрічаються серед людей, які мають високий рівень інтелекту (рівень захворюваності в окремих країнах сягає 28,5 %). В Україні вищеозначені категорії – це найуспішніший та проактивний клас, від якого значною мірою залежить рух країни вперед. Ці люди повинні раціонально мислити, бути здатними до активної співпраці, кооперації та бути максимально стресостійкими. Натомість ми бачимо в діях частини з них тривожний невроз, емоційний розлад, паніку, надмірно гостру реакцію на будь - який стрес, надмірно негативне ставлення до опонентів тощо. Важливо, щоб суспільство в цей надзвичайно важкий час отримало і згуртувалося навколо свого “психіатра”, яким має бути той моральний авторитет, який може спокійно та розсудливо підтримувати “емоційно хворе суспільство”, допомагаючи йому подолати всі емоційні перешкоди та внутрішні протиріччя.

Актуальність проблеми, збільшення невротичних проявів та необхідність проведення психопрофілактичної роботи серед населення зумовила вибір теми дослідження: **“Основні форми неврозу та їх психопрофілактика”**.

Методологічну та теоретичну основу дослідження склали праці Д. Авдєєва, О. Басюк, Л. Бурлачука, О. Гуменюк, В. і Н. Кардаш, М. Корольчука, І. Омеласко, Н. Свиридової, А. Святоща, В. Татенко, Л. Терещенко, А. і З. Фрейда, В. Хорошко та інших вітчизняних і зарубіжних науковців.

Мета дослідження – дослідити основні форми неврозу як поширеного в даний час важкого захворювання та його динаміку, розглянути методи лікувального втручання при невротичних хворобах.

Об’єкт дослідження – невротичні розлади як одне з найпоширеніших нервово - психічних захворювань у світі.

Предмет дослідження – основні форми неврозу, їх психологічні особливості.

Відповідно до мети визначені такі **завдання дослідження**:

1. на основі аналізу науково - педагогічної літератури розглянути основні теоретичні аспекти неврозу, розкрити його сутність, типи та види неврозів;
2. провести емпіричне дослідження неврозу у групі осіб на основі наявних симптомів;
3. розглянути соціально-психологічні засоби профілактики неврозу.

Для досягнення мети і реалізації завдань дослідження було використано комплекс **методів дослідження**: загальні методи наукового пізнання (логічний та історичний методи, індукція й дедукція); методи теоретичного дослідження (вивчення літературних, нормативно - правових документів); методи емпіричного дослідження (порівняння); теоретичні методи (аналіз, синтез, порівняння та узагальнення), а також експериментальні методи (емпіричні дослідження на основі наявних методик).

Структура дипломної роботи: робота викладена на 89 сторінках і включає вступ, три основних розділи і висновки до кожного з них, загальні висновки, а також список використаних джерел, додатки і словник.

Список використаних джерел містить в алфавітному порядку перелік всіх 50 джерел.

РОЗДІЛ 1

ОСНОВНІ ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ НЕВРОЗ

1.1. Невротичні розлади як зворотні порушення нервової системи, передумови та причини виникнення неврозів

Людина – це соціальна істота, вона прагне до підтримання соціальних зв'язків з іншими людьми, але для неї важливо і самоствердження в значимому для себе соціумі. Особливі установки, норми і цілі виникають не з біологічних потреб людського організму. Вони виникають, насамперед, із суспільних відносин і суспільних потреб. Особисті установки – це відображення у свідомості індивіда та його вчинках громадських установок. В залежності від психологічного стану особистості відбувається процес заломлення суспільних установок і часто на його основі формуються цілі. Невротичні особистості не вміють будувати довгострокові плани, вони схильні до миттєвих спонукань і дуже комфортні, тобто схильні орієнтуватися на думку більшості. Надмірна залежність від отримання схвалення заважає нормальному життю і не дозволяє адекватно оцінювати дружбу, любов і прихильність. Одна з основних тенденцій поведінки полягає в орієнтації на інших.

Виділяють істеричний невротичний розвиток особистості, для якого характерна поява демонстративності, театральності, схильності до бурхливих афективних реакцій, емоційної логіки; obsесивний невротичний розвиток, що характеризується, з одного боку, тривожністю, невпевненістю в собі, з іншої – схильністю обмежувати себе від усіх навантажень із - за побоювання знову захворіти; експлозивний розвиток, що характеризується схильністю до вибуховості, ригідності, застрягання на негативних емоціях, до надцінних іпохондричних реакцій.

Психічні розлади досі часто незрозумілі для суспільства. Людина може розуміти, що в неї є певні проблеми з психічним здоров'ям, і навіть бути готовою звернутися до лікаря, але має страх, що подумає суспільство. Тих, хто має проблеми з психічним здоров'ям, завжди намагалися відокремити від суспільства [11].

Поняття неврозу досить широко використовують у теорії і практиці психології, психотерапії та психіатрії, особливо воно інтригує своєю психогенністю. Численні експериментальні інновації з'явилися в медицині ще у XVIII ст. (термін “невроз” належить шотландському лікареві В. Кулену, 1776), однак дифузність і слабка диференційованість термінологічного апарату, що окреслює поняття неврозу, зумовлює актуальність вивчення цієї проблеми й нині. Досі однозначно не з'ясовано, ототожнювати чи диференціювати поняття невроз, невротичність, невротичні реакції, невротичний розвиток, невротичний рівень організації особистості, невротизація, неврозоподібні стани, порушення невротичного регістру, а також – які є стратегії їх ідентифікації, враховуючи те, що зміст терміна “невроз” з часів В. Кулена не раз зазнавав трансформацій. Наука перебуває на роздоріжжі: соматика чи психіка, здоров'я чи хвороба, характер чи нозологія, медицина чи психологія і т. д. Як наслідок, давнє питання про неврози знову актуальне, а однозначних відповідей не так уже й багато [34].

У численних медичних і психологічних працях акцентують, що в жодній іншій галузі не збереглося стільки неправильних концепцій і прямих помилок, як у вченні про невроз. Попри значну кількість досліджень неврозів, клінічну картину цих захворювань досі не з'ясували, є тенденція заперечувати первинні суто нозологічні поняття, замінюючи їх своєрідними типами реакцій (О. Бумке) [7], характерологічним статусом (А. Адлер, К. Хорні, Д. Шапіро та ін.) [1;53;56], невротичною поведінкою (І. Омелаєнко) [30], життєвим стилем (Е. Соколова) [38] та ін.

Доволі ґрунтовними є спроби огляду й систематизації розуміння поняття неврозу в методичних рекомендаціях В. та Н. Кардаш [15], де охоплено широкий спектр поглядів різних авторів, концепції яких розглянемо нижче.

Отже, слово “невроз” уперше вжив В. Кулен. Цей термін використовували для означення нервових захворювань і навіть більшості неврологічних симптомів, а питання патологічної анатомії, фізичної чи психічної зумовленості не порушували загалом. Г. Ромберг називав усі захворювання периферичних нервів, спинного і головного мозку неврозами рухової і чутливої сфери, тому зараховував до неврозів не лише всі форми (периферичного, спинального і церебрального) паралічу, а й прогресивний параліч. Р. Сандарс намагався конкретизувати визначення неврозу й підкреслював, що обов’язковим його симптомом є порушення функцій нервової системи [42].

Приблизно з 70-х років XIX ст. неврозами називають нервові розлади зі ще невідомою патологічною анатомією, стрімко наближаються до психологічної структури розуміння неврозів і основний акцент дискусії (соматика чи психіка) зміщується в керунку, хто краще розуміє сутність істерії: паризька школа Шарко чи нанська школа Бернгейма. Однак у 1880 р. на перший план виходить Дж. Берд із терміном “неврастенія”, і соматологічний погляд знову домінує. А в статті О. Бумке та П. Шильдера “Сучасне вчення про неврози” наголошено на спостережливості К. Монакова, який правильно розпізнав причину того, чому всі люди хотіли бути неврастеніками: “Суб’єктивні нервові скарги пояснювали об’єктивним фізичним розладом і, таким чином, можна було уникнути морального компонента проблеми” [7]. Однак до кінця XIX ст. все - таки сформувалося ставлення до неврозів як до психогенних захворювань.

Сучасне життя повне постійними стресовими ситуаціями, конфліктами, перевантаженістю від справ і все це згубно позначається на нашому здоров’ї. У першу страждає нервова система. Тривалі стреси призводять до психологічних розладів – неврозів. У результаті людина починає відчувати

швидку стомлюваність, тривожність, апатію, погане самопочуття, проблеми зі сном й інші малоприємні симптоми. Якщо з неврозом вчасно не звернутися за кваліфікованою медичною допомогою, якість життя з часом значно погіршиться.

Невроз – від дав.-гр. – нерв + osis – суфікс для позначення запальних процесів; синоніми – тривожний розлад, тривожний фобічний розлад, психоневроз, невротичний розлад – група захворювань, в основі яких лежать тимчасові зворотні порушення психіки функціонального характеру, зумовлені перевантаженням основних нервових процесів – збудження і гальмування.

Невроз – це група функціональних захворювань (що не мають структурних порушень), які розвиваються у хворого в результаті важкого внутрішньоособистісного конфлікту, порушень особливо значимих життєвих стосунків людини і виявляються виключно м'якою невротичною симптоматикою та соматовегетативними порушеннями [20].

3. Фрейд вважав, що сутність неврозу – це конфлікт між свідомим і несвідомим, що часто є рушієм поведінки та функціонування особистості. Тому основне завдання психоаналітичного методу полягає в усвідомленні й опрацюванні витісненого, а також у роботі з опором і механізмом психологічного захисту (де було Id (“Воно”), повинно стати Ego (“Я”) [50]. Однак сучасний психоаналіз дедалі частіше відстоює позицію, що дисфункція контакту і стосунків має більше значення, ніж прегенітальні чи генітальні вияви сексуальності.

Вперше хворобу описав Гіппократ, який охарактеризував її як “страх і розпач довготривалий час”. В Середньовіччі хворих називали “Одержимий Вірою”. Цим психологічним розладом були уражені яскраві представники радикальних течій католицизму, православ'я, протестантизму, зокрема кальвінізму. Через призму “власної одержимості єдино - правильним релігійним чорно - білим світоглядом”, вони ставили під сумнів дії та вчинки людей, вимагаючи від них послуху, служіння та жертвності. У них так само

була підвищена агресивність до тих, хто не відповідав “їхнім ціннісним координатам”. Цих еретиків “очищали від гріха” або шляхом фізичного знищення, або через суспільний остракізм, створюючи нестерпні умови для співіснування [49].

Отже, термін “невроз” впровадив шотландський лікар Вільям Каллен 1769 року. Параліч, кому, спазми і безумство (недоумство, меланхолію, манії і розлади сну) він визначив не як запальні нервові захворювання, а як захворювання нервів соматогенного походження.

З. Фройд у 1910 році дав остаточну характеристику цьому емоційному недугу: “Хвороба мислення – людина яка перестала позитивно думати та постійно в усьому сумнівається з негативною конотацією. Такі люди, через порушення нормального мислення та атрофовану здатність продукувати позитивні емоції, стимулюють себе до постійних безсвідомих конфліктів з оточуючим середовищем та прямують до самознищення” [50].

В ортодоксальному психоаналізі невроз розглядають як необхідну складову розвитку і пов’язують його з дитячою тривогою [12]. Доволі часто некротичну структуру особистості описують як найбільш здорову та зрілу (на відміну від межової чи психотичної організації особистості за О. Кернбергом) [17]. Щоправда, у класичній психоаналітичній парадигмі розглядають такі типи неврозів:

- психоневрози - зумовлені причинами минулого (істерична конверсія, невроз страху, невроз нав’язливих станів);
- актуальні неврози – зумовлені причинами теперішнього і їх описують термінами сексуального життя клієнта;
- неврози характеру – коли симптоми є патологічними властивостями особистості;
- посттравматичні неврози – зумовлені потрясінням чи травмою;
- невроз перенесення – може розвиватися в процесі психотерапевтичної практики (в рамках психоаналітичної програми). Клієнт виявляє підвищене зацікавлення психоаналітиком, що може стати перешкодою для подальшої

психотерапії (згодом перенесення розглядають як одне з основних знарядь психотерапевтичного процесу);

– нарцистичні неврози та їх види: шизофренія; параноя; меланхолія.

Представники біхевіоризму (вважають, що реально існують лише окремі невротичні симптоми, як результат неправильного навчання (Х.Айзенк, Д.Вольпе), і заперечують існування неврозу як самостійної нозологічної одиниці. Тому завдання поведінкової психотерапії полягає в зміні поведінки, перенавчанні, наближенні до правильних еталонних норм чи кліше, які здатні виконувати адаптивну функцію. У рамках когнітивної концепції Елліса ірраціональне мислення постає як причина виникнення невротичних розладів, а це означає, що не об'єктивні події, як такі, зумовлюють позитивні чи негативні емоції, а наше суб'єктивне сприймання й оцінка цих подій. У раціонально - емотивній психотерапії важливим є опрацювання і реконструкція ірраціональних переконань індивіда [46].

1.2. Форми неврозів та їх класифікація в різних підходах

Неврози мають різні форми, які характеризуються різноманітними невротичними проявами: психогенні шоківі реакції, істерія, неврастенія, психастенія, фобії, генералізований тривожний розлад, іпохондричний невроз, obsesивно - компульсивний розлад, пост- травматичний стресовий розлад, нічне нетримання сечі (енурез), мовні неврози (заїкання, мутизм тощо), нервова анорексія, невроз нав'язливих рухів (нервовий тик), панічні атаки, агорафобія, соціальні фобії, дисморфофобія, вагінізм, патологічне накопичення (синдром Діогена, синдром Плюшкіна), настирливе бажання купувати різні речі, настирлива схильність до азартних ігор, невроз шкіри, невроз серця, шлунку, кишківника тощо [50].

В літературі розрізняють кілька основних форм невротичних розладів. Невроз найчастіше буває астенічним (неврастенія), нав'язливих станів (обсесивно - фобічні) та істеричним.

В МКХ - 10 розглядають такі клінічні форми невротичних розладів:

- 1) астенічний невроз (неврастенія);
- 2) тривожно - фобічні невротичні розлади;
- 3) невротична депресія;
- 4) невроз нав'язливих станів;
- 5) істеричний невроз;
- 6) соматоформний невроз;
- 7) реактивні (стресові) розлади [16].

Астенічний невроз або неврастенія є найбільш розповсюдженою формою невротичних розладів. Клініка неврастенії складається з симптомів підвищеної нервової збудливості, з одного боку, і виснажливості – з іншого боку, причому в одного хворого можуть переважати симптоми підвищеної виснажливості, а в іншого – симптоми підвищеної збудливості.

2. Тривожно - фобічні розлади – група невротичних розладів, ключовим проявом яких є ефект страху, або у вигляді немотивованої “вільно плаваючої тривоги”, або у вигляді більш сфокусованих, які зазнали когнітивну переробку, але ірраціональних, фобій. У МКХ - 10 виділені такі основні форми тривожно - фобічних розладів: агорафобія, соціальна фобія, специфічні (ізолювані) фобії, панічний розлад (епізодична пароксизмальна тривога), генералізований тривожний розлад [16].

Спільною рисою фобічних розладів є страх певних ситуацій, які не становлять реальної небезпеки. Характерно, що хворий намагається уникати турбуючої його ситуації (обмежувальна поведінка), але якщо він все ж потрапляє в неї, то, як правило, виникає виражена психовегетативна реакція з вираженою тривогою, відчуттям страху, серцебиттям, тремтінням, нудотою, іншими вегетативними розладами, які часто поєднуються з острахом смерті, зробити неконтрольований вчинок або зійти з розуму. Фобічні

розлади можуть перебігати з депресією, нав'язливими станами, іпохондричними нашруваннями, проте останні не домінують в клінічній картині.

При тривожних розладах в клінічній картині домінує тривожний афект, який носить генералізований характер і, як правило, супроводжується гіпервентиляцією та іншими вегетативними порушеннями. Саме на вегетативні розлади (відчуття браку повітря, серцебиття, запаморочення, дискомфорт в епігастральній ділянці) хворі часто вважають за краще акцентувати увагу. Крім того, вони скаржаться на постійну напругу, нервозність, неможливість розслабитися, м'язові болі. У деяких хворих тривога є стійкою, перманентною, у інших вона розвивається пароксизмально в формі повторюваних психо вегетативних кризів або панічних атак. Велику роль у виникненні неврозу страху відіграє спадкова схильність, а у його формуванні – перший приступ страху, який поклав початок хворобі – це може бути як соматичний фактор при різних захворюваннях, так і психотравмуючий, психогенний фактор [5].

3. Невротична депресія проявляється настроєм з певною загальмованістю психомоторних реакцій та мислення, одноманітними депресивними спогадами, песимістичними поглядами на майбутнє, фіксованістю на травматичній ситуації. Супроводжується схильністю до сліз, дратівливістю, сенситивністю, зниженням апетиту, порушенням сну. Невротична депресія не досягає глибини психозу, має зворотний характер, минає при розв'язанні травматичної ситуації або під впливом лікування. Фази захворювання можуть протікати у вигляді соматичних еквівалентів – головної болі, порушень сну, екземи, нічного нетримання сечі, радикуліту, астматичних приступів і симптомів “сердечно - судинного неврозу” і т.д. Хворі можуть тривалий час обстежуватися і лікуватися у спеціалістів, тоді як гарні результати дає лікування у психотерапевта [5].

4. Невроз нав'язливих станів або obsesивно - компульсивний невроз – глибока психологічна невротична хвороба, ознаками якої є: страх, постійне

негативне сприйняття сьогодення, нав'язливі параноїдальні думки і т.п. Захворювання, при якому мимоволі виникають нав'язливі думки, страхи, рухи, що сприймаються як хворобливі, з якими хворі борються, але позбавитися від них не можуть. Найбільш часто зустрічаються нав'язливі страхи (фобії), тому і виділяється фобічний невроз. Під впливом психічної травми виникає спочатку вегетативна реакція у вигляді неприємних відчуттів в серці, животі, яка супроводжується тривогою.

Отримати його ризикують педантичні і тривожні люди, які схильні подовгу міркувати і детально аналізувати явища. Розлад у них проявляється в розвитку страхів і сумнівів. Вони по кілька разів перевіряють, чи закриті двері, бояться заразитися якою - небудь інфекцією і т. д.

Невроз нав'язливих станів характеризується, як звичайно, затяжною тривалістю (на відміну від інших неврозів), особливо в осіб, схильних до тривожності, недовірливості, підозрливості, нерішучості тощо [15].

5. Істеричний невроз – форма захворювання, яка “чіпляє” людей з багатою уявою, які схильні драматизувати те, що відбувається. Такі люди, страждаючи даним розладом, схильні до самонавіювання. Наприклад, вони можуть переконати себе, що вони хворі чимось серйозним, без - будь яких на те підстав.

Істеричний невроз характеризується підвищеною афективною лабільністю та навіюванням, тенденцією до наслідування, схильністю до фантазування, поведінкою з елементами театральності. Істеричні напади не виникають, коли хворий знаходиться один, та не супроводжуються різким падінням з забиттям та пошкодженням [48].

6. Соматоформний невроз. Соматоформні розлади є групою захворювань, що характеризуються думками, переживаннями, симптоматикою, пов'язаною з соматичними синдромами. Види соматоформних розладів за міжнародною класифікацією хвороб МКХ - 10 [16]:

- соматизований розлад (синдром численних скарг);
- недиференційований соматоформний розлад;

- іпохондричний розлад;
- соматоформна вегетативна дисфункція: гастроневроз, кардіоневроз, психогенні форми кашлю, аерофагія, диспепсія, дизурія, сечовипускання, метеоризм, заїкання, пілороспазм, синдром подразненого кишківника і т.д.;
- стійкий соматоформний больовий розлад;
- дисморфобічний розлад.

Під іпохондрією розуміється хвороблива зосередженість уваги на своє здоров'я, схильність приписувати собі захворювання з незначного приводу, виникнення нав'язливих думок про наче наявні хвороби, які пізніше не підтверджуються медичним діагнозом. При цьому легко виникають больові або тяжкі відчуття в тих чи інших частинах тіла (сепістопатії) [39].

Соматоформні розлади – це психічні стани, які імітують тілесні симптоми. Наприклад, відчуття нестачі повітря пацієнт ототожнює із захворюваннями серця і легенів. Соматоформні розлади – це група розладів невротичного походження, ознакою яких є численні і різноманітні скарги та ознаки соматичних захворювань, які не підтверджуються клінічними та об'єктивними даними (огляд лікаря, аналізи, діагностичні обстеження).

Люди, які хворіють соматоформними розладами схильні робити все нові й нові обстеження, старанно вивчати все про хвороби та не довіряти лікарям, коли ті говорять, що з органом чи з системою органів все в порядку. Часто соматоформні розлади супроводжуються тривогою та депресією. Раніше такі стани розглядались як прояв істерії.

Соматизований розлад характеризується множинними, довготривалими, часто змінюючими один одного симптомами, які часто, а іноді навіть дуже, схожі на ознаки соматичного захворювання. Лікування: медикаментозне + психотерапія.

Відповідно МКХ - 10, соматизований розлад включає такі критерії:

- наявність протягом не менше двох років численних варіабельних соматичних скарг, яким не було знайдено підтвердження з точки зору органічної патології;

- недовіра лікарям, які намагались спростувати і запевнити пацієнта у відсутності патології з точки зору соматики;

- порушення як соціального, так і сімейного функціонування, які можуть виникати, часто списуються пацієнтами як такі, що виникли внаслідок розладу.

Соматоформна вегетативна дисфункція – це група станів, які раніше класифікувались як “органні неврози”. Діагностичні критерії:

- наявність симптомів вегетативного збудження (тремор, пітливість, почервоніння і т.д.), які тривають вже досить тривалий час;

- додаткові суб’єктивні скарги, що належать до певного органа чи системи органів. Найчастіше це скарги, які стосуються серцево-судинної, дихальної систем, органів шлунково-кишкового тракту і т.д.;

- надмірне засмучення та заклопотаність з приводу можливого серйозного (але найчастіше так і невизначеного) захворювання;

- даних про ураження даного органа чи системи органів (як клінічних, так і діагностичних) немає.

До соматоформної вегетивної дисфункції (СВД) можна віднести: гастроневроз, кардіоневроз, психогенні форми – аерофагії кашлю, задишки, діареї, пілороспазму, синдрому подразненого кишківника, дизурії і т.д.

В етіології виникнення важливі такі фактори, як:

- спадково - конституційні особливості;

- розумове і фізичне виснаження;

- психоемоційне перенапруження;

- гормональний дисбаланс;

- надлишкова маса тіла;

- гіподинамія;

- шкідливі звички.

При чому важливо, що досить часто у пацієнтів з СВД, та таких, що відповідають діагностичним критеріям даного розладу, актуальних надто обтяжувальних психологічних чинників, не виявляють.

Лікування включає медикаментозне (малі дози транквілізаторів коротким курсом, антидепресанти групи СІЗЗС, СІЗЗН і т.д., нейролептики) та психотерапевтичне.

Стійкий соматоформний больовий розлад – стан, який супроводжується довготривалим, обтяжувальним, фізично та психічно важко стерпним болем, який не має фізіологічних пояснень та не є причиною соматичної хвороби, але часто поєднується з психосоціальними проблемами, конфліктами і дозволяє пацієнту отримувати зиск у вигляді підвищеної уваги до нього з боку рідних, оточення та лікарів.

Сюди ж відносяться психалгії, психогенні головні болі, психогенні болі в спині. Цей біль називається дисфункціональним. Такі больові синдроми лікуються антидепресантами групи СІЗЗС, трициклічними, антиконвульсантами + психотерапія (когнітивно-поведінкова терапія).

Реактивні (стресові) розлади включають розлади, безпосередньо пов'язані з гострим стресом або тривалою травмуючою ситуацією, що веде до соціальної дезадаптації. Гостра реакція на стрес (ГРС) – це минаючий розлад, який розвивається у людини без будь-яких інших проявів психічних розладів у відповідь на незвичайний фізичний або психічний стрес і зазвичай вщухає через кілька годин або днів. В поширеності і тяжкості стресових реакцій мають значення індивідуальна вразливість і здатність володіти собою.

Симптоми реактивних (стресових) розладів демонструють типову змішану та мінливу картину і включають первинний стан “приголомшення” з деяким звуженням області свідомості й уваги, неможливістю повністю усвідомити подразники та дезорієнтацію. Цей стан може супроводжуватися подальшим “відходом” з навколишньої ситуації (до стану дисоціативного ступору) або ажитацією і гіперактивністю. Зазвичай присутні окремі риси панічного розладу (тахікардія, надмірне потовиділення, почервоніння). Симптоматика, як звичайно, проявляється через кілька хвилин після впливу стресових стимулів або події і зникає через 2 - 3 дні (часто через кілька годин). Може

бути присутньою часткова або повна амнезія на стресову подію. Якщо вищевказана симптоматика стійка, необхідно змінити діагноз [47].

Класифікації неврозів дивують численністю й заплутаністю. Найбільш вдало, на наш погляд, їх розглянула О. Басюк з Львівського НУ ім. Івана Франка, що і подаємо далі [4]. Згідно з позицією І. Шульца, ті самі явища (реакції, характерологічні ознаки) можуть бути симптомами і невиліковної психопатії, і виліковного неврозу. Він класифікував неврози відповідно до того, наскільки глибоко вони вкорінені в особистості, виокремлюючи такі види:

- ядерні неврози (заторкнуто найглибші пласти особистості, лікування вважають важким і малоперспективним);
- межові неврози (не уражено ядро особистості; відповідають поняттю конверсійних неврозів у психоаналізі; афективні імпульси знаходять вплив у соматичних феноменах);
- неврози відчуження (зумовлені почуттям ворожості, відчуження від світу);
- шарові неврози (виникають унаслідок внутрішніх нездоланих конфліктів; у хворобливий стан задіяно глибинні пласти особистості).

Відтак, Шульц розрізняв екзогенні неврози, зумовлені зовнішніми впливами і легко виліковувані за умови усунення негативного чинника та сприяння соціального оточення хворого), психогенні неврози (виникають унаслідок внутрішніх конфліктів) і ядерні неврози (вкорінені в самій особистості, в її “аутопсихічних” конфліктах; виліковують їх дуже повільно і зі значними труднощами, через розвиток особистості).

В. Вейцекер виокремлює три форми соціальних неврозів: неврози злету, неврози падіння, неврози правоти. Фрідрікс описує післяпологові неврози. Леві - Біанкіні виокремлює анагапічний невроз – невротичний стан, що розвивається в самотніх, покинутих людей; його розглядають як наслідок психотравматичного дитинства або як результат надмірної прихильності до батьків. Г. Сухарева розглядає моносимптоматичні неврози, у клінічній

картині яких домінує один синдром (логоневрози, енкопрез, енурез, тіки). К. Леонгард висуває поняття неврозів бажання (йдеться про бажаність неврозу – істерія) і побоювання (невроз настирливих станів, логоневроз). Розрізняють також неврози загальні та системні (В. М'ясіщев) [28].

М.Хананашвілі виокремлює інформаційний невроз як форму патології вищої нервової діяльності, що виникає в умовах несприятливого поєднання таких факторів, як необхідність опрацювати й засвоїти значний обсяг інформації, постійний дефіцит робочого часу і високий рівень мотивації.

Згідно з І. Павловим, невроз – хронічне відхилення вищої нервової системи від норми внаслідок перенапруження нервових процесів (під час перевантаження процесу збудження чи гальмівного процесу) і зміни їх рухливості.

Є. Попов вказуючи на невизначеність змісту і меж неврозу, писав, що важко виокремити якусь рису, властиву саме неврозу. Низка авторів (Т. Юдін, В. М'ясіщев, Є. Попов, О. Кербіков, А. Святощ та ін.) пропонує вживати термін “невроз” лише для позначення недуг, спричинених дією психічної травми, і зарахувати їх до психогенних захворювань [28; 36; 39].

В. М'ясіщев розглядає невроз як хворобу особистості, а якщо окреслити точніше, хворобу розвитку особистості, коли йдеться про неможливість вдало і продуктивно розв'язати протиріччя між собою і значущими аспектами дійсності. Учений також підкреслює, що для з'ясування специфіки формування неврозу недостатньо враховувати особливості типу нервової діяльності, важливими є також особливості самої особистості [28]. Науковці підкреслюють значення в розвитку невротичних відхилень дитячих переживань і виховання (А.Захаров, О.Орлов, А. Співаковська) [12; 31; 39].

А. Святощ окреслює невроз як одне з найпоширеніших нервово - психічних захворювань, суто психогенної етіології [36]. Він вважає, що на виникнення хвороби значною мірою впливають не лише вроджені типологічні властивості нервової системи, а й її стан до моменту дії психічної травми (наприклад, асенізація під впливом екзогенних негативних чинників).

А. Захаров вважає, що неврози як психогенні захворювання особистості в афективно - загостреній формі відбивають безліч проблем людських відносин (взаєморозуміння, оптимальне самовираження та самоствердження, пошук власного “Я”). Учений акцентує на тому, що первинно невроз є емоційним розладом, який виникає у дитинстві, здебільшого внаслідок порушення сімейних стосунків з батьками, але соціально - психологічний, соціально - культурний і соціально - економічний вплив теж важливий [12].

Якщо ж брати до уваги базові психологічні парадигми, то очевидно, що своє розуміння невротичних розладів мали і психоаналітики, і біхевіористи, і гуманісти.

Поняття “невроз” поступово зникає з клінічної практики, але воно все ще лишається широковживаним у психологічній практиці й теоретичних працях багатьох авторів. Концепція неврозу й нині є доцільною при побудові стратегії психологічного супроводу в системі психологічної служби.

У міжнародній класифікації хвороб (МКХ) 10-го перегляду, на відміну від 9-го перегляду, термін “невроз” не вживається зовсім, а поняття неврозу перестає бути основою класифікації відповідної групи психічних захворювань, і тепер особливості їхнього відображення в МКХ-10 такі: “F40-F48 – невротичні, пов’язані зі стресом та соматоформні розлади”, деякі традиційно невротичні розлади розміщені в рубриках: “F50 – розлади харчової поведінки”, “F51 – розлади сну неорганічної природи”, “F52 – статева дисфункція, не обумовлена органічним розладом чи захворюванням” і т. д.

У четвертій редакції діагностичного та статистичного порадника з психічних захворювань (DSM - IV - TR) слово “невроз” не вживається, натомість традиційно невротичні розлади розподілено по специфічних категоріальних групах, що охоплюють теж інші розлади: розлади настрою (mood disorders) – депресивні та біполярні розлади; тривожні розлади (anxiety disorders) – панічні розлади, різні види фобій, obsесивно - компульсивний та посттравматичний стресовий розлади; соматоформні розлади (somatoform

disorders) – конверсійні, соматоформні розлади та ін.; сексуальні розлади та розлади статевої ідентичності тощо [38].

1.4. Невротичні розлади як зворотні порушення нервової системи, передумови та причини виникнення неврозів

З першого погляду може здатися, що невроз – не така вже й серйозна патологія і боротися з нею не потрібно. Але це далеко не так. Дана патологія згодом впливає на роботу багатьох органів і систем, у зв'язку з чим погіршується не тільки емоційний стан, а й фізичний. Попередження і профілактика неврозу – важливий етап для сучасної людини.

Для попередження невротичного розвитку особистості важливо розуміти причини та розрізняти симптоми неврозу. Думок стосовно причин неврозу існує багато, проте симптоми мають загальні риси. Через невроз людина може відчувати дистрес, напругу та тривогу, страждати від емоційної нестабільності або мати низьку самооцінку. Комплекс симптомів функціональних соматичних розладів, що виникають у невротиків дуже широкий і може впливати на нормальне функціонування майже усіх систем людського організму. Симптоми неврозу можуть полягати у виникненні психалгії. Психалгія – це почуття болю при відсутності реальної патології. Біль у цьому випадку є психічною реакцією на панічне очікування її з боку пацієнта. Людина переживає саме те, чого боїться [37].

Неврози – група захворювань, які виникають внаслідок дії психічної травми і супроводжуються порушенням загального самопочуття, нестійкістю настрою і сомато - вегетативними проявами. Це функціональні розлади, тобто зворотні, які зникають самі через деякий час після дії психічної травми або піддаються повномувилікуванню. Хворі усвідомлюють факт психічного розладу і критично оцінюють свій стан. Навіть тривалий перебіг неврозів, хоч і часто порушує нормальне життя людини, але не приводить до інвалідизації пацієнта. Неврози відносяться до оборотних функціональних

розладів, вони не мають під собою структурних змін психіки, тому відносяться до оборотних психогенних захворювань, які добре піддаються лікуванню. Тобто, дана патологія піддається лікуванню або має схильність самотійно зникати через певний час.

Вище ми розглянули основні форми неврозу: неврастенію (депресивний невроз), невроз нав'язливих станів (обсесивно - компульсивний розлад) та істерію. Крім них, виділяють ще ряд невротичних розладів: іпохондричний невроз, невроз страху, невроз рухливості, сердечно - судинний невроз, генералізований тривожний розлад тощо. Всі вони являють собою захворювання, що мають зворотній характер, причому людина в одних випадках справляється з хворобою сама, без допомоги психіатра, психотерапевта чи клінічного психолога (субклінічні порушення) і в других випадках – необхідна допомога зазначених спеціалістів (клінічні порушення).

Так, візьмемо для прикладу невротичну депресію, яка проявляється пригніченим станом з певною загальмованістю психомоторних реакцій та мислення, одноманітними депресивними спогадами, песимістичними поглядами на майбутнє, фіксованістю на травмуючій ситуації. Супроводжується схильністю до сліз, дратівливістю, сенситивністю, зниженням апетиту, порушенням сну. Однак, невротична депресія не досягає глибини психозу, носить зворотний характер, минає при розв'язанні травмуючої ситуації або під впливом лікування [32].

Невротична депресія або депресивний невроз частіше всього виникає у людей, невпевнених у собі, нерішучих, несамостійних, яким важко пристосовуватися до нових життєвих умов. До захворювань також схильні особи стримані і ціленаправлені, категоричні у своїх судженнях, які перебільшено і формально розуміють почуття обов'язку. Для них завжди утруднене відступлення від “прийнятих догм”. Поряд з цим ці особи відзначаються багатством афективного життя, їм властиві глибокі емоційні прихильності до близьких людей. Захворювання є реакцією на тривалу психо - травмуючу ситуацію, яку дана особа не може вирішити.

При невротичній депресії немає вираженої нудьги, не характерні ідеї провини, самоприниження, добові коливання настрою (покращення до вечора), не виражена психомоторна заторможеність, не характерна поява аменореї, запорів, сухості язика.

Генералізований тривожний розлад – психічний розлад, різновид неврозу, що характеризується загальною стійкою тривогою, не пов'язаною з певними об'єктами або ситуаціями. Часто супроводжується скаргами на постійну нервозність, тремтіння, м'язову напруженість, пітливість, серцебиття, запаморочення і дискомфорт у ділянці сонячного сплетіння. Нерідко присутній страх хвороби або нещасного випадку, що направляється на себе і/або близьких, не переносність “невідомості”, а також інші різноманітні хвилювання, погані передчуття. У багатьох випадках пов'язаний з хронічним середовищним стресом. Є тенденції до хвилеподібного перебігу розладу і хроніфікації.

Невротичний зрив, в принципі, можливий у будь-якої людини, проте його характер і форма визначається цілим рядом чинників. З одного боку, формування неврозу знаходиться в безпосередній залежності від особистісних особливостей людини, його наслідкового вибіркового перенесення зовнішніх дій, рівня приспособлюючих можливостей організму. З другого боку, виникнення того чи іншого неврозу визначається характером психічної травми, яка може бути гострою, одномоментною (наприклад, несподівана смерть близької людини) або довго існуючою не ситуацією (конфліктна напружена обстановка в сім'ї, на роботі). Проте, в будь-якому випадку психогенна ситуація повинна бути емоційно значимою для хворого, являти певну життєву цінність.

Крім цього, неврози частіше виникають в осіб, які перенесли психічну травму в дитячому віці, які виховувалися в несприятливих сімейних умовах та які часто хворіють соматичними хворобами [31].

Отже, неврози – дуже поширена проблема в сучасному світі. Стреси, швидкий ритм життя, інформаційне перенасичення можуть призводити до

виснаження нервової системи та зміни нервових реакцій. Невроз – це вид психічного розладу, який характеризується астеничними та істеричними, а також різними поведінковими деструктивними проявами на тлі зниження розумової та фізичної працездатності. Неврози не мають під собою структурних змін психіки, тому відносяться до оборотних психогенних захворювань, які добре піддаються лікуванню.

Невротичні розлади відносять до числа зворотніх порушень нервової системи, при яких виключаються органічні зміни, а діагностика передбачає встановлення зрозумілого зв'язку між особливостями особистості хворого, характером психотравмуючої ситуації клінічними проявами захворювання [35].

У сучасній світовій літературі найбільшого поширення набувають концепції поліфакторної етіології невротичних розладів. Признається єдність біологічних, психологічних і соціальних механізмів. При оцінці ролі того або іншого етіологічного чинника виникають істотні труднощі. Психотравматизація є однією з провідних причин невротичності, але її патогенне значення визначається найскладнішими взаєминами з безліччю інших умов (генетично обумовлений “ґрунт” і “набутий нахил”), які є результатом всього життя людини, історії формування її організму й особистості [5].

Серед психічних факторів розладів у клінічній психології вагома роль відведена впливу соціалізації, де під цим поняттям розуміють варіанти порушень розвитку, що можуть відбуватися під впливом інших осіб чи інститутів, у число яких можуть входити різні зовнішні впливи, включаючи матеріальні фактори. Психоаналітичний підхід розглядає соціальні умови виникнення розладів через призму адаптації. Ця проблема носить двоякий характер: по-перше, при значному порушенні психічної рівноваги біологічними чи культурно зумовленими дестабілізаторами виникає необхідність у новій адаптації; по-друге, під впливом стійких несприятливих

умов соціалізації може поступово наступити дезадаптація. В обох випадках розвиток частково порушується.

Психотравмуючі дії мають також фактори емоційної депривації, зокрема різні несприятливі умови, в яких людина повністю або частково ізольована від необхідних їй емоційних впливів (емоційної ласки, батьківського тепла, уваги, піклування). Причиною розвитку невротичного розладу може бути відсутність інформації, що має особливе значення для цієї людини (немає повідомлення про близьких, рідних, любимох людей). Очікування неприємної події викликає нервову напругу, більше, ніж сама подія. Щоб привести до невротичного розвитку, психогенний фактор повинен бути значної сили і тривалої дії, де сила дії на психіку визначається значенням інформації для цієї людини [40].

Взаємини між дітьми та батьками дуже часто також стають джерелом невротичного конфлікту. Особливо “небезпечним” моментом цих взаємин є відхід дитини із сім’ї для створення своєї власної. Цей процес є болісний як для дітей, так для батьків, але він безперечно необхідний, позаяк доля багатьох дорослих жінок та чоловіків, котрі вчасно не звільнились від впливу батьківської сім’ї, може скластися доволі трагічно. Молоде покоління прагне звільнитися з-під контролю дорослих, стати вільним у виборі свого майбутнього шляху в житті, дати батькам сигнал про свою самостійність. А батьки, своєю чергою, прагнуть якнайдовше втримати тісний зв’язок з молодим поколінням, щоб передати свій досвід, вберегти від життєвих неприємностей.

Невротична ситуація може скластися також і від того, що дитина в сім’ї почуває себе чужою, непотрібною або небажаною (так звана “абортована дитина”), і це стає джерелом невротичних переживань, або ж дитина буде звертати на себе увагу усіма прийнятними і неприйнятними способами. Серед особистісних особливостей, що можуть сприяти виникненню невротичного способу від реагування у підлітків, варто назвати ряд акцентуацій і патологічних рис характеру. За даними А.Є. Лічко, певним

типам акцентуації характеру властиві певні форми невротичних розладів. Наприклад, дисоціативний розлад виникає на фоні істероїдної акцентуації або рідше при деяких змішаних з істероїдною типах: лабільно - істероїдному, істероїдно - епілептоїдному, рідше шизоїдно - епілептоїдному. Від типу акцентуації залежать не тільки особливості клінічної картини невротичного розладу, але й вибіркова чутливість до певних психогенних чинників, оскільки очевидно, що невротична декомпенсація може бути полегшеною психотравматизацією, яка пред'являє надмірні вимоги до “точки найменшого опору” даного типу акцентуації [22].

Клінічний досвід переконливо свідчить про величезне значення життєвих психологічних впливів на формування передневротичної і невротичної особи. На думку А. Маслоу, невротичні розлади часто стають результатом неможливості самоактуалізації як результат відчуження людини від самої себе і зовнішнього світу. Так, зокрема, мотиви росту, які А. Маслоу назвав метапотребами, мають віддалені цілі і пов'язані з прагненням до самоактуалізації. Депривація метапотреб, на думку автора, може викликати психічні захворювання [24].

К. Роджерс також описав ситуації, в яких неможливість самоактуалізації чи блокування її вияву стають джерелом можливих невротичних порушень. Високий ступінь розходження, при якому переживання повністю не узгоджуються з “образом Я”, приводять до такого рівня внутрішньої тривоги і дискомфорту, з якими людина не може справитися. У таких випадках розвивається підвищена психічна вразливість, різні психічні розлади, зокрема невротичні. Крім того, психічні розлади часто виникають як наслідок невдач, фрустрацій і міжособистісних сутичок, і, водночас, стають передумовою їх виникнення. Взаємозв'язок між цими процесами часто носить характер замкненого кола: конфлікти призводять до невротизації, а остання провокує нові конфлікти. При невротичних розладах відбуваються порушення у психологічній сфері людей, які мають певну схильність, а травматизуючі зовнішні чинники провокують виникнення психічного захворювання [33].

Крім спадкового фактора, істотний вплив на стан психіки має навколишнє середовище. Зовнішні чинники, у тому числі й ті, які безпосередньо не впливають на розвиток патологічних процесів, можуть формувати схильність до хвороби, сприяти її виникненню під впливом провокуючої дії, якою може бути і гостра хронічна травма, і хронічний стрес.

Ситуація постійної або часто повторюваної емоційної і розумової напруги, психологічного стресу провокує різні відхилення у психічній діяльності і фізіологічних функціях організму, які умовно можна розділити на дві групи – субклінічні й клінічні. Субклінічні – це психічні порушення, з якими людина звичайно справляється сама, без допомоги психіатра, психотерапевта чи клінічного психолога. Клінічні – це більш виражені розлади, при яких необхідна допомога вищезазначених спеціалістів.

При субклінічному реагуванні на психологічну травму відбувається своєрідна захисна психологічна перебудова, яка називається психологічним захистом. Цей механізм має на увазі зміну в системі психічних цінностей, спрямовану на нейтралізацію та усунення негативної дії психологічної травми, запобігання розвитку хворобливих відхилень у психічній та фізіологічній діяльності організму, чим людина сама себе лікує. Варіанти психологічного захисту можуть бути різними залежно від виду психологічної травми і характеру самої людини.

При невротичній реакції в картині особистісних порушень на першому місці виявляються розлади, зумовлені особливостями темпераменту. До таких первинних особистісних особливостей можуть бути віднесені підвищена афективність хворого на дисоціативні розлади, тривожність і ригідність obsesивного стану, підвищена виснажуваність хворого на неврастенію. Проте самі по собі ці особливості можуть бути причиною лише короткочасної невротичної реакції, що розвинулася у важкій психотравмуючій ситуації. У даному випадку можна говорити не стільки про психогенну, скільки про емоційногенну ситуацію.

До психологічних чинників, які є передумовами виникнення невротичних розладів, належать:

- порушення закономірностей соціалізації особистості, де під цим поняттям розуміють варіанти порушення розвитку, що можуть відбуватися під впливом інших осіб чи інститутів, у число яких можуть входити різні зовнішні впливи, включаючи матеріальні фактори;

- переживання нею різних видів психічної деривації, зокрема різні несприятливі умови, в яких людина повністю або частково ізольована від необхідних їй емоційних впливів (емоційної ласки, батьківського тепла, уваги, піклування); відсутність інформації, що має особливе значення для цієї людини; очікування неприємної події і т.п.;

- неправильна побудова стосунків у сім'ї, між батьками і дітьми, при цьому особливо “небезпечним” моментом є відхід дитини із сім'ї для створення своєї власної;

- труднощі адаптації людини до наявної соціальної дійсності, мінливих ринкових умов, системних криз;

- інші життєві виклики, які мають місце в українському суспільстві, зокрема відсутність умов самореалізації і само актуалізації, безробіття, несправедливість, наявність подвійної моралі у суспільних стосунках;

- високий ритм суспільного життя і його емоційна насиченість тощо [47].

Однією з причин виникнення неврозів може служити статевая дисгармонія. Статевая функція має важливе біологічне і соціальне значення, так як не тільки забезпечує продовження роду і отримання специфічних статевих відчуттів, але і відкриває можливості створення сім'ї, усунення самотності, Вона впливає на соціальний статус особистості, її самоутвердження, займає важливе рангове положення серед ціннісних орієнтацій людини [5].

До основних причин неврозу відноситься: створення сприятливого ґрунту для його розвитку, зокрема фізична ослабленість, яка розвинулася внаслідок частих або тривалих інфекційних захворювань, залишкові явища родової

травми, підвищена загальна збуджуваність. Безпосередньою же причиною стає частіше всього якась життєва ситуація, що травмує психіку особистості.

Як правило, причинами розвитку неврологічного розладу є:

- не дозволені конфлікти – як зовнішні, так і внутрішні;
- обставини, що призводять до психологічної травми;
- тривалі емоційні і розумові навантаження. Тут і невроз серця не за горами.

Причини неврологічних проблем можуть включати генетичні розлади, вроджені аномалії, інфекції, спосіб життя або проблеми, пов'язані з проблемами навколишнього середовища, неправильне харчування, травми спинного мозку, травми нервів, чутливість до глютену (з кишковими пошкодженнями або травленнями або без них симптоми), психічні травми, стреси. Стреси можуть виникнути від певних життєвих обставин, захворювань, вживання алкоголю чи наркотичних речовин тощо. Неврози – це патологічні форми реакцій центральної нервової системи на ситуації, які травмують психіку, тому їх ще називають психогенними патологічними реакціями.

Дія психічної травми багато в чому визначається віком людини та індивідуальними особливостями нервової системи (тип нервової системи, тривалі виснажливі захворювання). Генетична спадковість теж впливає на схильність людини до неврозів [45].

На сьогоднішній день проведено багато досліджень в області причин виникнення неврозів. Але встановити істинні причини і механізм розвитку неврозів так до кінця і не вдалося. Раніше невроз вважали долею людей, які відчують сильні інтелектуальні навантаження і ведуть занадто неспокійне життя. Це пояснювали тим, що у сільського населення набагато рідше спостерігаються випадки неврозів, так як їхнє життя більш розмірене і спокійне. Але після проведення досліджень серед авіадиспетчерів ці гіпотези були спростовані. Справа в тому, що люди цієї спеціальності страждають неврозами не частіше інших, хоча їх робота і пов'язана з постійною

напругою і вимагає граничної концентрації і уваги. Якщо у диспетчерів і виникали неврози, то їх причиною ставали проблеми в сім'ї і конфліктні ситуації на роботі, а зовсім не переважно через робочий процес.

В ході інших досліджень і ряду психологічних тестувань людей, які страждають неврозами, було встановлено, що важливим визначальним фактором розвитку розладів є не кількісні психотравмуючі ситуації, а те, яку роль вони відіграють для конкретної людини в індивідуальному порядку. У деяких пацієнтів невроз може розвинутися в результаті, здавалося б, зовсім дріб'язкової життєвої проблеми – все залежить від умов і особистої системи цінностей кожної людини окремо.

Чимала роль у виникненні неврозів у людини відведена його психологічним і фізіологічним особливостям. Так, люди, які дуже недовірливі, емоційні і збудливі, набагато частіше страждають цим розладом. Тому підвищена емоційність у жінок і привела до того, що вони страждають неврозами більше чоловіків, майже в два рази. Деякі індивідуальні особливості, що передаються у спадок, також можуть привести до розвитку неврозів.

Ще до причин неврозів відносять гормональні перебудови організму в різні періоди життя людини (підлітковий вік, менопауза) і невротичні проблеми, що існували у пацієнта в дитинстві (енурез або логоневроз) [45].

Невроз має багато різних симптомів. Деякі з них можуть бути пов'язані з сильним болем різних внутрішніх органів. Іншими соматичними симптомами є сексуальна дисфункція, порушення функціонування певних органів. Загальними симптомами нервових розладів є нав'язливі ідеї (психічні й моторні) і фобії, наприклад, арахнофобія, агорафобія, клаустрофобія [11].

Симптоматика клінічних неврозів дуже широка, адже прояви хвороби можуть виникати на різних рівнях – емоційному, поведінковому, фізіологічному тощо. На емоційному рівні у людини з неврозом можуть виникати мінливість настрою, схильність до страхів та нав'язливих побоювань (без причини), дратівливість, неспроможність контролювати свої

емоції згідно з ситуацією, спалахи агресії, тощо. Основна ознака, за якою можна запідозрити розвиток у людини неврозу – неадекватність емоційної реакції до сили подразника. На фізіологічному рівні людина, що страждає від неврозів, може відчувати такі симптоми, як: підвищена пітливість, алергічні висипи та свербіж шкіри, припливи жару, тахікардія, зниження або підвищення артеріального тиску, аритмія, нудота, нетримання сечі, судоми або тремтіння тіла, головні болі.

У поведінці людини, що хворіє на невроз, також прослідковуються зміни. Симптомами цього психогенного розладу є необхідність в повторюванні циклічних дій, наприклад, перерахування предметів, клацання ручкою, постукування, тощо. При виявленні вищезазначених ознак хвороби варто звернутися за допомогою до лікаря психотерапевта, який зможе провести діагностику стану, поставити точний діагноз та призначити терапію. Окрім збору анамнезу (скарги пацієнта) спеціаліст може призначити додаткові обстеження та аналізи на рівень гормонів в організмі.

До відмінних рис неврозу слід віднести його оборотність (на відміну від психопатій), а також наявність чіткого взаємозв'язку між провокуючим фактором і появою клінічної симптоматики у людини. Більшість вчених схиляються до думки, що захворювання має багато причинників до розвитку. Це можуть бути:

- біологічні фактори, зокрема, статеві приналежність, конституція, спадкова схильність. Більш схильними до неврозу вважаються жінки, астеники, у яких у родичів були діагностовані неврози. Крім того, причиною хвороби може стати будь - яка хронічна патологія, з якою людина не може впоратися, постійна перевтома, зловживання алкоголем;

- соціальні фактори, а саме, матеріальний, сімейний стан, особливості сексуального виховання, професійний рівень, робочий статус;

- психологічні фактори – система мислення, поглядів, особливості поведінки, наявність травмуючих психіку ситуацій в дитинстві.

Клінічні ознаки неврозу виявляються як на психоемоційному, так і фізичному рівні. Так, людина може помічати: рясне потовиділення; прискорену частоту серцевих скорочень; сухість в роті; шкірні висипання; тремор пальців; загрудинний біль, відчуття браку повітря; зорову дисфункцію у вигляді погіршення видимості предметів; наявність почуття, що сходить з розуму; занепокоєння; вразливість; дратівливість; апатію; почуття розбитості; втоми; часті зміни настрою.

При цьому людина може уникати контакту з оточуючими, погано спати вночі (безсоння, часті пробудження), а також втратити інтерес до деяких сфер життя. Постійні тривожні думки про життя родичів, своє здоров'я не дозволяють відпочивати людині, внаслідок чого ще більше посилюється невроз [9].

Не варто забувати, що захворювання може маскуватися симптомами іншої патології. Людина може помічати:

- порушення ковтання, бурчання в животі, спастичний біль в кишечнику;
- розлади в сексуальній сфері (у чоловіків, жінок);
- менструальну дисфункцію (у жінок);
- мігрень, часті м'язові болі, ломоту в тілі;
- погіршення уваги, розлад пам'яті, когнітивних здібностей;
- денну сонливість;
- часте сечовипускання;
- підвищення артеріального тиску;
- відчуття клубка в грудях;
- свербіж шкіри, висип.

Перераховані вище ознаки можуть свідчити як про органну патологію, так і нервово - психічне перенапруження. У багатьох випадках пацієнти виносять на перший план саме ці симптоми, не кажучи лікарю про поганий сон, дратівливість, перенесений стрес. Внаслідок цього доктор призначає лікарські засоби, які в результаті не допомагають, і пацієнт знову повертається в лікарню. Тільки шляхом ретельного збору анамнезу вдається

встановити справжню причину погіршення загального стану людини і підібрати необхідну схему терапії. Лікування неврозу включає основні два напрямки – психотерапію і медикаментозні засоби, які необхідно поєднувати, щоб досягти бажаного результату в лікуванні [43].

Згідно зі статистикою, у жителів міста значно частіше зустрічається діагноз неврозу, ніж у людей, які живуть у сільській місцевості. Найімовірніше, це пов'язано з ритмом життя. Невротичні розлади переслідують трудоголиків, людей із заниженою самооцінкою, занадто недовірливих і надто відповідальних людей. Також часті захворювання (особливо інфекційні), дефіцит вітамінів можуть посприяти розвитку психічного розладу.

Симптоми неврозів психоемоційні, тобто проявляються, коли людина не може контролювати свій стан (поведінку). Сюди відносяться також і проблеми зі сном, розлади травлення і “стрибки” тиску.

При неврозах спостерігаються:

- різкі перепади настрою і зміни в поведінці;
- дратівливість, інфантильність;
- наявність панічних атак, тривожні стани;
- безсоння;
- швидка втомлюваність і слабкість;
- біль в області серця, “стрибки” тиску;
- зниження статевого потягу;
- різка чутливість до гучних звуків і яскравого світла [26].

Неврози впливають на якість життя і значно її погіршують, тому з ними необхідно боротися. У лікуванні неврозів допомагає невролог і психолог. Звичайно, і близька людина може поговорити по душах і заспокоїти, але такий ефект буде лише тимчасовим. А це явно не піде на користь. До того ж у будь-якому випадку, якою б причиною не був викликаний невроз, пацієнта необхідно обстежити і тільки потім фахівець має право підібрати терапію для поліпшення стану.

Для того, щоб уникнути неврозів, необхідно своєчасно боротися зі стресами, навчитися не так близько приймати усе до серця і частіше розслаблятися. Позбавити себе від накопичених стресів, підвищити стійкість до стресів і розвантажити нервову систему можна за допомогою:

- розслаблюючого масажу;
- занять йогою або іншими медитуючими вправами;
- плавання, бігу, їзди на велосипеді та інших видів спорту;
- збалансованого харчування;
- прийому вітамінів;
- повноцінного відпочинку і здорового сном;
- регулярної фізичної активності;
- активної участі у житті трудового колективу [3].

Неврологічний розлад – це будь - який розлад нервової системи. Структурні, біохімічні або електричні порушення в головному, спинному мозку чи нервах можуть спричинити за собою ряд симптомів. Прикладами симптомів є параліч, зниження сили м'язів, погана координація, втрата чутливості, судоми, сплутаність свідомості, біль та порушення свідомості, змінений рівень свідомості тощо.

Кожний вид неврозу має свої симптоми. Так, при істеричному неврозі найбільш яскравими симптомами є судорожні припадки, які в даний час трапляються досить рідко. Досить часто зустрічаються такі симптоми, як паралічі рук і ніг, втрата відчуття по типу “рукавиць”, “шкарпеток”, порушення манери ходити. Дещо рідше бувають істеричні сліпота, глухота, німота. Хворий мовчить, коли йому задають питання, але відповідає на них письмово, на відміну від глухонімих.

Один з проявів істерії – розлад свідомості, що виникає під впливом психічної травми. Сприйняття порушене, викривлене. Афективні порушення характеризуються тривогою, страхом. У поведінці з'являються риси дитячості, безпомічності, елементи несправжнього недоумства – псевдодеменції. У деяких хворих розвиваються неврологічні порушення:

зниження чутливості, дрижання рук, ніг, астазія - абазія, істерична глухота, афонія. Вегетативні розлади: серцебиття, задишка, виражені судинні реакції.

У деяких випадках неврологічних симптомів причину встановити не вдається. Описано численні приклади неврологічних порушень, пов'язаних з мутованими генами, що відповідають за відновлення (репарацію) ДНК.

Одна із помітних проблем, яку можна зазначити, – це випадки т. зв. ідіопатичних неврологічних симптомів, тобто станів, причину яких неможливо встановити. В деяких випадках вдається визначити, що симптоми викликаються проблемами вищого рівня, ніж той, на якому вони проявляються.

За кілька останніх десятиліть значно зросла кількість людей з нестабільною психікою. Основна причина цієї зростаючої тенденції – сучасний ритм життя у світі науково - технічного прогресу. Нервова система не витримує навантажень через виснаження постійними стресовими ситуаціями. Як наслідок, людина стає роздратованою, виникає хронічна втомлюваність, з'являється така недуга як невроз.

Розпізнати симптоми неврозу навіть хорошому фахівцю досить непросто. На прийомі у лікаря пацієнти розповідають про запаморочення, оніміння кінцівок або, навпаки, – про підвищення потовиділення, про виникнення тривоги і страху, швидку стомлюваність. З'являється прискорене серцебиття, біль в області серця, порушується серцевий ритм. Травна система відповідає здуттям, запорами і проносами, зниженням апетиту – так себе проявляє невроз шлунка. Людина з таким розладом спостерігає у себе часті позиви до сечовипускання, зниження лібідо. Іноді з'являється неприємний свербіж в області статевих органів.

Страждає і психіка. У хворого в стані постійного стресу з'являються нав'язливі думки і дії, він стає вкрай образливим, плаксивим, вразливим і дратівливим.

Досить часто невроз у дітей, як і дорослих, супроводжується відчуттям грудки у горлі, хворим недостатньо повітря, він часто дихає [49].

Як видно зі сказаного вище, поняття неврозу має багатогранну інтерпретацію, однак дослідники практично одноголосно стверджують, що для невротичних розладів характерні такі ознаки:

- наявність психогенної причини захворювання, зазвичай пов'язаної з особливостями міжособистіних стосунків і неможливістю розв'язати конфліктні ситуації, що виникають на цьому ґрунті;
- домінування емоційних і соматовегетативних порушень у клінічній картині, як специфічних ознак цього захворювання;
- зворотність клінічних ознак за сприятливих умов функціонування особистості.

До відмінних рис неврозу слід віднести його оборотність (на відміну від психопатій), а також наявність чіткого взаємозв'язку між провокуючим фактором і появою клінічної симптоматики у людини. Більшість вчених схиляються до думки, що захворювання має багато факторів до розвитку. Це можуть бути:

- біологічні фактори, зокрема, статеві приналежність, конституція, спадкова схильність. Більш схильними до неврозу вважаються жінки, астеники, у яких у родичів були діагностовані неврози. Крім того, причиною хвороби може стати будь-яка хронічна патологія, з якою людина не може впоратися, постійна перевтома, зловживання алкоголем;
- соціальні фактори, а саме, матеріальний, сімейний стан, особливості сексуального виховання, професійний рівень, робочий статус;
- психологічні фактори – система мислення, поглядів, особливості поведінки, наявність травмуючих психіку ситуацій в дитинстві.

Клінічні ознаки неврозу виявляються як на психоемоційному, так і фізичному рівні. Так, людина може помічати: рясне потовиділення; прискорену частоту серцевих скорочень; сухість в роті; шкірні висипання; тремор пальців; загрудинний біль, відчуття браку повітря; зорову дисфункцію у вигляді погіршення видимості предметів; наявність почуття,

що сходить з розуму; занепокоєння; вразливість; дратівливість; апатію; почуття розбитості; втому; часті зміни настрою.

При цьому людина може уникати контакту з оточуючими, погано спати вночі (безсоння, часті пробудження), а також втратити інтерес до деяких сфер життя. Постійні тривожні думки про життя родичів, своє здоров'я не дозволяють відпочивати людині, внаслідок чого ще більше посилюється невроз [9].

Не варто забувати, що захворювання може маскуватися симптомами іншої патології. Людина може помічати:

- порушення ковтання, бурчання в животі, спастичний біль в кишечнику;
- розлади в сексуальній сфері (у чоловіків, жінок);
- менструальну дисфункцію (у жінок);
- мігрень, часті м'язові болі, ломоту в тілі;
- погіршення уваги, розлад пам'яті, когнітивних здібностей;
- денну сонливість;
- часте сечовипускання;
- підвищення артеріального тиску;
- відчуття клубка в грудях;
- свербіж шкіри, висип.

Перераховані вище ознаки можуть свідчити як про органну патологію, так і нервово - психічне перенапруження. У багатьох випадках пацієнти виносять на перший план саме ці симптоми, не кажучи лікарю про поганий сон, дратівливість, перенесений стрес. Внаслідок цього доктор призначає лікарські засоби, які в результаті не допомагають, і пацієнт знову повертається в лікарню. Тільки шляхом ретельного збору анамнезу вдається встановити справжню причину погіршення загального стану людини і підібрати необхідну схему терапії. Лікування неврозу включає основні два напрямки – психотерапію і медикаментозні засоби, які необхідно поєднувати, щоб досягти бажаного результату в лікуванні [43].

Згідно зі статистикою, у жителів міста значно частіше зустрічається діагноз неврозу, ніж у людей, які живуть у сільській місцевості. Найімовірніше, це пов'язано з ритмом життя. Невротичні розлади переслідують трудоголиків, людей із заниженою самооцінкою, занадто недовірливих і надто відповідальних людей. Також часті захворювання (особливо інфекційні), дефіцит вітамінів можуть посприяти розвитку психічного розладу.

Симптоми неврозів психоемоційні, тобто проявляються, коли людина не може контролювати свій стан (поведінку). Сюди відносяться також і проблеми зі сном, розлади травлення і “стрибки” тиску.

При неврозах спостерігаються:

- різкі перепади настрою і зміни в поведінці;
- дратівливість, інфантильність;
- наявність панічних атак, тривожні стани;
- безсоння;
- швидка втомлюваність і слабкість;
- біль в області серця, “стрибки” тиску;
- зниження статевого потягу;
- різка чутливість до гучних звуків і яскравого світла [26].

Неврози впливають на якість життя і значно її погіршують, тому з ними необхідно боротися. У лікуванні неврозів допомагає невролог і психолог. Звичайно, і близька людина може поговорити по душах і заспокоїти, але такий ефект буде лише тимчасовим. А це явно не піде на користь. До того ж у будь-якому випадку, якою б причиною не був викликаний невроз, пацієнта необхідно обстежити і тільки потім фахівець має право підібрати терапію для поліпшення стану.

Для того, щоб уникнути неврозів, необхідно своєчасно боротися зі стресами, навчитися не так близько приймати усе до серця і частіше розслаблятися. Позбавити себе від накопичених стресів, підвищити стійкість до стресів і розвантажити нервову систему можна за допомогою:

- розслаблюючого масажу;

- занять йогою або іншими медитуючими вправами;
- плавання, бігу, їзди на велосипеді та інших видів спорту;
- збалансованого харчування;
- прийому вітамінів;
- повноцінного відпочинку і здорового сном;
- регулярної фізичної активності;
- активної участі у житті трудового колективу [3].

Неврологічний розлад – це будь - який розлад нервової системи. Структурні, біохімічні або електричні порушення в головному, спинному мозку чи нервах можуть спричинити за собою ряд симптомів. Прикладами симптомів є параліч, зниження сили м'язів, погана координація, втрата чутливості, судоми, сплутаність свідомості, біль та порушення свідомості, змінений рівень свідомості тощо.

Кожний вид неврозу має свої симптоми. Так, при істеричному неврозі найбільш яскравими симптомами є судорожні припадки, які в даний час трапляються досить рідко. Досить часто зустрічаються такі симптоми, як паралічі рук і ніг, втрата відчуття по типу “рукавиць”, “шкарпеток”, порушення манери ходити. Деяко рідше бувають істеричні сліпота, глухота, німота. Хворий мовчить, коли йому задають питання, але відповідає на них письмово, на відміну від глухонімих.

Один з проявів істерії – розлад свідомості, що виникає під впливом психічної травми. Сприйняття порушене, викривлене. Афективні порушення характеризуються тривогою, страхом. У поведінці з'являються риси дитячості, безпомічності, елементи несправжнього недоумства – псевдодеменції. У деяких хворих розвиваються неврологічні порушення: зниження чутливості, дрижання рук, ніг, астазія - абазія, істерична глухота, афонія. Вегетативні розлади: серцебиття, задишка, виражені судинні реакції.

У деяких випадках неврологічних симптомів причину встановити не вдається. Описано численні приклади неврологічних порушень, пов'язаних з мутованими генами, що відповідають за відновлення (репарацію) ДНК.

Одна із помітних проблем, яку можна зазначити, – це випадки т. зв. ідіопатичних неврологічних симптомів, тобто станів, причину яких неможливо встановити. В деяких випадках вдається визначити, що симптоми викликаються проблемами вищого рівня, ніж той, на якому вони проявляються.

За кілька останніх десятиліть значно зросла кількість людей з нестабільною психікою. Основна причина цієї зростаючої тенденції – сучасний ритм життя у світі науково - технічного прогресу. Нервова система не витримує навантажень через виснаження постійними стресовими ситуаціями. Як наслідок, людина стає роздратованою, виникає хронічна втомлюваність, з'являється така недуга як невроз.

Розпізнати симптоми неврозу навіть хорошому фахівцю досить непросто. На прийомі у лікаря пацієнти розповідають про запаморочення, оніміння кінцівок або, навпаки, – про підвищення потовиділення, про виникнення тривог і страху, швидку стомлюваність. З'являється прискорене серцебиття, біль в області серця, порушується серцевий ритм. Травна система відповідає здуттям, запорами і проносами, зниженням апетиту – так себе проявляє невроз шлунка. Людина з таким розладом спостерігає у себе часті позиви до сечовипускання, зниження лібідо. Іноді з'являється неприємний свербіж в області статевих органів.

Страждає і психіка. У хворого в стані постійного стресу з'являються нав'язливі думки і дії, він стає вкрай образливим, плаксивим, вразливим і дратівливим.

Досить часто невроз у дітей, як і дорослих, супроводжується відчуттям грудки у горлі, хворим недостатньо повітря, він часто дихає [49].

Як видно зі сказаного вище, поняття неврозу має багатогранну інтерпретацію, однак дослідники практично одноголосно стверджують, що для невротичних розладів характерні такі ознаки:

- наявність психогенної причини захворювання, зазвичай пов'язаної з особливостями міжособистіних стосунків і неможливістю розв'язати конфліктні ситуації, що виникають на цьому ґрунті;
- домінування емоційних і соматовегетативних порушень у клінічній картині, як специфічних ознак цього захворювання;
- зворотність клінічних ознак за сприятливих умов функціонування особистості.

Щодо клінічної характеристики неврозів, то науковці [23] стверджують, що неврози – функціональні (принципово зворотні) психічні розлади, що виникають під дією психотравмуючих факторів при недостатній ефективності механізмів психологічного захисту в умовах тривалої соціальної ситуації, яка перешкоджає задоволенню базисних потреб людини або представляє загрозу для майбутнього, яку людина намагається подолати і не може.

Схильність до розвитку неврозу включає не тільки психологічні чинники (особливості особистості, умови її дозрівання і виховання, становлення взаємовідносин з соціумом), але і біологічні фактори (функціональну недостатність в нейромедіаторних або нейрофізіологічних системах, що роблять хворих уразливими до певних психогенних чинників).

Встановлено, що загальним патогенетичним механізмом розвитку неврозів є неспецифічні зміни функціональних систем організму, що включають в себе центральний, вегетативний і соматичний рівні регуляції, які відображаються, в тому числі, в емоційних проявах і емоційній поведінці.

Основними критеріями невротичних розладів є:

- провідна роль психогенних факторів у виникненні і декомпенсації хворобливих проявів;
- функціональний (зворотній) характер психогенних розладів;
- відсутність психотичних симптомів, недоумства, змін особистості;
- збереження хворими критичного ставлення до свого ставну, що відрізняє неврози від психопатій.

Клінічно невроз може проявитися найрізноманітнішими розладами, як чисто психічними (тривога, астенія, депресія, фобія, іпохондрія, нав'язливі стани), так і соматовегетативними (вегетативна дисфункція, порушення сну, хронічні больові синдроми).

Від неврозів слід відрізняти неврозоподібні розлади, які виникають як ускладнення соматичних і неврологічних захворювань, медикаментозної терапії [35].

К. Ясперс вважає складовою “невротичної тріади” положення, що зміст клінічної картини неврозу впливає з характеру психічної травми, однак можна вважати, що така травма радше є “пусковим механізмом”, а клінічне оформлення основного синдрому залежить насамперед від особливостей преморбиду хворого. У разі невротичного патохарактерологічного розвитку психічна травма з часом втрачає актуальність, а хвороба все - таки розвивається далі [15].

Із суто клінічної позиції очевидно, що невроз окреслюється в рамках нозологічної одиниці, коли провідної ролі в його виникненні набуває психогенний фактор, а це означає, що реєстрація невротичних розладів, як самостійного клінічного утворення, можлива лише в разі відсутності ознак іншої патології. Значною мірою цей критерій дає змогу диференціювати та ідентифікувати такі поняття як “невротичні розлади” та “неврозоподібні розлади”. Окрім того, в науці утвердилася думка: що ближче преморбід до умовної норми особистості, тобто до відсутності акцентуацій характеру чи психопатичних елементів, то форма впливу невротичного розладу ближча до чистого неврозу [14].

Однак відомо, що психологічні травми не завжди зумовлюють невротичні розлади. Це залежить від особливостей ставлення особистості й способу опрацювання сприйнятої інформації. Розкриття патогенезу різних невротичних станів потребує розробки вчення про особистість і механізми формування в неї хворобливо - руйнівних стратегій до різних аспектів дійсності, зокрема й до себе [25]. Початкове розуміння неврозу дуже тісно

корелювало з клінічною нозологією (навіть у соматичному її варіанті), а згодом це поняття вийшло за рамки нозологічної одиниці, набуваючи статус характеру.

К. Хорні пропонує таку концепцію неврозу: “В психоаналітичному трактуванні неврозів змістилися акценти: якщо спочатку зацікавлення фокусувалося на драматизмі симптоматичної картини, то тепер дедалі більше усвідомлюють, що справжнє джерело всіх цих психічних розладів – у сфері характеру, що ці симптоми – маніфестації ний результат конфлікту характерологічних рис і що без розкриття й випралення структури невротичного характеру не зможемо вилікувати невроз. Під час аналізу цих рис характеру в багатьох ситуаціях дивує факт, що за значного контрасту з розходженням симптоматичних картин, труднощі характеру незмінно зосереджувалися навколо тих самих базових конфліктів” [33].

К. Наранхо у своїй книзі “Характер і невроз: інтегративний огляд”, ґрунтуючись на позиції Д. Шапіро, ще раз акцентує увагу на тому, що тепер розходження між “симптомом неврозу” і “розладом характеру” зникають, оскільки будь-який невроз характерологічний [29]. Невротичні симптоми можуть ставати рисами характеру, підкреслює й А. Адлер [1].

Дедалі поширенішим і більш звичним у науковій мові є поняття невротичності (або невротизації як динамічного її вияву). Е.Соколова зазначає, що проблема структури і генезису невротичної особистості в західній літературі отримала імпульс у дослідженні так званих межових нарцистичних розладів, де первинно постає комплекс переживань, пов'язаних з почуттям неповноцінності. Йдеться не про фрагментарне ураження якоїсь ізольованої сфери інтра- чи інтерпсихологічного функціонування, а про формування цілісної особистісної структури, певного життєвого стилю. Особливий акцент зроблено на структурі самосвідомості – розколоте Я, крихке Я, нацистичне Я. Основну роль серед механізмів захисту такої особистості відіграє “механізм розщеплення” грандіозного Я і Я - реального [38].

Узагальнюючи вище поданий матеріал, О. Басюк зазначає, що згадані автори використовували різні відправні точки, аналізуючи невротичні розлади, тому не було єдиного стержня, навколо якого їх класифікували. Тому ми підтримуємо позицію В. Романовського, який говорить про необхідність створення базової моделі, яка б за своєю була б договірною. Серед основних критеріїв моделі названо синтетичність, спрямовану на розуміння механізмів, спільних для більшості неврозів (в основі яких – самосвідомість), й акцентовано на тому, що модель має давати не лише кількісні, але й якісні критерії для диференціації понять, центрованих на терміні “невроз”. Такі моделі даватимуть більше можливостей для побудови якісних психокорекційних програм для зниження рівня невротичності.

Намагання врахувати сучасні погляди на психогенез невротичних розладів відображено в МКХ - 10. У зазначеній класифікації хвороб відмовлено в самостійному існуванні неврозам, однак термін “невротичний” як еквівалент неглибоких, перехідних поведінкових проблем залишився. Натомість в попередньому МКХ - 9 неврози представлено достатньо широко й подано як окрему категорію. У клініках користуються сучасними міжнародними класифікаціями, однак їхній зміст теж не є повним [4].

Неврози відзначаються значною динамікою, як щодо географічного, так і кількісного поширення, а також щодо розвитку процесу хвороби в окремій особистості. Як вже було сказано, дедалі поширенішим і більш звичним у науковій мові є поняття невротичності (або невротизації як динамічного її вияву). Кількість хворих з невротичними розладами стабільно збільшується: за останні 65 років ВООЗ відзначає зростання кількості таких осіб у 24 рази. Виною тому – динамічний ритм сучасного життя з великою кількістю інформації, швидким ритмом, всестороннім тиском та напругою.

Згідно зі статистичними даними ВООЗ, за останні 2 десятиліття поширеність захворювання зросла в 20 разів і продовжує стрімко зростати. На сьогодні невроз можна віднести до хвороб цивілізації, що обумовлено стрімким ритмом життя людей, соціальними, економічними проблемами.

Про поширеність неврозів серед населення свідчить їхня значна частка у структурі інших психічних захворювань, яка, за даними різних авторів, становить 15 - 30 %.

Незалежно від типу, невротичні розлади в людини розвиваються поступово, проходячи в динаміці три основних стадії:

I стадія – невротична реакція. Виникає після впливу гострого психотравмуючого чинника. Триває до 1 місяця.

II стадія – невротичний стан. Порушення тривають понад місяць, проявляються в поведінці.

III стадія – невротична зміна особистості. Хронічний перебіг розладу.

Третя стадія виникає не у всіх пацієнтів. Порушення може зникнути під впливом різноманітних чинників або у результаті лікування на першій або другій стадіях. Третій етап розладу починається лише за умови відсутності лікування. Особливо у випадках, коли психотравмуючі чинники продовжують впливати на людину [45].

Неврози мають динамічну та різноманітну психопатологічну й соматичну симптоматику на тлі недостатності психічного захисту з формуванням конфлікту, який проявляється функціональними порушеннями в різних сферах (емоційній, вегетативній, ендокринній, соматичній тощо). Вегетативні порушення в клінічних ознаках неврозів можуть проявлятися у вигляді вегето-судинної дистонії. Перебіг неврозів та депресії може також призвести до виникнення психосоматичних захворювань. Нерідко неврози супроводжуються іншими психічними розладами, зокрема депресією, деперсоналізацією, соматоформними больовими розладами та синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ). Неврози, які спричинює сезонна депресія, загострюються у певні пори року при недостатній кількості денного світла, яке попадає на очі. У хворого на невроз нерідко можуть проявлятися клінічні ознаки різних типів неврозу. У кожному конкретному випадку невротичного розладу невроз може представляти розмаїту картину невротичних проявів різних типів неврозу, які також можуть

супроводжуватися різними ознаками коморбідних психічних та соматичних розладів, що в таких випадках створює певні труднощі для діагностування типу неврозу.

Гулько Г.О. з КНУ імені Т.Шевченка в статті “Невротичні властивості особистості як предмет психологічного вивчення” говорить: “...широке поширення у визначенні концепції неврозів отримала гіпотеза динаміки невротичних формувань, яка ґрунтується на етапності: невротична реакція, невротичний стан, невротичний розвиток особистості (рис.2.1). Відповідно до принципів формування властивостей особистості, перетворення тенденції – початкової форми майбутньої властивості, на якість має відбуватися послідовно у декілька етапів. Так, спочатку, явище з’являється як тенденція, потім, тенденція перетворюється на процес, коли втілюється в реальності як дія або діяльність деякої особистості; при багаторазовому повторенні, або довготривалості, процес перетворюється на стан, а стан, який не знаходить адекватного розв’язання чи лікування, викликає формування властивості особистості, яка буде проявлятися повсякчас у будь-якій діяльності особистості, унеможлиблюючи адекватне реагування на оточуючі стимули та, власне, формуючи зрілу невротичну особистість” [10]. Так пише і К. Платонов, що психічні стани за параметром тривалості займають проміжне положення між психічними процесами і властивостями особистості: “Психічні стани досить тривалі (можуть тривати місяцями), хоча при зміні умов або внаслідок адаптації можуть і швидко змінюватися” [59]. Це підтверджує, що етапність генези невротичної особистості, яка була визначена вище, є цілком правильною.

1-ий етап	2-ий етап	3-ій етап	4-ий етап	5-ий етап
Невротичний стиль поведінки	Невротична тенденція	Невротичний процес	Невротичний стан	Невротична властивість (якість)

Рис. 2.1. Динаміка стадійної генези невротичної особистості

Неврози (тривожні розлади) можуть спричиняти у людини душевний неспокій, відчуття страху, на'язливі думки, нав'язливі фобії, нав'язливі дії, часте нагадування та обдумування травматичних епізодів, підвищену втомлюваність, слабкість, знижену працездатність, подразливість, хвилювання, тривожність, дратівливість, плаксивість, нервові напруження, безсоння або неглибокий сон з пробудженнями посеред ночі та з відчуттям невиспаності після сну. Нав'язливі думки, помилковість яких усвідомлює пацієнт, треба відрізнити від марень, які діагностуються в психозах. Невеликі стреси відчутно загострюють симптоми неврозу.

Неврози погіршують загальний стан здоров'я та самопочуття людини, знижують пам'ять, реакцію та концентрацію при здійсненні когнітивних функцій; неврози викликають загальну слабкість, астенію. Неврози можуть спричинювати біль в ділянці серця, головні болі та розлади шлунково - кишкового тракту. Невроз часто може проявлятися в таких негативних рисах характеру: нерішучість, зайва сумлінність, впертість, скнарність, перфекціонізм, прямолінійність, агресивність, конфліктність, вразливість, озлобленість, емоційне збудження, постійна настороженість, підозріливість, спотворене (викривлене) сприйняття реальності. Надмірну підозріливість та спотворене сприйняття реальності, які можуть з'являтися при неврозах, слід відрізнити від подібних рис характеру, характерних для шизофренії та інших психічних розладів.

Висновки до першого розділу

На основі розглянутих вище основних теоретичних аспектів неврозу можна зробити такі висновки:

1. Поняття неврозу досить широко використовують у теорії і практиці психології, психотерапії та психіатрії, особливо воно інтригує своєю психогенністю. Численні експериментальні інновації з'явилися в медицині ще у XVIII ст. (термін “невроз” належить шотландському лікареві В. Кулену, 1776), однак дифузність і слабка диференційованість термінологічного апарату, що окреслює поняття неврозу, зумовлює актуальність вивчення цієї проблеми й нині.

2. У численних медичних і психологічних працях акцентують, що в жодній іншій галузі не збереглося стільки неправильних концепцій і прямих помилок, як у вченні про невроз. Попри значну кількість досліджень неврозів, клінічну картину цих захворювань досі не з'ясували.

3. Дослідники, аналізуючи невротичні розлади, використовували різні відправні точки, тому не було єдиного стержня, навколо якого їх класифікували. Намагання врахувати сучасні погляди на психогенез невротичних розладів відображено в МКХ - 10, в якій відмовлено самотійному існуванню неврозам, однак термін “невротичний” як еквівалент неглибоких, перехідних поведінкових проблем залишився. Натомість в МКХ - 9 неврози були представлено достатньо широко й подано як окрему категорію. У клініках користуються сучасними міжнародними класифікаціями, однак їхній зміст теж не є повним.

4. В МКХ - 10 розглядають такі клінічні форми невротичних розладів: астенічний невроз (неврастенія); тривожно - фобічні невротичні розлади; невротична депресія; невроз нав'язливих станів; істеричний невроз; соматоформний невроз; реактивні (стресові) розлади.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

2.1. Характеристика вибірки та методів дослідження

Емпіричне дослідження було проведено серед 30 працівників АЗК - 14 “WOG” (автозаправочного комплексу з магазином, кафе, автомийкою, далі - автозаправка) в смт. Делятин.

Серед них: начальник мийки, адміністратор (заступник начальника), 11 операторів, 10 помічників оператора, 4 прибиральниці службових приміщень, начальник мийки і 2 чергових мийки.

Треба сказати, що більшість з працівників автозаправки спочатку відмовилися давати відповіді на чотири опитувальні анкети. Успішному проведенню опитування сприяло те, що АЗК - 14 “WOG” знаходиться за 100 м від місця проживання студентки - опитувальника і там працюють її батьки. Батько – помічник оператора, мати – оператор допомагали проводити роз'яснюючу роботу серед своїх товаришів по роботі про необхідність і важливість правдивих відповідей на питання опитувальних листів та гарантували їх повну конфіденційність.

Для кожного працівника нами було використано опитувальник мінімумт, опитувальник Хека-Хесса, опитувальник невротичної депресії Т. Ташева (1968), який включає 77 питань. Опитувальник А. Кокошкарвої (1976), який включає 83 питання. За сумарною оцінкою можна дослідити три можливі категорії: норма, виражені невротичні або неврозоподібні тенденції, виражені неврози або неврозоподібні стани.

Шкала № 1 ММРІ – шкала іпохондрії (Hs) - оцінює “близькість” опитуваного до астено-невротичного типу. Такі опитувані, як правило, повільні, пасивні, приймають все на віру, покірні до влади, повільно пристосовуються, погано переносять зміну обстановки, легко втрачають рівновагу в соціальних конфліктах.

Шкала № 2 – шкала депресії (D). Такі працівники – це чутливі, сензитивні особи, схильні до тривоги, боязкі, сором'язливі. У справах вони старанні, сумлінні, високоморальні та обов'язкові, але не здатні прийняти рішення самостійно, немає впевненості в собі, при найменших невдачах вони впадають у відчай.

Шкала № 3 – шкала істерії (Hy). Виявляє осіб, схильних до неврологічних захисних реакцій конверсійного типу. Вони використовують симптоми соматичного захворювання як засіб уникнення відповідальності. Всі проблеми вирішуються відходом у хворобу. Головною особливістю таких людей є прагнення здаватися більше, значніше, ніж є насправді, прагнення звернути на себе увагу у що б то не стало, спрага захоплення. Почуття таких людей поверхові й інтереси неглибокі.

Шкала № 4 – шкала психопатії (Pd). Віднесення працівника до цієї шкали свідчить про соціальну дезадаптацію, такі люди агресивні, конфліктні, нехтують соціальними нормами і цінностями. Настрій у них нестійке, вони уразливі, збудливі і чутливі.

Шкала № 6 – шкала паранойяльності (Pa). Основна риса людей за цією шкалою - схильність до формування надцінних ідей. Це люди односторонні, агресивні і злопам'ятні. Хто не згоден з ними, хто думає інакше, той чи дурна людина, чи ворог. Свої погляди вони активно насаджують, тому мають часті конфлікти з оточуючими. Власні найменші удачі вони завжди переоцінюють.

Шкала № 7 – шкала психастенії (Pt). Діагностується в осіб з тривожно-недовірливим типом характеру, яким властиві тривожність, боязкість, нерішучість, постійні сумніви.

Шкала № 8 – шкала шизоїдності (Se). Особам за цією шкалою властивий шизоїдний тип поведінки. Вони здатні тонко відчувати і сприймати абстрактні образи, але повсякденні радощі й прикрощі не викликають у них емоційного відгуку. Загальною рисою шизоїдного типу є поєднання підвищеної чутливості з емоційною холодністю і відчуженістю в міжособистісних відносинах.

Шкала № 9 – шкала гіпоманії (Ma). Для осіб за цією шкалою характерно піднесений настрій незалежно від обставин. Вони активні, енергійні та життєрадісні. Вони люблять роботу з частими змінами, охоче контактують з людьми, проте інтереси їх поверхневі і нестійкі, їм не вистачає витримки і наполегливості.

Подальші дослідження показали, що шифр (Pd) мають працівники, в яких було діагностовано виражений невроз, шифри (Pa) і (Se) властиві, в основному, працівникам, в яких спостерігається високий рівень тривоги, підвищена збудливість, тенденції до неврозу, а працівників з шифрами (D), (Ma), (Hs), (Pt) можна віднести до приблизної норми.

Опитувальник Хека - Хесс, або шкала скарг (BFB). Він стандартизований на хворих у віці від 16 до 65 років. При створенні його автори виходили з того, що скарги хворих неврозама носять специфічний характер і в них, на відміну від хворих з органічної соматичною патологією, переважають вказівки на вегетативні розлади і скарги психічного характеру.

Обстежуваному дається лист з переліком тілесних (порушення зору, двоїння в очах, напади астми, тахікардія, відчуття завмирання серця, тремтіння рук і т. п.) і психічних (порушення мови, заїкання, труднощі контакту, апатичність, страх залишатися одному і т. п.) скарг. Всього в скаргах фігурують більше 60 симптомів неврозів. Відповіді інтерпретуються за кількісними показниками з урахуванням статі, а для жінок - і віку. Можливі три типи сумарних оцінок: норма, приблизна діагностика неврозу, невроз.

2.2. Результати емпіричне дослідження невротичних розладів

Як видно з табл. 2.1 виражений невроз діагностується у 5 осіб із 30 опитаних, тобто приблизно у 17 %, з них у 2 жінок старше 50 років; у 9 осіб або у 30 % спостерігається приблизна діагностика неврозу (симптоми

неврастенії, депресії, іпохондрії тощо), з них у 5 жінок (1 особа до 40 років, 3 особи від 40 до 50 років і 1 особа старше 50 років); у 16 опитаних або у 53 % осіб мається приблизна норма, з них у 8 жінок (1 особа до 30 років, 1 особа від 30 до 40 років, 5 осіб від 40 до 50 років, 1 особа старше 50 років).

Таблиця 2.1

Результати дослідження по опитувальнику Хека - Хесса,
або шкалі скарг (BFB)

№№ п/п		Стадія неврозу			
		Виражений невроз	Приблизна діагностика (тенденція) неврозу	Приблизна норма	Разом
1	2	3	4	5	6
1.	Чоловіки – всього	3	4	8	15
2.	Жінки – всього	2	5	8	15
	у тому числі віком:				
	- 20 – 30 років	-	-	1	1
	- 30 – 40 років	-	1	1	2
	- 40 – 50 років	-	3	5	8
	- старші 50 років	2	1	1	4
3.	Разом	5	9	16	30

Опитування по шкалі тривоги Тейлора. Оцінка результатів дослідження за опитувальником Тейлора проводиться шляхом підрахунку кількості відповідей обстежуваного на 50 тверджень, які свідчать про рівень тривожності. Кожен такий відповідь оцінюється в 1 бал.

Сумарна оцінка 40-50 балів розглядається як показник дуже високого рівня тривоги, 25-40 балів свідчать про високий рівень тривоги, 15-25 балів - про середній (з тенденцією до високого) рівень, 5-15 балів - про середній (з тенденцією до низького) рівня і 0-5 балів - про низький рівень тривоги.

Результати дослідження по шкалі тривоги Тейлора

№№ п/п		Рівень тривоги			
		Високий	Середній – до високого	Середній – до низького	Разом
1	2	3	4	5	6
1.	Чоловіки – всього	4	4	7	15
2.	Жінки – всього	3	8	4	15
	у тому числі віком:				
	- 20 – 30 років			1	1
	- 30 – 40 років		1	1	2
	- 40 – 50 років	1	5	2	8
	- старші 50 років	2	2		4
3.	Разом	7	12	11	30

Як видно з табл. 2.2, дуже високий рівень тривоги в опитуваних не спостерігається; високий рівень тривоги має місце у 7 осіб, з них у 3 жінок; середній рівень тривоги (з тенденцією до високого) рівня - у 12 осіб, з них у 8 жінок; середній рівень тривоги (з тенденцією до низького рівня) - у 11 осіб, з них у 4 жінок; низький рівень тривоги – не спостерігається.

Як видно з табл. 2.3 виражений невроз діагностується у 5 осіб, із них у 2 жінок; невротичні тенденції спостерігаються у 9 осіб, з них у 5 жінок; а 16 опитаних осіб, у тому числі 8 жінок, показують приблизну норму.

Результати дослідження по невротично – депресивному
опитувальнику Т. Ташева

№№ п/п		Стадія неврозу			
		Виражений невроз	Приблизна діагностика (тенденція) неврозу	Приблизна норма	Разом
1	2	3	4	5	6
1.	Чоловіки - всього	3	4	8	15
2.	Жінки - всього	2	5	8	15
	у тому числі віком:				
	- 20 – 30 років			1	1
	- 30 – 40 років		1	1	2
	- 40 – 50 років		3	5	8
	- старші 50 років	2	1	1	4
3.	Разом	5	9	16	30

За даними опитувальника А. Кокошкаррової (1976), який включає 83 питання і за сумарною оцінкою виділяють три можливі категорії: норма, виражені невротичні або неврозоподібні тенденції, виражені неврози або неврозоподібні стани, можна простежити, що у 7 осіб спостерігаються ознаки вираженого неврозу або неврозоподібного стану, з них у 3 жінок; у 10 осіб діагностуються невротичні або неврозоподібні тенденції, з них у 6 жінок; у 13 осіб виявляється приблизна норма, з них у 6 жінок (див. табл. 2.4)

Результати дослідження по опитувальнику А. Кокошкарвої

№№ п/п		Стадія невроту			
		Виражений неврот	Приблизна діагностика (тенденція) невроту	Приблизна норма	Разом
1	2	3	4	5	6
1.	Чоловіки - всього	4	4	7	15
2.	Жінки - всього	3	6	6	15
	у тому числі віком:				
	- 20 – 30 років	-	-	1	1
	- 30 – 40 років	-	1	1	2
	- 40 – 50 років	1	2	4	7
	- старші 50 років	2	3	-	5
3.	Разом	7	10	13	30

Отже, проведені емпіричні дослідження показують приблизно однаковий результат. Звичайно, ці результати досліджень залежать від позиції опитуваного, зокрема, при негативному відношенні до дослідження або при побоюванні розголошення результатів виходять недостовірні дані. Тому студент - опитувальник при допомозі батьків, які добре знають особливості характеру опитуваних (своїх товаришів по роботі), зі згоди останніх вносили певні корективи у їх відповіді на питання опитувальних листів.

Проведені дослідження показують, що в середньому 20 % опитуваних, або кожний 5-й працівник АЗК-14 має симптоми вираженого невроту, в основному, неврастенії (підвищена нервова збудливість і т. п.); у 33 % працівників або в кожного третього спостерігаються симптоми приблизної діагностики невроту або невротичні тенденції; у 47 % або майже у половини опитаних маються незначні симптоми невроту, що дозволяє говорити про приблизну його норму.

Із проведених досліджень видно, що у 50 % чоловіків симптоми свідчать про приблизну норму, тоді як серед жінок в нормі знаходяться 43 %; тенденція до неврозу спостерігається у 27 % чоловіків, а серед жінок – у 40 %. Явні симптоми неврозу виражені у 3-4 чоловіків, а у жінок – у 2-3 осіб.

Отже, емпіричні дослідження, проведені по 4-х методиках в колективі з 30 осіб, свідчать:

- кожний п'ятий працівник колективу має симптоми неврозу, в основному неврастенії; кожний третій – має тенденцію до невротичних захворювань; кожний другий – знаходиться в приблизній нормі (має деякі несуттєві симптоми неврозу);

- неврози властиві переважно особам старшого віку (більше 50 років);

- жінки мають більшу тенденцію до невротичних розладів ніж чоловіки.

Висновки до розділу 2

Виходячи із проведеного вище дослідження неврозу як одного з найпоширеніших нервово - психічних захворювань можна зробити наступні висновки.

Емпіричні дослідження, проведені на основі 4-х методиках в колективі з 30 осіб, свідчать:

- кожний п'ятий працівник колективу має симптоми неврозу, в основному неврастенії; кожний третій – має тенденцію до невротичних захворювань; кожний другий – знаходиться в приблизній нормі (має деякі несуттєві симптоми неврозу);
- неврози властиві переважно особам старшого віку (більше 50 років);
- жінки мають більшу тенденцію до невротичних розладів ніж чоловіки.

Клінічні ознаки неврозу виявляються як на психоемоційному, так і фізичному рівні. Так, людина може помічати: рясне потовиділення; прискорену частоту серцевих скорочень; сухість в роті; шкірні висипання; тремор пальців; за грудиною біль, відчуття браку повітря; зорову дисфункцію у вигляді погіршення видимості предметів; наявність почуття, що сходить з розуму; занепокоєння; вразливість; дратівливість; апатію; почуття розбитості; втому; часті зміни настрою.

Неврози мають динамічну та різноманітну психопатологічну й соматичну симптоматику на тлі недостатності психічного захисту з формуванням конфлікту, який проявляється функціональними порушеннями в різних сферах (емоційній, вегетативній, ендокринній, соматичній тощо). Невроз має динамічний характер як щодо темпів поширення, так і щодо процесу розвитку в окремій особистості.

РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГО ВТРУЧАННЯ ПРИ НЕВРОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДАХ

3.1. Комплексність медико-психологічно дослідження

При появі перших симптомів не варто зволікати з походом до спеціаліста, адже неврологічні порушення дуже важливо діагностувати на перших стадіях, коли не виникли непередбачувані ускладнення. Всі вони можуть бути оцінені за допомогою неврологічного обстеження, а потім вивчені та проліковані спеціалістами з неврології та клінічної нейропсихології та загальної медичної психології. Неврологічне обстеження певною мірою може оцінити вплив неврологічних порушень на роботу мозку з точки зору поведінки, пам'яті чи пізнання. На цьому спеціалізується поведінкова неврологія. Крім того, також і клінічна нейропсихологія використовує нейропсихологічну оцінку для точного виявлення та відстеження проблем психічного функціонування, як правило, після якоїсь травми мозку або неврологічних порушень.

Як варіант, стан може спочатку бути виявлений через наявність порушень психічних функцій, а подальша оцінка може вказувати на основні неврологічні розлади.

Неврологічні обстеження можуть певною мірою оцінити вплив неврологічних розладів на поведінку мозку, пам'ять або когнітивні функції. Це спеціалізація поведінкової неврології. Крім того, клінічна нейропсихологія використовує нейропсихологічні оцінки для точного визначення та відстеження проблем у психічному функціонуванні, часто після певної травми головного мозку або неврологічного розладу.

Спочатку стан може бути виявлено за наявністю порушення психічної функції, а подальше обстеження може вказати на наявність основного неврологічного розладу. Іноді існує нечітка межа між розладами, які

лікуються в неврології, та психічними розладами, які лікуються в інших медичних спеціальностях психіатрії або інших спеціальностях психічного здоров'я, таких як клінічна психологія. На практиці випадки можуть бути одним типом, але оцінюватися як більш відповідні іншому. Нейропсихіатрія стосується психічних розладів, що виникають внаслідок конкретних виявлених захворювань нервової системи.

Існують методи інструментальної діагностики неврологічних захворювань:

- електроенцефалографія (ЕЕГ);
- електрокардіографія;
- ехокардіографія;
- реоенцефалографія (РЕГ);
- доплерографія судин голови та шиї;
- комп'ютерна томографія (КТ);
- рентгенографія;
- електронейроміографія.

Використання сучасного діагностичного обладнання разом із новітніми комп'ютерними технологіями дозволяє неврологам детально вивчити і всебічно проаналізувати стан різних структур мозку і його судин [21].

Лікування неврологічних захворювань різноманітне та залежить від конкретної нозологічної форми. Лікарі використовують такі методи терапії неврологічних розладів та захворювань:

- медикаментозна терапія;
- голкорексфлексотерапія;
- мануальна терапія;
- фізіотерапія;
- масаж;
- психотерапія.

Лікувальні втручання при неврологічних розладах включають профілактичні заходи, зміни способу життя, фізіотерапію, нейрореабілітацію,

лікування болю, зокрема, медикаментозне лікування, оперативні втручання, які здійснюються нейрохірургами, та певну дієту.

Лікування у стаціонарі проводиться у випадках тяжких, гострих захворювань, таких як: інсульт, полінейропатії, міастенія, гострі болі в спині та інші – коли обстеження та лікування в амбулаторних умовах неможливе.

Неврози є поширеною патологією, при цьому останнім часом кількість хворих на них стрімко зростає, що пов'язують із соціальними перетвореннями, зумовленими тотальним наступом науково - технічного прогресу. Поряд з явними перевагами він несе необхідність мобілізації адаптивних ресурсів особистості, до чого не всі виявляються готовими. Про поширеність неврозів серед населення свідчить їхня значна частка в структурі інших психічних захворювань, яка, за даними різних авторів, становить 15 - 30%. Своєчасність проведення обстеження, постановка діагнозу та диференційна терапія значно підвищують ефективність лікування хворих.

Невроз – далеко не кожна людина знає, що саме означає це слово. Неврози – це загальна назва для багатьох функціональних (оборотних) розладів діяльності нервової системи, що мають психогенні коріння. До неврозів відносять різні нервово - психічні розлади, які мають схожу клініку і загальні механізми походження. Можливі й порушення в роботі вегетосудинної системи, компульсія, і дистимія, і різні фобії, і невротичний розлад соматичного походження.

Неврози – це група функціональних, психогенно зумовлених психічних захворювань з тенденцією до транзиторного затяжного перебігу, які клінічно характеризуються астеничними синдромами, нав'язливими станами та істеричними розладами за відсутності порушень відображення реальності й усвідомлення власного стану. Неврози потрібно відрізнити від неврозоподібних розладів, які зазвичай клінічно представлені у вигляді симптомів астенії, obsesивно - фобічних чи істеричних розладів, що не мають психогенного походження і складають клінічну картину інших затяжних

психічних (наприклад шизофренія) або соматичних (гіпертензивна хвороба, пептична виразка) захворювань. Отже, від неврозів слід відрізнити неврозоподібні розлади, які виникають як ускладнення соматичних і неврологічних захворювань, медикаментозної терапії.

З метою диференційної діагностики [15] з власне невротичними і неврозоподібними розладами використовують нейрофізіологічний метод (ЕЕГ), де дані спектрального аналізу основних ритмів ЕЕГ свідчать про те, що для пацієнтів з невротичними і неврозоподібними розладами характерні:

- загальні, універсальні зміни ЕЕГ, що відображають порушення інтегративної діяльності мозку (зниження спектральної потужності альфа - ритму і його частоти, підвищення потужності бета - ритмів);

- специфічні зміни (підвищення потужності тета - ритму у правій скроневій області), ймовірно зумовлюють виникнення симптоматики, незалежно від того, на якій основі – психогенній або органічній – вони розвиваються;

- відмінною особливістю пацієнтів з неврозоподібними розладами від пацієнтів з невротичними порушеннями є підвищення потужності дельта - ритму, що може вказувати на більш глибокі патологічні зміни, в тому числі і структурні.

Наявність більш виражених нейропсихологічних симптомів є істотною діагностичною ознакою при виявленні неврозоподібних розладів, тоді як правопівкульний тип функціональної міжпівкульної асиметрії головного мозку характерний для невротичних розладів [8].

При встановленні діагнозу важливо враховувати різні форми прояву невротичних станів:

- невротичні розлади (звичайні неврози);
- невротичні розлади, що виникають на тлі резидуально органічних змін головного мозку;
- поєднання невротичних розладів з іншими захворюваннями;
- невротична фіксація проявів різних захворювань;

- неврозоподібні розлади;
- особлива група хворих з так званою спонтанною ремісією алкоголізму, число яких зростає [35].

Найважливіше при постановці діагнозу “невроз” – це виключити наявність захворювань психіатричного, неврологічного та соматичного плану, які часто досить схожі по своїй клініці на нього. Загальноприйняте лікування неврозів зазвичай складається з медикаментозної терапії та психотерапевтичних курсів.

В сучасній медицині під неврозами часто мають на увазі нервово - психічні розлади, які настали в результаті стресу. Є ще і неврозоподібні синдроми – до них відносяться порушення, що відбулися з інших причин (травма, інтоксикація організму, тяжке захворювання).

Медична діагностика (дав.-гр. здатний розпізнавати) – комплекс заходів та досліджень, спрямованих на встановлення діагнозу, тобто точної причини захворювання, а також змін внутрішнього середовища організму та супутніх захворювань, та призначення ефективного лікування захворювання. Медична діагностика поділяється на семіотику; методи обстеження хворих, які поділяються на фізикальні методи обстеження, лабораторні та інструментальні; а також методологічні основи встановлення діагнозу [21].

Як критерії діагностики неврозів А. Вейн виокремлює такі компоненти:

- 1) наявність психотравмуючої ситуації (психогенія має бути індивідуально значущою і тісно пов’язаною з дебютом і перебігом захворювання);
- 2) наявність невротичних властивостей особистості і брак психологічного захисту;
- 3) вияв характерного типу невротичного конфлікту;
- 4) невротичні симптоми, яким притаманна значна динамічність і які взаємопов’язані з рівнем напруження психологічного конфлікту [2].

Першим кроком у лікуванні неврозу є вивчення симптомів, неврологічне обстеження, і, нарешті, встановлення діагнозу. На прийомі у лікаря пацієнт повинен детально описати ознаки неврозу – як давно з’явилися скарги на біль

і розповісти про свій психоемоційний стан. Лікар - невролог спробує визначити, чи є у хворого міжособистісні або внутрішні конфлікти.

3.2. Психотерапія як ключовий метод лікування неврозів

Неврози лікують медикаментозними та психологічними методами. Лікування неврозу, особливо, нав'язливих станів, потребує застосування різноманітних методів, ключову роль серед яких відіграє психотерапія. Проблема лікування неврозу полягає у багатьох випадках в страху людини звернутися за допомогою до психотерапевта. Люди бояться почути діагноз, пов'язаний з проблемами в його психіці, тому що не розуміють різницю між психіатром і психотерапевтом. У той же час широкий вибір седативних засобів в аптеках дозволяє людям самостійно призначати собі ліки, тим самим посилюючи перебіг захворювання. Запорука успішного лікування неврозу – своєчасне звернення до фахівців.

Лікування неврозу – це, перше, усунення психотравматичної ситуації, стресів або пом'якшення реакції на них пацієнта. У важких випадках хворих госпіталізують у санаторні відділення психоневрологічних лікарень. Вилучення пацієнта з ситуації, яка травмує (сімейні негаразди, конфлікт на роботі тощо), та загальнозміцнювальне лікування мають позитивний ефект.

В. Таран підкреслює, що "... спочатку хворим людям та українському суспільству в цілому необхідно позбутися невротичних симптомів, що отруюють їх життя. У подальшому їм необхідно оволодіти методиками самоконтролю, навчитися ефективно і не агресивно взаємодіяти з дійсністю та одне з одним. У процесі лікування хворі повинні навчитися усвідомлювати і правильно висловлювати свої почуття, переосмислити негативний життєвий досвід, переставати сприймати себе як жертву життєвих обставин, знайти позитивний погляд на себе, оточуючих і весь Інший Світ. Найголовнішим викликом для "емоційно хворого суспільства" стане навчитися сприймати

думку та позицію інших членів суспільства, долаючи в собі агресію по відношенню до них та їхніх ідей” [42].

На початковому етапі лікування лікар часто призначає психотропні препарати, які дозволяють стабілізувати психоемоційний стан людини. Потім призначаються сеанси психотерапії, де фахівець розкриває внутрішній світ людини, виявляє причину неврозу і допомагає разом подолати хворобу.

Призначення транквілізаторів дає можливість зменшити збудливість, дратівливість, поліпшити сон, усунути вегетативні прояви неврозу. Крім цього, широко використовуються інші групи ліків, такі як антидепресанти, нейролептики, ноотропи. Мета психотерапії полягає в розумінні пацієнтом впливу стресу на процес розвитку неврозу.

Перебіг неврозу пов'язаний з одночасним зниженим рівнем мозкового серотоніну, тому для лікування неврозів призначають тривалий прийом антидепресантів – селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну. Необхідно також усувати фактори, що понижують рівень мозкового серотоніну.

На початку лікування неврозів антидепресантами сильно проявляються побічні дії антидепресанту, симптоми та загальний стан хворого можуть погіршуватися. Через те важливо не кидати та не переривати призначеного лікування неврозу антидепресантами. У такому випадку дози антидепресантів зменшують у декілька разів і поступово, зважаючи на вплив їхньої дії на пацієнта, доводять до рекомендованої величини. З часом тривалого прийому антидепресанту його побічні дії та прояви неврозу зменшуються і загальний стан хворого покращується. Антидепресант лікар повинен підбирати індивідуально залежно від того, як хворий його переносить та наскільки ефективним він є для конкретних симптомів неврозу. Лікування неврозів антидепресантами може тривати декілька місяців. У деяких випадках лікування невротичного розладу антидепресантами може тривати 1 - 4 роки. У разі потреби лікування неврозу антидепресантами слід повторити [27].

Серед методів нетрадиційної медицини для терапії неврозів застосовують акупунктуру, акупресуру, медитацію, йогу, фізіотерапію (зокрема, фізіотерапію гарячою та холодною водою).

При лікуванні хворих неврозом перш за все необхідно постаратися усунути несприятливі фактори, які спровокували захворювання, а потім проводити такі лікувальні заходи, як психотерапія, медикаментозне і фізіотерапевтичне лікування, лікувальна фізкультура, санаторно - курортне лікування.

На тлі пом'якшення невротичної симптоматики, яку досягають за допомогою тривалого лікування медикаментами, проводять психотерапію:

- когнітивно - поведінкова терапія: вироблення у хворого правильної реакції на ситуацію, закріплення у нього певних поглядів на свою поведінку в травматичній ситуації, зміна способу реагування на неї;
- аутогенне тренування;
- групова психотерапія хворих з різними формами неврозів;
- гіпнотерапія;
- дихальні вправи на розслаблення [23].

Психотерапія – це загальний термін, який використовується для опису процесу лікування психологічних та психічних розладів за допомогою словесних та психологічних технік. Під час цього процесу навчений психотерапевт допомагає пацієнтові вирішити конкретні чи загальні проблеми, такі як психічне захворювання чи джерело життєвого стресу. Залежно від підходу, який використовується терапевтом, може використовуватися широкий спектр технік і стратегій. Майже всі види психотерапії включають розвиток терапевтичних відносин, спілкування і створення діалогу, а також роботу з подолання проблемних думок або поведінки.

Психотерапія нині швидко розвивається, зростає число психологів - практиків, які надають психотерапевтичні послуги населенню з широкого кола проблем. Проте високоякісна психологічна допомога у своїх кращих

професійних зразках, як і раніше, мало доступна, особливо поза межами великих міст і наукових центрів. Гостро стоїть проблема теоретичної і практичної підготовки спеціалістів, підвищення їхньої кваліфікації, контролю за професійними стандартами психотерапевтичної роботи [19].

Психотерапія ділиться на раціональну і каузальну. Раціонально - емоційно - поведінкова терапія (РЕПТ) – підхід в психотерапії, створений Альбертом Еллісом у 1955 році та розглядаючий як головну причину психічних розладів помилкові, ірраціональні когнітивні установки, а не минулий досвід індивіда. До раціональної психотерапії відноситься, зокрема, метод “перевиховання”, при якому, як при навчанні, розвивається і зміцнюється інтелект хворого. Його вчать правильно дивитися на речі та явища свого життя, привчають до корекції масштабу своїх переживань. Хворому роз’яснюють фізіологічну сутність неврозу і його суб’єктивних скарг, переконують у можливості повного вилікування.

Каузальною психотерапією досягають усвідомлення хворим чинників, які привели до виникнення неврозу і розуміння причин його розвитку, що допомагає хворому перемогти хворобу. Важливим лікувальним фактором є аутогенне тренування. Необхідні строгий режим праці, відпочинку, сну, харчування, звільнення від додаткових навантажень. Призначають загальнозміцнююче лікування, при необхідності – седативні засоби.

Н. Каліна зробила спробу обґрунтувати лінгвістичну парадигму психотерапевтичної діяльності. Корінним феноменом всіх видів психотерапії є дискурс – мова, занурена в життя учасників терапевтичного процесу. Психотерапевтичне взаємодія являє собою дискурсивну практику – специфічну форму використання мови для виробництва мови, за допомогою якої здійснюється зміна концепту (моделі) навколишньої дійсності, трансформація системи особистісних смислів суб’єкта. Сутність психологічної допомоги полягає в зміні уявлень клієнта про світ і себе самого, завдяки чому він може, отримавши нові знання, виробити більш продуктивні думки і установки і сформулювати більш ефективні і

задовольняють його ставлення до людей, речей і подій. Зусилля лінгвістичної психотерапії зосереджені на вивченні процесів моделювання реальності в психіці клієнта і об'єктивації цих моделей в його дискурсі, зверненому до терапевта [13].

Медикаментозне лікування повинно бути направлено на нормалізацію основних нервових процесів – збудження і гальмування. З цією метою проводиться терапія бромом і кофеїном. Бром посилює процеси гальмування, а кофеїн підвищує силу збуджуючого процесу. Вміле поєднання цих препаратів дає можливість в одних випадках зміцнити процеси гальмування, а в других – посилити процеси збудження.

Призначають мікстуру І. Павлова: при переважанні процесів збудження підвищують дозу натрію броміду і знижують дозу кофеїну - бензоат натрію, а при переважанні гальмівних процесів – навпаки.

Рекомендується продовжений нічний сон, а також денний сон у випадках, коли хворий проводить лікування в стаціонарі або санаторії. З цією метою призначають снотворні засоби (Фенобарбітал, Ноксірон, Седуксен, Еуноктін та ін.)

З фізіотерапевтичних процедур можна призначати водні процедури (солено - хвойні, вуглекислі та інші ванни, душ Шарко, циркулярний душ, вологі укутування), масаж комірної зони. Рекомендується ранкова гімнастика, легкі спортивні ігри, лікувальна фізкультура (для хворих з переваженням збуджуючого процесу менш активна, а для хворих з переваженням гальмівних процесів – більш активна).

Для хворих, які страдають неврозом нав'язливих станів, санаторно - курортне лікування в санаторіях загального профілю не показано. Їх необхідно направляти в санаторії невросоматичного типу.

В останній час в комплекс лікування неврозів вводять систему аутогенного тренування: людина вчиться регулювати свої емоції, внутрішньо розслаблюватися, заспокоюватися. Такі заняття проводять спеціалісти в лікувальних закладах, в санаторіях, а якщо немає можливості пройти такий

курс аутогенного тренування, то можна постаратися самому управляти своїми емоціями, настроєм, що, при бажанні, по силах кожному.

Отже, невроз виліковується. Щоб відновити душевну рівновагу, подолати депресії і тривожні стани, існує багато методик – лікарські та народні засоби, медитація, дихальна гімнастика, різні методи психотерапії. Використовуючи кілька методів у комплексі, можна назавжди вилікуватися від неврозів.

Застосування лікарських препаратів носить допоміжний характер. Для позбавлення від неврозів лікарі рекомендують для початку використовувати більш щадні, але не менш ефективні методи.

При призначенні препаратів лікарі намагаються починати терапію з ліків, які не викликають звикання, мають м'яку терапевтичну дію.

Для усунення проявів неврозів без ліків найчастіше використовують різні види арт - терапії – лікування музикою, танцями, кольором, добре допомагає малювання. Музика здатна впливати на різні фізіологічні процеси в організмі – нормалізує артеріальні показники, серцевий ритм, частоту дихання, покращує роботу нервової системи.

Музикотерапія має на увазі активну та пасивну участь – можна просто прослуховувати або грати на музичних інструментах самотійно. Сеанс музикотерапії триває близько півгодини. Для відновлення нервової системи потрібно 15 – 20 процедур. Найчастіше використовують класичні твори Моцарта, Бетховена, Чайковського. Пройти лікування можна самотійно або за допомогою психотерапевта.

Кольоротерапія у лікуванні неврозів – один з найпростіших методів терапії. Достатньо додати в інтер'єр деякі кольори, щоб почуватися спокійніше та краще.

Щоб швидше позбутися неврозу без таблеток, необхідно переглянути раціон – у меню має бути більше свіжих сезонних овочі та фруктів, зелені, жирної риби, томатів, бананів. За добу слід випивати не менше 2 л чистої води. А від вживання цукру, напоїв з кофеїном слід відмовитись.

Фізичні вправи – один з основних елементів ефективного лікування та профілактики неврозів (спеціальний комплекс вправ). Доповнити комплекс вправ можна дихальною гімнастикою Стрельникової, йогою, цигун, медитацією, плаванням.

Ефективними є народні методи. Лікування неврозів самому в домашніх умовах – цілком посильне завдання, впоратися з неприємними симптомами допоможе фітотерапія, продукти бджільництва.

Якщо є можливість, потрібно відправитися в подорож або просто ненадовго змінити звичну ситуацію – це допоможе відновити нервову систему.

Для лікування неврозів також застосовують природні адаптогени, психостимулятори та антидепресанти, зокрема женьшень, елеутерокок, левзею сафлороподібну (маралій корінь), огіркову траву бораго, котячу м'яту, звіробій тощо. Для пом'якшення проявів неврозу рекомендують застосування заспокійливих, седативних препаратів рослинного походження: валеріани, лаванди, плодів глоду, м'яти, трави материнки, півонії ухилистої, меліси звичайної, хмелю лікарського, собачої кропиви, трави пасифлори, ромашки, насіння зіра (куміну), насіння коріандру тощо, і створених на їхній основі комбінованих препаратів, які часто застосовують для лікування неврозу серця: валокорміду, валокордіну, корвалтабу, корвалдину, барбовалу, валоседану, корвалолу, корвалзиду, крапель Зеленіна, мікстури Кватера, новопаситу, персену, крапель заспокійливих, збору заспокійливого тощо.

Деякі сільськогосподарські культури, зокрема коріандр (кінза), петрушка, салат сійний, у великих кількостях проявляють заспокійливі, седативні властивості й можуть використовуватися як природні анксиолітики для пом'якшення симптомів неврозу. Вживання риб'ячого жиру, насиченого омега-3 жирними кислотами, помітно знижує прояви тривожних розладів. Для профілактики неврозів необхідно вживати достатню кількість вітамінів

групи В, С та особливо вітаміну Д та мінеральних комплексів, які містять магній та калій.

Світлова терапія використовується для профілактики та лікування неврозів, які спричинює сезонна депресія. Прогулянки в сонячні дні або світлотерапію білим світлом застосовують як необхідну умову для достатнього продукування серотоніну в мозку людини, відсутність якого призводить до загострення неврозів та депресії.

Найбільш ефективним методом лікування неврозів є поєднання медикаментозного лікування з когнітивно - поведінковою терапією. Немає контрольованих досліджень, які демонструють ефективність динамічної психотерапії чи психоаналізу для терапії головних проявів obsesивно - компульсивного розладу. На сьогодні мало є об'єктивних доказів того, що психоаналіз дозволяє людям подолати такі психологічні проблеми як депресія чи неврози. Немає доказів, що загальне консультування, психодинамічна психотерапія, гіпнотерапія, трансакційний аналіз є ефективні для лікування неврозу нав'язливих станів.

Серед методів нетрадиційної медицини для терапії неврозів застосовують акупунктуру, акупресуру, медитацію, йогу, фізіотерапію (зокрема фізіотерапію гарячою та холодною водою). Також інтенсивні заняття спортом, особливо бігом, помітно зменшують прояви неврозу. Проводяться заходи з соціальної реабілітації.

При неврозах важливо правильно організувати день і пам'ятати про відпочинок та достатню кількість годин для сну. Різноманітні захоплення, хобі, спілкування з людьми загалом сприяють покращенню ментального здоров'я при неврозах.

У лікуванні неврозів важливе значення має психологічна і фізична реабілітація. Психологічна реабілітація (іноді соціальна реабілітація) – комплекс заходів реабілітаційної (відновлювальної) медицини, спрямованих на відновлення психічних та фізичних сил в людини, яка має нервово - психічний розлад до контрольного рівня, тобто здатності працювати. Інакше

кажучи, психологічна реабілітація – це система заходів, спрямованих на відновлення, корекцію психологічних функцій, процесів, якостей, властивостей особистості, створення сприятливих умов для її розвитку та утвердження.

Реабілітаційні заходи проводять для відновлення позитивного ставлення хворого до родини, суспільства, життя та попередження формування нервово - психічного дефекту в хворого зі схильністю до самоізолювання. Тривале активне лікування хворого приводить до компенсації психічного стану, що дає можливість хворому тримати під власним контролем остаточні прояви своєї хвороби. На цьому етапі проводять стимуляцію соціальної активності хворого з метою відновлення соціальних зв'язків з оточенням.

Реабілітаційні заходи проводяться у медичному стаціонарі та в амбулаторних умовах. У здійсненні реабілітації медичний персонал відіграє важливу роль, контролюючи систематичне виконання хворим реабілітаційних заходів зі збільшення трудового навантаження, враховуючи індивідуальну схильність хворого та його інтереси.

Під час лікування хворому важливо захистити себе від надмірного емоційного навантаження та конфліктів. Більше відпочивати, збалансовано харчуватись та гуляти на свіжому повітрі. Оскільки неврози відносять до категорії оборотних захворювань, причиною розладу, як правило, стають зовнішні чинники, які впливають на психоемоційний стан: хронічні стреси та нервові напруження; психологічна травма (смерть близької людини, розлучення, тощо); хронічне недосипання; перевтома. Інколи каталізатором розвитку неврозу можуть стати вроджені особливості характеру та темпераменту людини [41].

3.2. Соціально – психологічні засоби профілактики та попереджень розвитку неврозу

Профілактика захворювань – це ефективний комплекс заходів, які спрямовані на раннє виявлення, запобігання виникнення або загострення хвороби, а також на збереження та зміцнення здоров'я. В основі профілактики неврозів лежить активний та здоровий спосіб життя, регулярні фізичні вправи, прогулянки на свіжому повітрі, відсутність або зниження стресів, повноцінний відпочинок та сон, забезпечення організму вітамінами, мінералами тощо [49].

О. Гуменюк з Тернопільського НТУ ім. Івана Пулюя поглибила і систематизувала загальні знання щодо проблеми профілактики і попередження невротичного розвитку особистості, для ознайомлення людей із цим захворюванням, його симптоматикою та методами профілактики. Зокрема, у профілактичних і просвітницьких цілях нею розроблено і проводяться лекції на тему “Що таке невроз”. Заходи профілактики неврозу включають в себе знаходження балансу між роботою і відпочинком, наявність якогось хобі, регулярні прогулянки на свіжому повітрі. Крім того, слід знайти можливість для зняття психічного напруження. Ведення щоденника може бути хорошим варіантом. Ці та інші рекомендації наведені в лекції [11].

Розробка дієвих соціально - психологічних засобів профілактики невротичних розладів серед населення займає вагомую роль в суспільному повсякденні, оскільки вони становлять небезпеку для держави і майбутнього нації. Загалом невроз – це захворювання, що стосується фізичної або психічної залежності людини від стресів та поступово спричинює руйнування організму.

Відомо, що невротична залежність має серйозні негативні наслідки не тільки для самих хворих, а й для усього суспільства. На сьогодні сформувалося два основні підходи до боротьби з поширенням неврозів: а)

традиційний підхід (зосереджує увагу на боротьбі з невротизмом); б) інноваційний (акцентує зусилля на негативних наслідках невротизму).

Відповідно до зазначеного, вагомим завданням суспільства є створення програми профілактики невротичних розладів серед населення, у т. ч. й серед молоді. Соціально - психологічні засоби запобігання невротичних захворювань допоможуть актуалізувати креативний потенціал кожного, котрий стане як шляхом подолання агресії, депресії, виходу із важких внутрішньоособистісних ситуацій, так і складних міжсуб'єктних аспектів соціальної взаємодії [25].

Попередити невротизм значно легше, ніж його лікувати. Список рекомендацій досить простий. Перш за все, необхідно позбутися шкідливих звичок – куріння і вживання спиртних напоїв тощо. Як не банально це звучить, але потрібно вести здоровий спосіб життя. Корисні щоденні 2-годинні прогулянки на свіжому повітрі, помірні заняття спортом, дотримання режиму сну (не менше 8 годин) і неспання. Контроль кров'яного тиску обов'язковий.

Харчуватися потрібно не рідше 2 - х разів на день. У раціоні має бути достатня кількість фруктів та овочів, які насичують організм потрібними йому вітамінами. І вдома, і на роботі, не дивлячись на ні на що, намагатися уникати конфліктних ситуацій.

Важливо пам'ятати, що тривалий стан невротизму загрожує депресією та порушенням соціальної адаптації. Своєчасне виявлення проблеми – запорука успішного і швидкого лікування. Тому повинен стати правилом періодичний профілактичний огляд у лікаря. Не варто затягувати з візитом в клініку, якщо проблема стає очевидною. Потрібно переймати хороші традиції європейців. Одна з них – звернення до психолога або психіатра, якщо виникли внутрішні або міжособистісні конфлікти, з якими не можете впоратися самотійно.

Невротизм – тривожний стан, зумовлений впливом різних чинників. Невротичний стан є хворобою, тому його виникнення потребує лікувального підходу. На початковій стадії розвитку достатнім може бути застосування профілактичних заходів. В основі профілактики невротизму лежить активний та

здоровий спосіб життя, регулярні фізичні вправи, прогулянки на свіжому повітрі, відсутність або зниження стресів, повноцінний відпочинок та сон, забезпечення організму вітамінами, мінералами тощо. Коротше кажучи, профілактика неврозу – це зміцнення нервової системи. Ряд профілактичних заходів включає творчість, що дозволяє виражати як позитивні, так і негативні емоції (замість того, щоб тримати їх у собі), щоденний сон тривалістю 6-8 годин і суворе дотримання режиму праці та відпочинку.

Варто збільшити у раціоні вміст “антистресових” продуктів, до складу яких входить серотонін – гормон, який відповідає за відчуття щастя.

Щоб уникнути неврозів рекомендується:

- спати мінімум 7- 8 годин;
- знайти цікавий собі активний вид спорту, хобі;
- щодня гуляти на свіжому повітрі;
- приймати контрастний душ, правильно харчуватися, відмовитися від згубних звичок (додатки Л, М);
- навчитися прощати, помиритися з усіма близькими людьми;
- не звалювати на себе багато зобов’язань;
- шукати час для приємної розрядки – малювання, боулінгу, танців;
- не засмучуватися через дрібниці, навчитися протистояти стресам;
- балувати, любити, цінувати себе;
- перестати бути трудоголіком, розібрати завали зі справами,

правильно розподіляти навантаження, щоб не допускати авралів [44].

Одне з основних правил для запобігання неврозам – потрібно позбавитися всіх речей, справ та людей, які викликають негативні емоції.

Щоб відновити нервову систему використовують масаж, акупунктуру, водні процедури, електросон, обгортання, дарсонваль - терапію.

Необхідно ретельно перевірити рівень гормонів в організмі, оскільки на розвиток і перебіг депресії та неврозу впливає рівень гормонів, особливо – рівень гормонів щитоподібної залози [41].

Висновки до третього розділу

На основі вивчення методів лікувального втручання при неврологічних розладах можна зробити наступні висновки.

1. Лікувальні втручання при неврологічних розладах включають неврологічне обстеження, діагностику, профілактичні заходи, зміни способу життя, фізіотерапію, нейрореабілітацію, лікування болю, зокрема, медикаментозне лікування, оперативні втручання, які здійснюються нейрохірургами, певну дієту тощо. Так, при деяких нейропсихічних захворюваннях можливі нейрохірургічні методи лікування (синдром Туретта, хвороба Паркінсона, есенціальний тремор та обсесивно - компульсивний розлад).

2. Неврологічне обстеження – при появі перших симптомів не варто зволікати з походом до спеціаліста, адже неврологічні порушення дуже важливо діагностувати на перших стадіях, коли не виникли непередбачувані ускладнення. Всі вони можуть бути оцінені за допомогою неврологічного обстеження, а потім вивчені та проліковані спеціалістами з неврології та клінічної нейропсихології та загальної медичної психології.

3. Медична діагностика – комплекс заходів та досліджень, спрямованих на встановлення діагнозу, тобто точної причини захворювання, а також змін внутрішнього середовища організму та супутніх захворювань, та призначення ефективного лікування захворювання.

4. Як критерії діагностики неврозів науковцями виокремлюються такі компоненти:

– наявність психотравмуючої ситуації (психогенія має бути індивідуально значущою і тісно пов'язаною з дебютом і перебігом захворювання);

– наявність невротичних властивостей особистості і брак психологічного захисту;

– вияв характерного типу невротичного конфлікту;

– невротичні симптоми, яким притаманна значна динамічність і які взаємопов'язані з рівнем напруження психологічного конфлікту.

5. Лікування неврозу – це, перше, усунення психотравматичної ситуації, стресів або пом'якшення реакції на них пацієнта. У важких випадках хворих госпіталізують у санаторні відділення психоневрологічних лікарень. Вилучення пацієнта з ситуації, яка травмує (сімейні негаразди, конфлікт на роботі тощо), та загальнозміцнювальне лікування мають позитивний ефект.

6. На тлі пом'якшення невротичної симптоматики, яку досягають за допомогою тривалого лікування медикаментами, проводять психотерапію, яка включає: когнітивно - поведінкова терапію, тобто вироблення у хворого правильної реакції на ситуацію, закріплення у нього певних поглядів на свою поведінку в травматичній ситуації, зміну способу реагування на неї; аутогенне тренування; групову психотерапію хворих з різними формами неврозів; гіпнотерапію; дихальні вправи на розслаблення.

7. Існують різноманітні методи лікування неврозів: лікарські та народні засоби, медитація, дихальна гімнастика, різні методи і види психотерапії та арт – терапії (лікування музикою, танцями, кольором, добре допомагає малювання). Серед методів нетрадиційної медицини для терапії неврозів застосовують акупунктуру, акупресуру, медитацію, йогу, фізіотерапію (зокрема, фізіотерапію гарячою та холодною водою).

8. Невротичний стан є хворобою, тому його виникнення потребує лікувального підходу. На початковій стадії розвитку достатнім може бути застосування профілактичних заходів. Профілактика захворювань – це ефективний комплекс заходів, які спрямовані на раннє виявлення, запобігання виникнення або загострення хвороби, а також на збереження та зміцнення здоров'я.

ВИСНОВКИ

Завдяки проведеному дослідженню основних форм неврозу та його динаміки можна зробити наступні висновки.

1. Невроз – це група функціональних захворювань (що не мають структурних порушень), які розвиваються у хворого в результаті важкого внутрішньоособистісного конфлікту, порушень особливо значимих життєвих стосунків людини і виявляються виключно м'якою невротичною симптоматикою та соматовегетативними порушеннями.

2. За статистикою, близько 20 % міських мешканців страждають на неврози. Серед сільського населення ця цифра трохи менша: 10 - 15 %. Кількість хворих з невротичними розладами стабільно збільшується: за останні 65 років ВООЗ відзначає зростання кількості таких осіб у 24 рази. Виною тому – динамічний ритм сучасного життя з великою кількістю інформації, швидким ритмом, всестороннім тиском та напругою. Незаперечним є той факт, що саме невротичні розлади – одна з найчисельніших груп ментальних проблем. Невроз суттєво погіршує якість життя, призводить до проблем у спілкуванні, особистому житті, на роботі. Людина почуває тривогу та страх, їй важко виконувати повсякденні завдання. А роздратування і безсилля стають незмінними супутниками кожного нового дня.

3. Поняття неврозу тепер є об'єктом зацікавлень не лише медицини, а й педагогіки, психології та інших наук. З. Фройд вважав, що сутність неврозу – це конфлікт між свідомим і несвідомим, що часто є рушієм поведінки та функціонування особистості. Існує ряд інших визначень сутності неврозу. В ортодоксальному психоаналізі невроз розглядають як необхідну складову розвитку і пов'язують його з дитячою тривогою (М. Кляйн). Прихильник гуманістичної психології К. Роджерс акцентує, що невроз – незадоволена потреба в самоактуалізації. В. Франкл характеризує невроз як своєрідну “хворобу світогляду”. Представники напряму “Антипсихіатрія”

стверджують, що невроз – “нормальна поведінка в ненормальному суспільстві”. Представники біхевіоризму заперечують існування неврозу як самостійної нозологічної одиниці. Таким чином, діапазон опису поняття і сутності неврозів перебуває в межах нозологічної одиниці, з одного боку, і своєрідної форми адаптації, з іншого.

4. Класифікації неврозів дивують своєю численністю й заплутаністю. Це пов'язано з тим, що вони мають різні форми, які характеризуються різноманітними невротичними проявами: психогенні шоківі реакції, істерія, неврастенія, психастенія, фобія (невроз страху), генералізований тривожний розлад, іпохондричний невроз, обсесивно - компульсивний розлад, посттравматичний стресовий розлад, нічне нетримання сечі (енурез), мовні неврози (заїкання, мутизм тощо), нервова анорексія, невроз нав'язливих рухів (нервовий тик), панічні атаки, агорафобія, соціальні фобії, дисморфобія, вагінізм, патологічне накопичення (синдром Діогена, синдром Плюшкіна), настирливе бажання купувати різні речі, настирлива схильність до азартних ігор, невроз шкіри, невроз серця, шлунку, кишківника тощо.

5. Є три основних види неврозів:

– істеричний (конверсійний) – характерний раптовими, нестримними нападами плачу або сміху. У складніших випадках, це супроводжується судомами, непритомністю.

– неврастенія – швидка втомлюваність, надмірна дратівливість. Неврастенія – стан подразливої слабкості, тобто поєднання підвищеної збудливості та подразливості зі швидкою втомою та виснаженням.

Неврастенія виникає внаслідок перенапруження та виснаження нервової системи через надмірні розумові та фізичні навантаження. Супроводжується схильністю до сліз, дратівливістю, сенситивністю, зниження апетиту, порушенням сну. Невротична депресія не досягає глибини психозу, носить зворотний характер, минає при розв'язанні травмуючої ситуації або під впливом лікування;

– невроз нав'язливих станів – характеризується думками, образами, діями й відчуттями, які часто з'являються у свідомості, приводять до їх обов'язковій реалізації.

6. Фахівці - неврологи виділяють додаткові види неврозів:

– фобічний (тривожний розлад). Найчастіше проявляється в складі обсесивно - компульсивного розладу (ОКР);

– депресивний – пригнічений настрій, знижена мотивація;

– іпохондричний – занепокоєння про самопочуття та здоров'я, постійний пошук захворювань, які не підтверджуються при зверненні до лікаря;

– посттравматичний – виникає після пережитих важких травм. Наприклад, в учасників війни, свідків смерті близьких, тих, хто пережив автокатастрофу. Ознаки – сильний страх, розгубленість, сором;

– репетиційний – перенесення конфліктних незавершених проблем у сучасність (“я нікому не подобаюсь” і т. д.);

– деперсоналізаційний – відчуття життя, як у сні. Людина ніби відключається від власного тіла.

7. Невроз – це захворювання, що має зворотній характер, причому людина в одних випадках справляється з хворобою сама, без допомоги психіатра, психотерапевта чи клінічного психолога (субклінічні порушення) і в других випадках – необхідна допомога зазначених спеціалістів (клінічні порушення).

8. У сучасній світовій літературі признається єдність психологічних, біологічних і соціальних чинників, які є передумовами виникнення невротичних розладів. Біологічні – функціональна нестабільність нейрофізіологічних систем і деяких нейромедіаторів. Це підвищує вразливість до психогенних впливів.

Психологічні – особливості конкретної особистості, тип її виховання, обставини в сім'ї, стосунки з людьми та інше. До психологічних чинників, належать:

– порушення закономірностей соціалізації особистості;

- переживання нею різних видів психічної деривації;
- неправильна побудова стосунків у сім'ї;
- труднощі адаптації людини до наявної соціальної дійсності, мінливих ринкових умов, системних криз;
- інші життєві виклики, які мають місце в українському суспільстві, зокрема відсутність умов самореалізації і самоактуалізації, безробіття, несправедливість, наявність подвійної моралі у суспільних стосунках;
- високий ритм суспільного життя і його емоційна насиченість тощо.

Вагомий фактор ризику для розвитку неврозу – це хронічні захворювання, які виснажують імунну систему. Варто зауважити, що до неврозів більш схильні емоційні люди, яким властиві тривожність та підвищена чутливість. А також особистості, які складно адаптуються до нових умов.

9. Конкретні причини неврологічних проблем різні, але можуть включати генетичні розлади, вроджені аномалії, інфекції, спосіб життя або проблеми, пов'язані з проблемами навколишнього середовища, неправильне харчування, травми спинного мозку, травми нервів, чутливість до глютену (з кишковими пошкодженнями або травленнями або без них).

У іменитих учених і психоаналітиків думки про причини розвитку неврозів розходяться. Так, Зигмунд Фрейд пояснював розвиток цього стану внутрішньою боротьбою між інстинктивними бажаннями і потребами людини (ВПЗ) і зовнішніми рамками моралі і моральності (НАД-Я). Карен Хорні розглядала невроз як захисну реакцію людського організму, що виникає у відповідь на приниження, агресію, гіперопеку батьків у дитинстві. Залежно від особливостей темпераменту людини у нього можуть розвиватися різні види неврозів. Так, для творчих натур найбільш характерні неврастенії і істеричні стани. А для “мислителів” властивий розвиток obsesивно - компульсивних станів, в силу того, що такі люди схильні подовгу обмірковувати ситуацію, що склалася і виниклі проблеми.

10. В ході досліджень і ряду психологічних тестувань людей, які страждають невротизмом, було встановлено, що важливим визначальним фактором розвитку розладів є не кількісні психотравмуючі ситуації, а те, яку роль вони відіграють для конкретної людини в індивідуальному порядку. У деяких пацієнтів невротизм може розвинутися в результаті, здавалося б, зовсім дріб'язкової життєвої проблеми – все залежить від умов і особистої системи цінностей кожної людини окремо.

11. Невротизми відзначаються значною динамікою, як щодо географічного, так і кількісного поширення, а також щодо розвитку процесу хвороби в окремій особистості. Кількість хворих з невротичними розладами стабільно збільшується: за останні 65 років ВООЗ відзначає зростання кількості таких осіб у 24 рази і продовжує стрімко зростати. На сьогодні невротизм можна віднести до хвороб цивілізації, що обумовлено стрімким ритмом життя людей, соціальними, економічними проблемами. Про поширеність невротизмів серед населення свідчить їхня значна частка в структурі інших психічних захворювань, яка, за даними різних авторів, становить 15 - 30 %.

12. Встановити точно, чи є в людини невротизм, може лише лікар. Привід звернутися до фахівця – наявність декількох ознак зі списку: часте відчуття страху, безпричинна тривога; проблеми зі сном; труднощі в спілкуванні; нерішучість; низька самооцінка тривожне очікування чогось; фобії та панічні атаки; різкі зміни настрою; плаксивість, вразливість; швидка дратівливість; зниження пам'яті, уваги та розумових здібностей; гіперчутливість до гучних звуків; реакція на різкі перепади температур та яскраве світло; зацікленість на психотравмуючій проблемі; гіперчутливість навіть до незначних до стресових факторів; швидка стомлюваність.

13. У багатьох випадках, присутні симптоми невротизму не лише з боку психіки, а й з боку організму: головні болі; біль в серці, пришвидшене серцебиття; болі в животі, печія, нудота та блювання; тремтіння кінцівок; посмикування м'язів; відчуття клубка в горлі; заїкання; відчуття нестачі повітря та задухи; скачки артеріального тиску; потемніння в очах та

запаморочення через перепади тиску. кашель; часті позиви до сечовипускання, енурез; болі під час сечовипускання; надлишкова пітливість; шкірні порушення: кропив'янка, псоріаз, atopічний дерматит; проблеми з апетитом: переїдання, недоїдання, тривале небажання їсти.

14. Діагностику неврозу та його лікування виконує лікар-невролог, лікар-психіатр. Під час консультації фахівець збирає анамнез, вивчає скарги, з'ясовує наявність провокуючих чинників, проводить тест на невроз і неврологічний огляд. Щоб виключити інші патології в організмі, які можуть мати схожу з неврозами симптоматику, призначають: МРТ судин головного мозку; УЗДГ судин голови; ЕЕГ; УЗД внутрішніх органів; лабораторні дослідження.

15. Як критерії діагностики неврозів А. Вейн виокремлює такі компоненти:

- наявність психотравмуючої ситуації (психогенія має бути індивідуально значущою і тісно пов'язаною з дебютом і перебігом захворювання);
- наявність невротичних властивостей особистості і брак психологічного захисту;
- вияв характерного типу невротичного конфлікту;
- невротичні симптоми, яким притаманна значна динамічність і які взаємопов'язані з рівнем напруження психологічного конфлікту.

16. Основними методами лікування неврозів є психотерапія, медикаментозне і фізіотерапевтичне лікування, лікувальна фізкультура, санаторно – курортне лікування. Існують також інші різноманітні методи лікування неврозів: народні засоби, медитація, дихальна гімнастика, різні методи і види психотерапії та арт - терапії (лікування музикою, танцями, кольором, добре допомагає малювання).

17. Невротичний стан є хворобою, тому його виникнення потребує лікувального підходу. На початковій стадії розвитку достатнім може бути застосування профілактичних заходів. Тому при найменшій підозрі наявності неврозу необхідно звернутися до лікаря.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Анікєєва Н.П. Психологічний клімат у колективі. Київ: Освіта. 2012. 224 с.
2. Басюк О.І. Підходи до розуміння невротичних розладів // Вісник ЛНУ ім. І.Франка. Випуск 12. 2019. С. 252 - 259.
3. Бурлачук Л.Ф. Психодіагностика особистості. Київ: Здоров'я, 2000. 165 с.
4. Будницька О. А. Індивідуально - особистісні детермінанти емоційних переживань у психотравмуючій ситуації: Автореф. дис. канд. психол. наук: / Київськ. нац. ун-т. К., 2002 р. 77 с.
5. Бухановський О.О., Кутявін Ю.О., Литвак М.Є. Загальна психопатологія. Київ: Здоров'я, 2003. 286 с.
6. Гулько Г.О. Невротичні особливості особистості як предмет психолгічного вивчення // Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки. КНУ імені Т.Шевченка: 2015. № 3 (28). С.3 – 6.
7. Гуменюк О.В. Профілактика та попередження невротичного розвитку особистості у сучасному суспільстві. Тернопіль: ТНТУ, 2019. 101 с.
8. Діагностика та лікування розладів психіки: довідник лікаря сімейної медицини - загальної практики та лікаря-невролога / [авт. кол.: В.Д. Мішиєв, Б.В. Михайлов, Є.Г. Гриневич, В.Ю. Омелянович та ін.]; за ред. В.Д. Мішиєва. Київ: Професійні видання, 2020. 74 с.
9. Жигайло Н. Психологічні проблеми адаптації студентів-першокурсників і шляхи їх вирішення //Педагогіка і психологія професійної освіти. 2004. № 4. С. 107-112.
10. Захаров А.І. Походження дитячих неврозів і психотерапія. Київ: Сфера. 2005. 134 с.
11. Карвасарський. Неврози. Київ: Здоров'я. 2010. 576 с.
12. Кардаш В.М., Кардаш Н. М. Диференційна діагностика неврозів. Луцьк: ІСН ВДУ ім. Лесі Українки, 2000. 145 с.

13. Корольчук М.С. Психодіагностика. Київ: Либідь, 2005. 372 с.
14. Корнєв М.Н., Коваленко А.Б. Соціальна психологія: підручник. Київ: Либідь, 2005. 304 с.
15. Кравченко В. Ю., Матейко Н.М. TRE – технологія відновлення внутрішнього ресурсу та гармонії // Психологія національної безпеки і благополуччя особистості : тези I Міжнародної науково-практичної конференції, 14–15 березня 2019 року, Львів. Львів : Видавництво Львівської політехніки, 2019. С. 80–82.
16. Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня. Молоді люди та психічне здоров'я в мінливому світі. КНП ЛОР Львів, 2018. 187 с.14.
17. Медична психологія : в 2 т. / [Г.Я. Пілягіна та ін.] ; за ред. Г.Я. Пілягіної. Т. 1. Загальна медична психологія. Вінниця : Нова Книга, 2020. 288 с.
18. Медична психологія : в 2 т. / [Г.Я. Пілягіна та ін.] ; за ред. Г.Я. Пілягіної. Т. 2. Спеціальна медична психологія. Вінниця : Нова Книга, 2020. 496 с.
19. Михайлов Б.В. Розлади психіки і поведінки екстремально-психологічного походження / Б.В. Михайлов // Психічне здоров'я. 2015. № 2/47. - С. 9-18.
20. Мішиєв В.Д. Сучасні депресивні розлади: керівництво для лікарів / В Д. Мішиєв. Львів: Вид-во Мс., 2004. 208 с.
21. Лазебник І.В. Особливості діагностики і лікування тривожних розладів у психосоматичних пацієнтів Київ: Здоров'я, 2011. 102 с.
22. Личко А.Є. Психопатії і акцентуації характеру у підлітків. Львів: Медицина. 126 с.
23. Максименко С. Д., Шевченко Н.Ф. Психологічна допомога тяжким соматично хворим. Ніжин: Міланік, 2007. 115 с.
24. Москалець В.П. Психологія особистості: навч. посібник. Київ: ЦНЛ, 2013. 416 с.

25. Матейко Н.М. Психологічний супровід особистості як складова збереження психічного здоров'я у процесі професійної підготовки// Матеріали V Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні питання теорії та практики психолого-педагогічної підготовки майбутніх фахівців», Хмельницький, 30–31 березня 2017 р. [ред. колегія: Є. М. Потапчук (голов. ред.), Т. Л. Левицька, Л. О. Подкоритова, В. К. Гаврилькевич, О. В. Варгата] Хмельницький: ХНУ, 2017. С.35-37

26. Матейко Н.М. Поширеність депресії невротичного генезу серед студентської молоді// VI Міжнародні Челпанівські психолого-педагогічні читання Вип.37(3), Том 1 (21) Київ, Гнозис, 2017. С.194-202

27. Матейко Н.М. Основні чинники невротичних порушень у студентської молоді// II міжнародна наукова інтернет-конф. Методологічні, теоретичні та практичні проблеми психологічної науки (м. Дрогобич, 25 лютого 2020 року). Дрогобич, 2020 с.130-134

28. Матейко Н.М. Основні напрямки психологічної допомоги онкохворим. //розділ колективної монографії «НУШ у гірському регіоні України: теорія, практика, досвід / За наук. ред. д. п. н. Оліяр М.П.; ДВНЗ ПНУ ім. В. Стефаника. Івано-Франківськ:Супрун В.П., 2020. 380-400 с.

29. Матейко Н.М. Посттравматичне зростання як умова збереження психічного здоров'я //Актуальні питання науки, освіти та технологій в умовах сучасних викликів: збірник тез доповідей міжнародної науково-практичної конференції (Кременчук, 9 травня 2023 р.): у 2 ч. Кременчук: ЦФЕНД, 2023. Ч. 1. С.36-38

30. Миколайський М.В., Марусинець М.М. Клінічна психодіагностика: практикум: навчальний посібник/М.В.Миколайський, М.М. Марусинець. Івано-Франківськ, 2009. 279с.

31. Мостова І. Першокурснику: поради психолога К.: Тандем, 2000. 76с.

32. Омелаєнко І.В. Невротична поведінка: психолого - конфліктологічна характеристика // Практична психологія та соціальна робота, 2008. № 9, С. 8 -11.
33. Орлов О. В. До проблеми формування невротичних розладів у дітей та підлітків. Київ: Здоров'я, 2012. 184 с.
34. Роджерс К. Погляд на психотерапію. Становлення людини. Київ: Сфера, 2004. 124 с.
35. Свиридова Н.К., Щербатий А.А. Невротичні розлади – зворотні порушення нервової системи. Східно - Європейський неврологічний журнал. № 1925), січень - лютий 2019, С. 23 - 29.
36. Сінайко В.М. Стани психічної дезадаптації у студентів (клініка, динаміка, принципи корекції та профілактики). автореф. дис. докт. мед. наук / В.М. Сінайко. Харків, 2005.35 с.
37. Сонник Г.Т. Психіатрія. Київ: Здоров'я, 2006. 432 с.
38. Таран В. Невроз нав'язливих станів українського суспільства. Київ: Здоров'я, 2017. 15 с.
39. Татенко В.І. Суб'єктно - вчинкова парадигма в сучасній психології // Соціальна психологія, 2006. № 1(15). С.3 - 13.
40. Татенко В.П. Сучасна психологія. Теоретично - методологічні проблеми. Київ: НАУ - друк, 2009. 288 с.
41. Терещенко Л.А., Олінковська Т.А. Причини й механізми виникнення невротичних розладів. Київ: Здоров'я, 2018. 124 с.
42. Федосова Л.О. Клінічна психологія: навч. посібник. Київ: ДП Вид. дім Персонал, 2013. 248 с.
43. Філімонов В.І. Фізіологія людини в питаннях і відповідях. Вінниця: Нова Книга, 2009. 488 с.
44. Фрейд А., Фрейд З. Дитяча сексуальність і психоаналіз дитячих неврозів (збірка). Укладач і ред. М. М. Решетніков. Одеса: Медицина, 2005. 483 с.

45. Шум С.І. Що треба знати про психічне здоров'я. Київ: Здоров'я. 2019.
46. Яценко Т.С., Глузман А.В. Теорія і практика глибинної психокорекції. Ялта, 2010. 202 с.
47. Yadlovska, O., Formaniuk, Y., Chystovska, Y., Nikolaiev, L., Boiaryn, L., & Mateiko, N. (2022). Neuropsychological Preventive Treatment of Emotional Burnout among University Students. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 13(1), 188-201. <https://doi.org/10.18662/brain/13.1/276>
48. Liliia RUDENKO, Ruslan SIMKO , Oleksandr HUDYMA , Yuliia BOIKO-BUZYL , Nataliia MATEIKO, Olga SAMARA (2022) Psychological Correction of Individual Neurotic Problems *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience.*, Volume 13, Issue 1Sup1, 295-308 <https://doi.org/10.18662/brain/13.1Sup1/320>
49. Olena Bessaraba, Iryna Melnyk, Volodymyr Shakhov, Vladyslav Shakhov, Nataliia Mateiko, Olesia Rynel. (2022) The Role of Positive Thinking in Overcoming Stress by a Person: The Neuroscientific Paradigm // *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 13(3), 1-15. <https://doi.org/10.18662/brain/13.3/350>
50. Lilia Tomich, Oksana Martsyniak-Dorosh, Neonila Partyko, Olena Kiparenko, Nataliia Mateiko, Lilia Boiaryn.(2022) Psychotherapy and correction of Neuropsychic Disorders within the Neurotic Personality Development // *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 13 (3),1 138-151 <https://doi.org/10.18662/brain/13.3/358>