****

**ЗМІСТ**

**ВСТУП**………………………………………………………………………….. 3

**РОЗДІЛ І.ТЕОРЕТИКО - МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ………… 6**

1.1. [Основні підходи до розуміння невротичних розладів особистості…… 6](http://medpsyhology.pp.ua/nevrologisny-rozlad)

1.2. Поняття неврозу, основні види й причини……………………………… 16

1.3. Вивчення особливостей впливу невротичних розладів на різні сфери життя людини…………………………………………………………………. 21

**РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ……………………………………………………………. 44**

2.1. Методики вивчення невротичних розладів особистості……………………………………………………….…………… 44

2.2. Аналіз і інтерпретація результатів дослідження особливостей невротичних розладів особистості ………………………………………… 46

**ВИСНОВКИ………………………………………………………………….. 56**

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ………………………………….. 59**

**ВСТУП**

**Актуальність дослідження.** Загальні тенденції сучасності – прискорення темпу життя, збільшення кількості комунікаційних зв’язків, посилення соціально-економічної напруженості в суспільстві, стрімкий розвиток науково-технічного прогресу, пандемія, військові дії – призводять до збільшення захворюваності на психічні розлади, особливо невротичні. Це негативно позначається на якості життя – втрачається також сенс існування, інтерес до життя та відповідна взаємодія з навколишнім середовищем. Також на деякий час втрачається працездатність, що погано позначається на емоційному стані, стосунках у колективі та можливостях самореалізації.

Вивчення проблеми невротичних розладів у сучасній психологічній практиці дозволяє розширити уявлення про історію вивчення, структуру та вплив невротичних розладів на життя людини. Фактори стресу соціального значення спираються на вплив мікросоціального стресу – у міжособистісних стосунках. Таким чином, на розвиток невротичних розладів впливають культурні умови, біологічні та фізіологічні умови, дитинство.

Вивченням невротичних станів займалася ціла когорта як зарубіжних так і українських вчених. Серед яких можемо виокремити Б.Д. Карвасарського, С.М. Саржевського, А.Б. Смулевича, Л.В. Трубіцина, О.С. Чабана, які розглядали невротичні стани як наслідок впливу психотравмуючої ситуації; Н.А. Агаєв, О.М. Кокун, ІО. Пішко, Н.С. Лозінська, В.В. Остапчук, В.В.Ткаченко, як наслідок впливу психотравмуючої ситуації у військовослужбовців; З.Фройда, О.Кернберга, В.І. Гарбузова, В.М.М’ясищева, М.П. Папуша, В.С. Підкоритов, Л.А. Терещенко та ін. - як компромісне утворення вирішення внутрішніх конфліктів, як реакція на незадоволення потреб та цілей. Психіатри та психологи вивчали різні види невротичних станів: П.Я. Розенбах, В. Л. Гавенко, Г. І. Каплан (агорафобія); Ю.В.Щербатих, Є.І.Івлева, Дж. У. Біік (соціальна фобія); В.А.Жмуров, А.В Морозов, С.Ю Головін ( специфічні, ізольовані фобії); А.М. Вейн, В.Л. Голубев, О.В. Городничев (ГТР); М.Б. Умаров, А.П. Лапіте, С.Н. Давіденков, М.К. Петров, Ф.П. Майоров (нав’язливі думки); В.М. Блейхер, І.В. Крук (компульсивні дії); Ю.В.Краснова, М.Попова, О.Н.Кушнір (деперсоналізаційний - дереалізаційний синдром).

**Мета дослідження** полягає в теоретико-емпіричному обґрунтуванні понять «невротичний розлад», «невроз»; виявлення основних напрямків їх вивчення; дослідження причин виникнення невротичних розладів.

**Завдання дослідження:**

1. на підставі аналізу психологічної літератури визначити поняття «невротичний розлад», «невроз», виділити й описати основні види й причини виникнення;
2. аналізуючи літературу, визначити поняття «невротичний розлад» та «невротичний розвиток особистості» (за теорією К. Хорні);
3. на підставі аналізу психологічної літератури, проаналізувати основні типи невротичних розладів, та їх вплив на різні сфери життя людини;
4. розробити комплекс методів і психодіагностичних підходів до вивчення особливостей прояву невротичних розладів: відібрати адекватний меті дослідження надійний психодіагностичний інструментарій;
5. здійснити емпіричне дослідження особливостей прояву невротичних розладів особистості та обробити результати, отримані в ході дослідження.

**Об'єкт дослідження** – невротичні розлади як психогенні захворювання.

**Предмет дослідження** – особливості проявів невротичних розладів в сучасній психологічній практиці.

**Методи дослідження**. У роботі використовувалася система методів, яка включає: теоретичний аналіз та систематизація підходів й емпіричних результатів, що містяться в психодіагностичній літературі з проблеми дослідження невротичних розладів. Дослідження проводилося за допомогою наступних методик: «Експрес – методика виявлення невротичного розладу» Х.Хека і Х.Хеса, «Методика вивчення рівня невротизації» Л. Васермана, «Методики вивчення типу невроза» МКБ – 10.

**Базою дослідження** виступила Українська незалежна морська профспілка. У дослідженні взяли участь 50 осіб, віком від 25 до 55 років.

**Практичне значення одержаних результатів.**

Практична значущість дослідження полягає в можливості виявлення шкідливого впливу на різні сфери життя людини, розробці форм і методів психологічної допомоги при наявності та негативного впливу того чи іншого виду невротичного розладу на життя людини. Результати дослідження також становлять інтерес для психологів, які працюють в різних соціальних сферах, так як можуть допомогти у подоланні конфліктних ситуацій, які виникають в процесі роботи, покращенні психологічного клімату в колективі, сім’ї .

**Результати апробації дослідження.** Основні дані, отримані в дослідженні, доповідалися на XIІІ Всеукраїнської науково–практичної конференції молодих вчених та студентів з нагоди Всеукраїнського дня науки «Пріоритетні напрями європейського наукового простору: пошук студента» (18 травня 2023 року, м. Ізмаїл). Тема дослідження: «Вплив невротичних розладів на міжособистісні відносини». Публікація статті за темою: «Проблема невротичних розладів в сучасній психологічній практиці» в збірнику «Сучасна психологія: проблеми та перспективи. Збірник наукових праць за матеріалами Всеукраїнської науково-практичної конференції «Сучасна психологія: проблеми і перспективи» (25 травня 2023 р.). Ізмаїл: РВВ ІДГУ. 2023.

**Структура і обсяг роботи**. Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел. Робота викладена на 58 сторінках, має 4 таблиці, 4 рисунка, список джерел включає 51 найменування літератури.

**РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИКО - МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ**

* 1. **Основні підходи до розуміння невротичних розладів особистості**

 Психогенні захворювання - велика і клінічно різноманітна група захворювання внаслідок гострих або довготривалих психічних травм, які виявляються не тільки психічними, а й соматоневрологічними порушеннями і, як правило, мають оборотний характер. Серед психогенних захворювань виділяють невротичні, пов'язані зі стреси, розлади, гострі та затяжні реактивні психози, соматоформні та психосоматичні порушення, а також посттравматичні стресові розлади.

Поняття «невроз» було введено в медицину у 1776 році шотландським лікарем Уі. Калленом, який намагався зв’язати ряд патологічних станів з порушеннями нервової діяльності. Другий відомий психіатр Ф.Пінель ще в 1801р. стверджував, що справжні неврози «не чисто нервові захворювання, але і в тієї ж ступені моральні», додаючи в першу чергу до неврозів істерію. Але, тільки у двадцятому сторіччі почалось послідовне і поглиблене вивчення цих розладів.

 У 1904 році, швейцарський психіатр П. Дюбуа запропонував термін «психоневроз», чим бажав підкреслити роль психічних факторів у виникненні невротичних розладів, їх функціональний характер, їх відмінність від психозів. Відомий німецький психіатр К. Ясперс підкреслював, що невроз повинен відповідати трьом основним критеріям психогенних захворювань:

1. Викликається психічною травмою;
2. Зміст травми відображається у клінічному образі страждань;
3. Невроз з’являється за психічною травмою і частіше за все зменшується чи зовсім зникає після дезактуалізації психотравмуючих моментів. Також, при невротичних розладах, є розуміння свого захворювання і прагнення позбутися порушень [23, с. 47].

Дослідженням невротичних розладів займалися багато видатних психіатрів та психологів як вітчизняних так і зарубіжних [17, c 35].

 Наприклад, дослідженню неврозів присвятили себе французькі неврологи, таки як Ж.-М. Шарко, який розробив трактат про істерію, на базі якого Ф.Раймонд, встановив, що неврози - це не хвороба, а синдром.

 Такі синдроми як – синдром неврастенії, істерії, психастенії, дав у своєї монографії феноменологічне, симптоматичне обґрунтування неврозів. Взагалі, вчені французької школи вразили науковий світ своїми науковими працями на тему невротичних розладів. П.Жане – «О фіксованих ідеях, нав’язливих страхів»; Ж.Дежерин «Про емоційні фактори у виникненні неврозів»; П.Дюбуа «Про психотерапевтичний підхід (раціональна психотерапія) до неврозів [6, c. 32].

І звичайно, величезний вклад у вивченні та лікуванні невротичних розладів було внесено представниками психоаналітичної школи, на чолі із З.Фрейдом.

Розглядая вклад З.Фрейда у неврозологію, особливо на першому етапі досліджень їм істеричного неврозу, необхідно згадати його колегу та наставника лікаря Й. Брейєра, засновника катартичного методу терапії. Книга З.Фрейда « Етюди з істерії» була написана під впливом їх сумісної роботи з пацієнтами та при співавторстві з Й.Брайєром. На відміну від Шарко Ж.М., який як і всі описував клініку неврозів, З. Фрейд разом із Й.Брайєром відкрили роль підсвідомості, як області, в якої ховається механізм істерії. У цілому, колеги вперше науково сформували роль психічної травми, виявили механізми істеричних проявів, суть психічного афекту, витисненого у підсвідомість, психічний зміст якого, переноситься на соматичну сферу, визнаючи цим клінічні прояви істерії. У подальшому, розроблюючи проблему неврозів, З. Фрейд казав, що невротики хворіють в силу особистої неспроможності, в якому б ні било відношенні. Цим самим підкреслюючи, що в невротика на першому місці неспроможність, і коли слідує вступати в боротьбу, ховається у неврозі. Тобто, згідно з Фрейдом, невроз – це регресія (повертання до дитинства) людини яка страждає від неспроможності, внутрішніх конфліктів, виникаючих від жаху перед реальністю [26, c. 78]. Це втікання у хворобу від патогенних психічних потрясінь, коли психічна травма веде до формування клінічних проявів неврозу.

Таким чином ми бачимо, як багато зусиль доклав у вивчення цієї теми З.Фрейд, бо тільки після його наукових робіт невротичні розлади припинили бути загадковим психопатологічним феноменом.

 Не зважаючи на різний погляд, учні З.Фрейда не тільки продовжили, але й доповнювали, досліджували природу невротичних розладів, та їх лікування і набули блискучих результатів на цьому шляху - А.Адлер, К.Юнг, К.Хорні [35].

 Причиною виникнення неврозу А.Адлєр вважав почуття неспроможності, від якого людина бажає позбутися шляхом досягнення відчуття переваги. При цьому А.Адлєр був впевнений, що прагнення до переваги має дві ознаки – позитивну, та негативну, конструктивно- деструктивну [3]. А. Адлєр також , поділив людину на чотири типи:

1. Керуючий тип - самовпевненість, егоцентризм, асоціальність.

2. Приймаючий тип – егоцентризм, мало активність, який намагається узяти все від оточуючих, нічого не віддавая навзаєм.

3. Уникаючий тип - егоцентризм, тривожність, мало активність, схильність до уникання від вирішення життєвих ситуацій.

4. Соціально - корисний тип – мужність, соціальна орієнтованість, намагаються принести користь [3].

На підґрунті цього А.Адлєр надає своє визначення неврозу: «Невроз - це природний, логічний розвиток індивідуума, відносно неактивного, егоцентрично прагнучого, до переваги, і тому маючого затримку в розвитку соціальних інтересів. Також, А. Адлєр вважав, що невротик вибирає неправильний стиль життя, фальшиві цілі, страждає на комплекс неповноцінності та використовує такі стратегії психологічного захисту, які допомагають йому впоратися з відчуттям неповноцінності. Це відкриття А.Адлєра, можливо, є однією із основ формування неврозу, так як саме психологічний захист має у цьому важливу роль [1, c.12].

За градацією А.Адлєра - до невротичних розладів схильні люди «які беруть» і « які уникають», саме цих типів.

 Ще один відомий представник психоаналізу К.Юнг, автор аналітичної теорії психології. Будучи учнем і послідовником З Фрейда, тем не менш Юнг був далеко не згодний з теоріями З.Фрейда, що згодом привело до розриву відносин двох метрів психоаналізу. На відміну від З.Фрейда, К.Юнг вважав, що свідоме і підсвідоме доповнюють один одного і є джерело культури [29].

 Як і його попередниками, К.Юнг зробив чималий внесок у теорію розвитку невротичних розладів. Він розумів неврози не тільки як порушення, але і як необхідний Імпульс для « розширення» свідомості , як стимул до досягнення зрілості , а саме до зцілення. Карл Юнг перший розробив теорію, що кожна людина має психологічний тип. Вважав, що існує два класи психологічних функцій, які використовують люди – перші, через які до нас надходить інформація, сприйняття. І другі, на базі яких ми приймаємо рішення. В середині кожного з цих двох класів, існує два протилежних засобів функціонування:

* Ми отримуємо інформацію через відчуття чи інтуїцію.
* А приймаємо рішення на основі об’єктивної логіки чи суб’єктивних відчуттів.

К.Юнг висловлював таку думку, що у своєму житті, людина використовує всі чотири функції, але кожна окрема людина використовує різні функції, з різним же успіхом. Функція, яка використовується частіше вважається домінуючою, інші дві як допоміжні і четверта - підлегла. За теорією К.Юнга людина може мати «екстравертну» чи «інтровертну» домінуючу функцію[14, c. 76].

Взагалі, означення « невроз», згідно з К.Юнгом, є такою моральною кризою особистості, викликаною прихованим підсвідомим комплексом – невирішеними егоїстичними особистими проблемами, застрягання, на егоїстичному сприйняттю життя, при домінуванні тенденцій індивідуального підсвідомого над колективним підсвідомим. Їм же було введено поняття « архетип», як базових елементів психіки людини, в яких є весь набутий досвід всього людства, починаючи з його пращурів [10, c. 95]. З сучасної точки зору, архетипи можуть уявляти собою деякі матриці довгострокової пам’яті, закладені генетично, які накладаються на особистий досвід життя, та змінюють відношення особистості до оцінки реальності. Згідно з цим терапія неврозів повинна враховувати вплив архетипів на процес відновлення взаємодії між структурами головного мозку.

 І ще одна визнана представниця школи психоаналізу, німецький психотерапевт і психолог, засновниця Американського інституту психоаналізу – К. Хорні. ЇЇ внесок у вивченні розвитку невротичних розладів важко недооцінювати. К.Хорні є автором таких книжок, як «Невротична особистість нашого часу», «Невроз і особистий ріст», та багатьох інших наукових робіт, які допомагають у розумінні природи розвитку невротичних розладів та їх лікуванні. К.Хорні вважала, що за для здорового розвитку особистості необхідно задоволення потреб дитини у безпеці, задоволення цієї потреби повністю залежить від відношення батьків. В ситуації, коли у батьків відсутня справжня любов до дитини, знижений рівень уваги і поваги до нього, якщо дитину зневажають, віддають перевагу своїм особистим інтересам чи другої дитині. То у такої дитини виникає установка базальної ворожі до своїх батьків [25]. При цьому, маленька дитина відчуває почуття провини, неспроможності, почуття жаху і самотності. Все це, та відсутність безпеки є основою для формування тієї самої « базальної тривоги». Від такої тривоги (за теорією К.Хорні),захищаються шляхом задоволення однієї з десяти невротичних потреб, а саме:

1. Невротична потреба у любові та схваленні.
2. Невротична потреба в « партнері», який візьме керівництво життям невротика на себе.
3. Невротична потреба втиснути своє життя у рамки.

Ці три схильності часто зустрічаються разом, оскільки всі вони позначають визнання своєї слабкості і представляють собою спроби організувати своє життя на цієї основі.

1. Невротичне жадання влади.
2. Невротична потреба в експлуатації інших.
3. Невротична потреба суспільного визнання.
4. Невротична потреба у схваленні себе.
5. Невротичне честолюбство у особистих досягненнях.
6. Невротична потреба у самодостатності і незалежності.
7. Невротична потреба у досягненні вдосконалості і невразливості [26].

На задоволення будь якої з цих потреб невротик витрачає багато сил і часу, перетворює це на стиль життя і використовує як ключ до всіх замків. К.Хорні вважала, що всі ці десять потреб притаманні будь якої людині, однак здорова людина оперує ними в залежності від ситуації, від обставин, виявляє гнучкість у їх виборі і в їх використанні. Вона визначила три основних стратегії міжособистісної поведінки людини з невротичними розладами, а саме:

1. «Орієнтація на людей» - «Якщо я уступлю, мене не торкнеться» (неврастенія)
2. «Орієнтація від людей» - «Якщо я відсторонюсь, то зі мною все буде ладно» ( невроз нав’язливих станів)
3. « Орієнтація проти людей» - « У мене є влада, тому мене ніхто не торкнеться» ( істерія).

 Концепція виникнення невротичних розладів К.Хорні , заснована на лінії захисту, страждаючого від базальної тривоги в різних життєвих ситуаціях, що визначається джерелами невротичного конфлікту, виникаючого у дитинстві індивіда [25].

 Ця концепція перекликається не тільки з концепціями вище згаданих З.Фрейда, А.Адлєра іК. Юнга, а й також з концепцією американського психотерапевта Г.Саллівана. Він вважав, що доля дитини залежить від того, хто був поряд з ним у ранньому дитинстві, річ іде про те, яка мати. Її поведінка - самовіддана чи егоцентрична, деспотична, стабільна чи ні . І від того, як складалися емоційні відносини в системі « мати - дитина», ц відрізок з 6 місяців до двох років. Г.Салліван також вважав, що навіть коли, людина зростає, набуває нового досвіду, ядро фіксованих дитячих хвилювань (недовіра, агресія, хвилювання, страхи, намагання уникнути контактів) , при неприємному досвіду відносин з матір’ю, зберігається на все життя.

Теорія, ще одного відомого американського психолога К. Роджерса, полягає у тому, що він вважав що – неврози це послідовність незадоволення потреби людини, яку вона має від народження, у само актуалізації [6, c. 38].

Що є результатом конфлікту між притаманної від народження системи оцінки своєї поведінки та набутої. Що визиває у індивіда почуття глибинної тривоги, що приводить до дезорганізації його поведінки. К.Роджерс, автор методики клієнт - центрованої терапії. За для зниження почуття тривоги, вважав К.Роджерс, клієнт використовує типи психологічного захисту, притаманні людині із невротичними розладами, а саме – викривлення сприйняття реальності та заперечення її психотравмуючих сторін.

В 1920-х роках минулого сторіччя, німецький невролог О. Бумке, послідовника Я. Крепеліна, підійшов до питання встановлення загальних крапок зору на невротичні розлади, помічав, що в неврозах дослідник має тільки клінічну картину, яка залежить від різних причин. В світі такої точки зору, професор висловлював думку о реакціях людини на різні шкідливі обставини, реакції, за формою і змістом для кожного індивіда особливі. Він підкреслював особливий зв’язок синдрому з конституцією і особистістю. Таким чином, О.Бумке зробив дуже цікавий висновок – ніякого неврозу, як особливого захворювання немає, а є лише різні реакції того, чи іншого організму.

Не менш зусиль, у вивчені невротичних розладів було докладено і такими видатними вченими як І.В. Павлов, В.Н. Мясищевим, А.Я. Кожевниковим, В.А. Головим- Шалтаном та іншими видатними психологами [5, c. 34].

Вивчення психологічного аспекту патогенезу невротичних розладів базується на психології взаємин В.Н. Мясищева, виявляючи внутрішньоособистісні та міжособистісні аспекти в психотравмуючих умовах. Проблема психологічного конфлікту трактується з точки зору єдності фактори соціального, нейрофізіологічного, психологічного характеру, що призводять до його створення. Відповідно до теорії В.Н. Мясищева, структура і динаміка клінічні прояви НПР, які присутні у вигляді афективної реакції, залежать від характеру психотравмуючої ситуація [32].

В середині 1930 років В.Н. Мясищев у своєї стаття «О патогенезі і структурі психоневрозів» оглядав цю патологію, як хворобливий нервово - психічний стан, який виникає внаслідок протиріч між особистістю і дійсністю, яка її оточує. Це протиріччя і створює значне напруження особистості. І продуктивно не переробляється, що приводе до розвитку функціональних порушень. Тобто, суть конфлікту в протиріччі між можливостями, ресурсами особистості і вимогами дійсності, що обумовлено багатьма причинами. Також, В.Н. Мясищев виділив і інший тип протиріччя – коли особистість розвивається в умовах суперечливого впливу, що веде до формування протиріч внутрішніх тенденцій.

«Боротьба між бажанням і боргом, між принципами і особистими прихильностями, між інстинктивно – органічним потягом і етичними настройками уявляє собою типовий і нерідкий випадок, який призводе хворого до клініки» [13, c. 48]. І третій тип протиріч, на думку,В. Мясищева це коли, особистість вступає в конфлікт з дійсністю яка його оточує , коли ця дійсність пред’являє , які не співпадають з потребами цієї особистості. І хоча відтінки хворобливих станів різняться, клінічна картина при них, характеризується як істеричний синдром.

В підсумку В.Н. Мясищев вказує на самі важливі, на його думку, фактори розуміння неврозу: знання історії розвитку неврозів; історія захворювання особистості; прискіпливий аналіз життя індивіда.

Базуючись на патогенетичній концепції, Б.Д. Карвасарський визначив невротичний розлад, як функціональний, психогенний (як правило, конфліктогенний) нервово-психічний розлад, який виникає в результаті порушення особливо значимих життєвих зв'язків особистості, що проявляється у специфічних клінічних феноменах і характеризується відсутністю психотичних явищ. Разом з тим патогенез невротичних розладів останнього десятиріччя зумовлений впливом екзогенних факторів, серед яких значне місце належить тісно пов'язаному з емоційними проявами, синдромом алкогольної залежності.

В.А. Горовий – Шалтан, у своєї роботі «Неврози», погоджуючись з думкою, що розумінню сутності невротичних розладів допомогло учення І.П.Павлова про високу нервову діяльність, казав про те, що термін « невроз» і « психоневроз», є синоніми. Вони визначають функціональні захворювання нервової системи, які не зумовлені деструктивними анатомічними змінами.

Автор на базі вивчення медичних документів діючої армії, зібрав по групам різні форми неврозів таким чином:

1. Неврастенія (неврози виснаження і ті астенічні стани, котрі не були зумовлені інфекційними, токсичними, судинними чи іншими органічними захворюваннями мозку);

2. Психастенія (неврози, які характеризуються нав’язливими станами і проявами тривожної недовірливістю);

3. Істерія (всі варіанти істеричних порушень , включаючи сюди і так звані істеріотравматичні розлади);

4. Інші реактивні неврози (їх інколи описували під назвою емоційних неврозів чи неврозів жаху).

З часом, захворювання у розвитку яких було встановлено анатомо- фізіологічні порушення були відокремлені від невротичних розладів [6, c. 45].

В ті ж роки професор В.К. Хорошко, у своєму дослідженні «Вчення про невроз» висовує три основних тези:

1. Невроз - захворювання всього організму;
2. Анамнез – це основа діагнозу неврозу.
3. Невроз – є оборотним.

Він писав: «Прояви цих захворювань торкаються і соматичної і психічної сфери, вони торкаються всіх систем, всіх органів .Є дуже багато явищ психічного порядку ( розлад настрою, розлад самопочуття, ослаблення пам’яті і уваги, падіння рівня працьовитості), але також є і ряд симптомів, які важко назвати психічними. Насамперед це різні неприємні відчуття, які перебувають у області серця, розлади шлунково-кишкового тракту, порушення з боку полової системи, розлади мочевипускання, розлади кожного покрову (дерматози, екземи), органів відчуття [7, c. 58].

 Всі вони повинні бути предметом вивчення лікарів усіх спеціальностей, а не тільки психіатрів та невропатологів. Методологією діагнозу невротичний розлад є, насамперед прискіпливо проведе анамнестичне опитування. Це потребує багато часу, більше, чим при інших захворюваннях.

 Невроз – захворювання яке є оборотним. Правда, ці захворювання можуть бути дуже упорними і тривати іноді багато років. Іноді, невротичні розлади більш тяжче лікувати, коли хворий втратив працездатність і не можуть відродити у результаті надмірно великого навантаження. Професор П.Ганнушкін визначав цей стан як «придбану інвалідність».

Звичайно, дослідники початку 20 сторіччя ідеалізували роль психічної травми у виникненні і динаміки невротичних розладів. У наш час ясно, що це не завжди так. І що частіше, головне не травма, а особистість, яка сприймає цю травму. Так як в залежності від своїх особливостей, одна людина може сприйняти соціальну ситуацію досить тяжко, і ця ситуація буде початком розвитку неврозу [15, с. 156]. А друга людина, в силу індивідуальних якостей, навіть не помітить цієї події.

Не зважаючи на те, що історія вивчення невротичних розладів досить давня і досить насичена різноплановими теоріями, думками, припущеннями, експериментами. Цей вид розладів вивчали великі психологи , праці яких ми переглянули, і ще багато інших. Не зважаючи на це, сутність появи неврозу досі викликає багато питань. До цієї пори не існує єдиного підходу до визначення суті невротичного розладу, немає єдиної теорії виникнення невротичних розладів. Тому не випадково те, що дослідження невротичних розладів тривають, іноді досить специфічні. Так український дослідник В.Н. Циганков зі співавторами надали данні , які за їх думкою, підтверджують, що в патогенезі неврозів значну роль грає сонячна активність, яка модулює функціональну активність півкуль головного мозку людини. Справедливо помічая , що «однією із важливих індивідуальних особливостей людини, детермінуючий інші психологічні і психофізіологічні характеристики, є функціональна асиметрія півкуль головного мозку». Автори дослідження прослідкували динаміку захворювання неврозами за довгий період часу і порівняли набуті результати з циклом сонця [22, c. 31].

Отримані , ними дані вказували на те, що « середні рокові показники захворювання неврозами динамічно змінювалися, зростаючи в роки періоду спаду сонячної активності (СА) .В період росту СА, показники захворювання знижалися, досягаючи найменших величин в роки максимуму СА.

* 1. **Поняття неврозу, основні види й причини**

На сьогоднішній час термін «невроз», вважається дещо застарілим. Розділ «неврози», був відмінений у 1980р. Починаючи, з десятого перегляду Міжнародної класифікації хвороб (МКБ- 10), було відмінена традиційна диференціація між неврозами і психозами. Тем не менш, термін «невротичні» використовуються у назві розділу психічних розладів. Невротичні розлади – є група нервово - психічних розладів, які виникають з причини гострих та хронічних психологічних травм. Характеризуються, відсутністю якісних змін психічної діяльності. Наявність акцентуацій характеру, психологічні особливості людини, мають роль в розвитку неврозу. Головним моментом збудження, будь - якого невротичного стану є так званий, внутрішньо-особистісний конфлікт, з наявністю різноспрямованих тенденцій при різко підкресленої емоційності переживань. При розумінні розвитку невротичних розладів, слід звернути увагу, що невротичний стан може бути викликаним не тільки факторами, які свідчать про факти втрати, загрози, гострого горя чи приниження. Але й прямим незадовільненням потреб. Життєві потреби людини, які потребують обов’язкового задоволення поділяють на три категорії:

* Матеріально-біологічні, необхідність мати засоби для забезпечення індивідуального чи родинного існування ;
* Соціальні – потреба займати певне місце у суспільстві, користуватися повагою, увагою оточуючих;
* Ідейні - духовні, культурні, інформаційні потреби пізнання оточуючого світу і свого місця у ньому.

Всі ці види потреб виявляють складні індивідуальні взаємозв’язки і протиріччя. Це тягне за собою психічну і функціональну дезадаптацію особистості і веде до формування неврозів.

Сьогодні, більшість авторів розглядає три класичні форми неврозу - неврастенію, істерію і невроз нав’язливих станів [11, c. 56].

Але у свої роботі ми більш детально розглянемо типи і підтипи невротичних розладів, згідно із загальноприйнятою класифікацією МКБ- 10. «Невротичні, пов’язані зі стресом і соматоформні розлади» мають коди F-40- F-48:

* F40 тривожно - фобічний розлад;
* F41 інші тривожні розлади
* F42обсесивно – компульсивний розлад
* F43 реакція на тяжкий стрес і порушення адаптації
* F44дисоціативні розлади (конверсіонні розлади)
* F45соматоформні розлади
* F48 інші невротичні розлади.

Спробуємо розглянути більш детально:

F – 40 Тривожно – фобічні розлади. Група розладів, при яких єдиний, чи ведучий симптом є страх окремих ситуацій, які не є небезпечними. Хворий, звичайно уникає чи боїться таких ситуацій. Занепокоєння може бути сфокусовано на окремих симптомах, таких як тремтіння, чи паморочне відчуття. Часто асоціюється зі страхом померти чи з’їхати з глузду. Очікування можливості вскочити в «фобічну ситуацію, звичайно викликає передчасну тривогу. Фобічна тривожність і депресія досить часто поєднуються.

F -41. Інші тривожні розлади , при яких прояви тривоги є неосновним симптомом і не обмежується якоюсь конкретною зовнішньою ситуацією [17, c. 12]. Можуть також проявляться депресивні і нав’язливі симптоми, при умові, що вони є вторинними і менш тяжкими.

F- 42- Обсесивно – компульсивний розлад.

Суттєвою особливістю стану є наявність нав’язливих думок чи дій, які повторюються. Нав’язливі думки, являють собою ідеї , образи чи спонукання, які знову і знову приходять до голови хворого у стереотипному вигляді. Вони практично завжди сумні, і пацієнт безуспішно намагається протистояти ім. Тем не менш, хворий вважає ці думки своїми, навіть якщо вони не вільні і викликають відразу. Нав’язливі дії чи «ритуали» є стереотипними, які хворий повторює знову і знову. Ці «ритуали» не є засобом отримувати задоволення чи атрибутом рішення задач. Ці дії є засобом попередити можливість появи неприємних подій, які, як побоюється хворий, можуть статися з ним чи іншими людьми. Звичайно, така поведінка розуміється хворим, як безглузда і робляться спроби протистояти їй. Майже завжди, присутня тривога.

Ця група розладів відрізняється від інших тим, що в неї були включені розлади, які ідентифікуються не тільки на основі симптоматики і характеру течії, але й на основі очевидності однієї чи обох – виключно несприятлива життєва подія, яка викликала гостру стресову реакцію, чи значні зміни у житті, які призвели до довгострокових тяжких обставин, що призводить до порушення адаптації. Хоча менш тяжкий психосоціальний стрес може прискорити початок, чи сприяти появі проявів широкого спектру розладів, які представлені у цьому розділі, його етіологічна значущість не завжди зрозуміла. І кожному окремому випадку, буде визнаватися залежність від індивіда, часто від його вразливості ( життєві обставини не є обов’язковим фактором розвитку розладів даної категорії). Такі розлади, навпаки, завжди розглядаються як безпосередня послідовність гострого тяжкого стресу чи довгого травмування. Стресові події чи тривалі неприємні обставини, є первинними чи переважними причинним фактором, і розлад не міг виникнути без їх впливу. Таким чином, розлади класифіковані у цієї рубриці , можуть розглядати як не адекватні реакції на тяжкий чи тривалий стрес. При цьому вони заважають успішно справлятися зі стресом і тому ведуть до проблем соціального функціонування [26,с.165]

F-44- дисоціативні (конверсійні) розлади.

Загально прийнятими положеннями, на основі яких вирізняються диссоціативні чи конверсійні розлади, є повна чи часткова втрата нормальної інтеграції між пам’яттю на минулі події, здатність зрозуміти себе як особистість, здатність керувати рухами свого тіла. Всі види таких розладів мають тенденцію до зникнення через декілька неділь чи місяців, особливо, якщо їх виникнення пов’язано з травмуючою подією у житті. Багато хронічних розладів , особливо паралічі і втрата чуттєвості, можуть розвиватися на основі існування нерозв’язних проблем і міжособистісні складнощів. Вважається, що ці розлади мають психогенну етіологію, оскільки за часом виникнення тісно пов’язані з травмуючими подіями нерозв’язними і нестерпними проблемами чи порушенням взаємовідносин.

Симптоми часто співпадають з уявою хворого про те, як повинно би було проявиться захворювання. Медичний огляд і дослідження не виявляють видимих фізіологічних чи неврологічних порушень. Крім того, очевидно, що втрата функції є відображенням емоційного конфлікту чи потреб. Симптоми можуть розвиватися в тісному зв’язку з психологічним стресом і часто появляється раптово. В цю рубрику включені тільки розлади фізичних функцій і втрата відчуттів.

F-45 Соматоформні розлади. Головною особливістю є повторна поява соматичної симптоматиці разом з наполегливими вимогами медичних досліджень, не зважаючи на повторні негативні результати і запевнення лікарів, що симптоми не мають соматичної природи. [17,с.256].

F-48.0 Неврастенія. При цьому розладі, проявляється значна пов’язана з культурою варіабельність.

Виділяються два основних типу розладів, в значної мірі перекриваючи один одного. Головною характерною рисою першого типу є скарги на високу втому після розумового навантаження, з яким часто пов’язано деяке зниження виробничих показників чи продуктивності у повсякденних справах. Розумова втома переказується хворими як неприємні розсіяності, послаблення пам’яті, неможливості зосередитися і неефективності розумової діяльності. При другому типі розладу, основний упор робиться на відчуття фізичної слабкості ,навіть після мінімального навантаження, яке супроводжується відчуттям м’язової болі і неможливістю розслабитися. Обидва типу розладів характеризуються рядом загальних неприємних фізичних відчуттів, таких як запаморочення, напружна головна біль і відчуття загальної нестабільності. Загальними рисами є також, занепокоєння з приводу зниження своїх розумових та фізичних здібностей, роздратованість, втрата здатності радіти і незначно виражена депресія і тривога [2, c. 71].

F-48.1 Синдром деперсоналізації – дереалізації. Рідкісний розлад, при якому пацієнт довільно скаржиться на те, що його розумова діяльність, тіло і оточуюче якісно змінено, так що уявляється нереальним, віддаленим чи автоматизованим. Серед різних проявів цього синдрому саме частіше – це втрата емоцій і відчуття холодності чи усунення від своїх думок, від свого тіла чи реального світу. Не глядячи на драматичний характер переживання, пацієнт розуміє нереальність цих змін. Свідомість зберігається і не втрачає здібності виражати емоції. Синдром деперсоналізації - дереалізації може бути складовою частиною діагнозу шизофренії, депресивного, фобічного чи обсесивно - компульсивного розладу. В цьому випадку, діагноз ставиться по основному розладу.

* 1. **Вивчення особливостей впливу невротичних розладів на різні сфери життя людини.**

 З погляду відомого дослідника невротичних розладів К.Хорні невротичний процес – це особлива і невдала форма розвитку людини. Отже, людина змушена витрачати усю свою творчу енергію, вільно чи мимовільно , і постійно бути знесиленою від цієї вічної боротьби. Це не тільки якісно відрізняється від здорового зростання, але й є протилежним йому, за багатьма ознаками, при чому в більш великому ступені, ніж ми б сподівалися. При сприятливих умовах енергія людини підпитує їх особистий потенціал, що дає вільний шлях здійснення всієї сукупності можливостей. В залежності від особливостей темпераменту, можливостей, здібностей, умов дитинства і подальшого життя людина може стати м’якіше чи жорсткіше, недовірливою чи довірливою, впевненим чи скромним, одинаком чи яркою особистістю любої компанії. Незалежно від обраного напрямку вона буде розвивати , притаманні лише її задатки. Але, під гнітом внутрішнього пресу, людина може почати просуватися у іншій бік від того, що йому притаманно насправді [50].

І тоді акцент всіх його сил і енергії буде зміщений на інші пріоритети, як то - змінення себе в абсолютний ідеал, за допомогою жорстокої системи внутрішньої самодисципліни. Тільки сама людина може розвинути здібності, які їй були подаровані природою. Але, щоб « з кісточки виросла вишенька», людині потрібне «комфортне середовище», яке б надало йому відчуття внутрішньої безпеки і свободи, необхідної для можливості мати свої думки і почуття и мати можливість виражати саме себе**.** Їй потрібні здорові зіткнення з бажаннями і волею інших людей. Тобто, якщо людина зростає разом з іншими, в умовах любові і зіткнень, вона зростає відповідно зі своїм реальним Я. Але несприятливі умови можуть зарадити дитині зростати такою, якою вона змогла би бути [34].

Розглядаючи у цілому ці несприятливі умови, ми повинні звернути увагу на той факт, оточуючи дитину, люди досить часто мають невротичні розлади, що безумовно сприяє різним відхиленням у вихованні дитини. Тобто дорослі, які виховують дитину і мають особисті невротичні розлади будуть проявляти надмірну опіку, педантизм, залякування, нестійкість у проявах, роздратування, прискіпливість, порівняння із другими дітьми, таким чином пригнічуючи нормальний розвиток дитини. Таким чином, ми бачимо, як невротичні розлади батьків негативно впливають на розвиток дитини і сприяють розвитку невротичних розладів дитини, у подальшому. В наслідок цього, у дитини може розвинутись базальна тривога. Тиск цієї тривоги не дозволяє відноситись до інших людей, так як людина відчуває, а змушує шукати інші шляхи взаємодії з ними. Людина змушена поводити з іншими так, щоб не збуджувало тривогу. І ми бачимо, що це має вплив на сприйняття дійсності і порушенням в міжособистісних стосунках. Наприклад – прихильність перетікає в чипляння, поступки на догідливість. Така собі «сліпота встановлення» [38]. У результаті цього, у людині будуються три протиріччя встановлення. Три шляхи напрямку – до людей, проти людей, від людей. Згодом людина обирає один, що визначає його сприйняття і його поведінку. Таким чином, невротичний розлад має вплив і на самосприйняття, і такий вплив буде деформуючим. Людина не живе на відлюдному острові і порівнює себе з оточуючими, почуває себе не просто слабким, а й менш стійкими, менш підготованими до життя, менш компетентними. Якщо б у нього було почуття належності, то почуття неповноцінності у порівнянні з іншими не було б огорожею на шляху розвитку. Але так як, у суспільстві сильний дух конкуренції, індивід якому здається, що він знаходиться у самому його низу, ізольований а оточений ворогами ( а в нього саме те почуття), може відчувати потребу ставити себе над усіма. Сформувати своє «Я» таким, щоб воно відповідало його почуттям безпеки – «Ідеальне Я». Ідеалізація себе чи самоідеалізація, уявляє собою те, що можна назвати – « всеосяжним невротичним рішенням», рішенням не тільки якогось окремого конфлікту, але рішенням, яке може задовольнити усі внутрішні потреби людини на цей момент. І зрозуміло, що коли вона в це повірить, що знайшла таке рішення, вона тримається за це намертво. Головний ефект такої «самоідеалізації» полягає у тому що, енергія, яка підпитує її рух до самореалізації, звертається на іншу ціль – на перетворення в дійсність ідеального «Я». І це зрушення є не чим іншим, як зміною курсу всього життя і розвитку людини [48].

Компульсивна природа того факту, що самоідеалізація уявляє собою невротичне рішення. Термін «компульсивний потяг» розуміє дещо протилежне спонтанним бажанням. Людина повинна підкорюватися їм, не зважая на свої реальні бажання, почуття чи інтереси, чи його постійно будуть роздирати конфлікти і придушувати почуття провини, знедоленості. Іншою мовою, різниця між спонтанністю і компульсивністю – це різниця між « я хочу» і « я повинен, щоб бути у безпеці». Хоча індивід може вважати, що це він хоче реалізувати свої амбіції чи бути бездоганним, в реальності він повиненцього досягати. Він не усвідомлює різниці між бажанням і примушенням, його мов хтось тягне по дорозі ідеалізації ( слави, досягнень), ігноруя його самого і його головні інтереси. І завжди його зусиль недостатньо. Людина не зважає на свої реальні інтереси, вона «повинна» бути розумнішою, привабливою. І неважливо, потребує цього ситуація, є у нього ці якості чи ні - вона повинна. Таким чином формується « невротична особистість».

Аналіз психологічної літератури виявив, що перша і мабуть головна сфера життя людини на яку вплинув невротичний розлад, це її внутрішньо - особистісний розвиток, який визначає подальший шлях життя людини.

Опираючись на попередній розділ, ми розуміємо що невротичний розлад це – психогенний (як правило конфліктогенний) нервово- психічний розлад, який виникає у результаті порушення особливо значущих життєвих відносин людини, яке проявляється в специфічних, клінічних феноменах, за відсутністю психотичних явищ.

Сучасна культура економічно основується за принципом індивідуального суперництва. Людина змушена боротися з іншими представниками тієї ж групи « штовхаючи їх» в інший бік. В результаті чого, з’являється ворожа напруга і спроба маскувати суперництво ввічливою «маскою». Суперництвом і потенційною ворожнечею проникнуті багато людських відносин. Змагання стають головними факторами у соціальних відносинах, погіршуючи можливість дружби, порушуючи відносини чоловіка та жінки і інші міжособистісні відносини [51].

У нашій роботі було проаналізувано три найбільш поширені (на цей час) невротичні розлади, з ціллю вивчення їх сутності та впливу на життя людини:

 1.F-44 Дисоціативні розлади (істерія)

 2.F- 42 Обсесивно – компульсивний розлад.

 3. F-48.0 Неврастенія

Слово «істерія» походить від грецького «hvstera» — матка. Ця хвороба відома вже кілька століть, але раніше її пов'язували з розладами матки і сексуальними розладами, так як спостерігалося в основному у жінок. Потім психіатри виявили істеричні розлади і у чоловіків, але попередня назва залишилася.

Терміном «істеричний невроз» у сучасній психіатрії прийнято позначати психогенне захворювання, що характеризується різними (соматовегетативними, моторними, сенсорними, афективними) розладами невротичного рівня, у виникненні та клінічних проявах яких провідна роль належить психогенетичному механізму «умовної приємності або бажаності» для пацієнта з цими розладами. Виникнення істерії найчастіше пов'язують з психічною травмою, але відому роль відіграють також інфекції, отруєння, виснаження, фізичні травми та інші фактори, що створюють набуту схильність до істерії [28].

Слід підкреслити етіологічне значення недоліків виховання та несприятливих соціальних відносин. Питома вага екзогенних і ендогенних причин в етіології неврозів сильно різниться. Їх взаємний зв'язок пропорційний: чим більше виражена схильність до захворювання, тим менша роль психічної травми, і навпаки, у осіб з невеликою нейропатичною або психопатичною установкою тільки афективні переживання великої сили можуть викликати відповідні розлади. Роль психічної травми дуже велика. Істерія завжди виникає під впливом душевних переживань. Нервовий зрив може бути пов'язаний з якимось зовнішнім моментом або з внутрішнім конфліктом. Психічний фактор відіграє настільки більшу роль в етіології та патогенезі неврозу, у виникненні та формуванні симптомів захворювання, що всі автори розглядають істерію як приклад психогенезу [36].

Кожна здорова дитина, а тим більше нервово та психічно нестійка, потребує систематичного виховного впливу з боку сім'ї та школи. Відсутність такого розумного, здорового впливу старших або, що ще гірше, шкідливий вплив на дитину: підкорення її примхам, виховання егоцентризму, віра в те, що вона може все, що вона не така, як інші діти, а краща за інших, що вона стоїть у центрі сімейного життя, що всі зобов'язані забезпечувати її приємними речами, але вона не має зобов'язань, - сприяють розвитку істеричного характеру, який стане тлом, на якому з'являються симптоми істерії [30]. Він включає істеричний невроз конверсійного типу (при якому присутні такі симптоми, як сліпота, глухота, аносмія, анестезія, парестезія, параліч, атаксія, акінезія або дискінезія психогенного характеру) та істеричний невроз дисоціативного типу (при якому амнезія , сомнамбулізм, дисоціативна фуга або множинна особистість). Часто воно служить для досягнення вторинних благ (піклування інших, звільнення від певних обов'язків тощо).

Істерія є найдавнішим з усіх невротичних і особистісних розладів. А. Якубик [1] ​​ звертає увагу на давньоєгипетські папіруси Кахун (1900 р. до н. е.) і Еберса (1700 р. до н. е.), які зіграли важливу роль у розвитку різних поглядів на істерію. На той час з’явилась маточна модель істерії, яка отримала подальший розвиток у Стародавній Греції. Нарешті, в останній період епохи Відродження французький лікар Ш. Лепуа порушив традицію і висловив своє тверде переконання, що істерія є хворобою мозку, а не матки.

У минулому столітті вагомий внесок зробили французькі вчені Ж. М. Шарко [3] та його учні П. Жане і Ж. Бабінські, а також (і перш за все) німецький психіатр Е. Кречмер та нейрофізіолог І. П. Павлов [17]. Істеричні особистості зустрічаються скрізь, але вони виглядають по-різному на різних соціальних рівнях. З одного боку, їх багато серед людей нижчих верств суспільства - примітивів і поверхневих людей, здирників і шахраїв. Їх також часто можна зустріти серед представників середнього класу і навіть еліти.

Історично істерія вивчалася на всіх стадіях саме через її фізичні прояви (так звані істеричні стигми - globus hystericus, відомий кожному лікарю), а також істеричні судоми, анестезія, амнезія, афонія, блефароспазм і багато інших фізичних симптомів, через які істерика очевидна. Істеричні стигми, такі як конвульсії або анестезія, легко піддаються об'єктивній перевірці, на відміну, скажімо, від суб'єктивного опису рис характеру кожного дослідника, скажімо тієї ж примхливості, театральності, манірності, демонстративності.

Основними характеристиками істеричного характеру, на думку професора П. Б. Ганнушкіна [28], є прагнення будь-яким способом привернути увагу і відсутність критичної оцінки, «правди» по відношенню до оточуючих і особливо до своєї персони. А. Є. Лічко [13], характеризуючи істериків, вказує на їх «безмежний егоцентризм, невгамовну жагу постійної уваги до своєї персони, захоплення, подиву, поваги, співчуття. У гіршому випадку бажано навіть обурення чи ненависть оточуючих, а не байдужість, головне, не можливість залишитися непоміченим. Демонстративність працює в істериках як засіб задоволення егоцентризму. Істерик насправді не живе, а грає все життя; це людина, у якої поза, жести, манери, зовнішній вигляд, як правило, для нього на першому місці (у всякому разі, він дуже піклується про це, часто і ретельно контролює свій вигляд у дзеркалі, навіть якщо він чоловік). Підкреслюючи ці риси характеру істериків, К. Ясперс дає слушне визначення «основи, з якої виростає поведінка і характер істериків» (П. Б. Ганнушкін) – «бажання здаватися більшим, ніж воно є насправді» [10]. Рясні татуювання на тілі чоловіків - поширене явище серед істериків нижчих верств суспільства, але в силу тогочасної моди воно можливо на будь-якому соціальному рівні і в обох статей. І зачіски, і одяг істериків зазвичай модні та яскраві, макіяж на межі можливого. Але все залежить від ролі, яку він грає: «вмираючий лебідь», «зірка екрану», «красуня кабаре», «Альфонс», «безпритульний жебрак», «незрозумілий геній», «державний діяч» і тощо.

Істеричні риси часто проявляються в ранньому дитинстві, особливо при помилках у вихованні, типу «кумир сім'ї» або «Попелюшка». Формуванню істеричних рис характеру значною мірою сприяє хвороба дитини в перші роки життя. З дитинства у істериків розвивається пристрасть бути в центрі уваги, любов до похвали, захоплення своєю зовнішністю і здібностями. Вони відчувають дискомфорт, коли когось хвалять перед ними або коли приділяють більше уваги іншим. А. Н. Молохов взагалі розглядав істеричний характер лише як розвиток особистості під впливом середовища, з чим важко не погодитися [12]. Це поверхневі, нетерплячі натури, які жадають визнання і високої оцінки, але при цьому, як правило, не люблять непомітної, систематичної роботи. При цьому вони виявляють завидну завзятість опанувати таку професію (часто оригінальну) і працювати там, де могли б себе проявити; сцена і екран - мрія істерика.

Часто вони одружуються / виходять заміж на ентузіазмі або з розрахунку, що прирікає їх на негармонійне подружнє життя. Сексуальна незадоволеність викликає у істериків багато афективно-поведінкових і вісцеро-вегетативних розладів. Спалахи гніву, як правило, здаються більшими, ніж вони є насправді. Цьому сприяє їх схильність до фантазії, суперечливості, брехні. Ще нічого не досягнувши, вони вихваляються, розповідають усілякі небилиці настільки достовірні, що їм вірять. Не випадково в підпіллі серед шахраїв – істерики [33].

Широко відомі конверсійні, псевдосоматичні істеричні розлади: це «задушливий» клубок у горлі; і «страшне серцебиття» з тремтінням усього тіла, онімінням і зведенням рук, коли родичі повинні їх потерти; це нервова блювота, розлади стільця, діурезу та ін. Серед різноманітності істеричних реакцій Е. Кречмер виділив дві групи: тип рухової бурі та тип уявної смерті. У істеричних демонстративних особистостей, що переплітаються з такими психастенічними симптомами, як підвищена тривожність, невпевненість, сумніви, часто зустрічаються нав'язливі фобії, як правило, іпохондричного змісту [6].

За наведеною вище характеристикою характеру істериків зауважимо, що єдиного характерного для них психологічного портрета не існує. Особистісний патерн, клінічні прояви і динаміка аномалії будуть виглядати по-різному в залежності від конституційного грунту, з якого виростає істеричний характер. Так, наприклад, істерично-афективні особистості, комунікабельні, залежно від ознаки афекту, або виблискують демонстративним щастям, успіхом, гіперсексуальністю в гіпертимній фазі, або викликають жалість до себе плаксивим видом в гіпотимній. Поряд з усім цим у всіх випадках розквітає букет істеричних проявів, в основі яких — жага уваги, демонстративність, бажання виглядати, а не бути, егоцентризм тощо, хоча й з різними відтінками.

У той же час виявилося, що афективна конституція привносить в характер істеричної особистості певну м'якість і емоційну нестабільність порівняно з вищезазначеними. Істероїдно - шизоїдним особистостям властива хвороблива примхливість, відстороненість, холодність. Часто такі варіанти виглядають максимально істерично, манірно, театрально. Чутливі та експансивні шизоїдні риси надають таким спалахам гніву характерні відтінки: гіперчутливість, мімоподібність, вразливість у пишних рамках конверсійних розладів у першому випадку (мімозна істерія) та зарозумілість, холодний егоцентризм, демонстративна активність – у другому. Істеро-епілептоїдні особистості дуже стримані, експресивні та домінантні. Їх претензійність і одержимість є основою боротьби за владу, за «права», а вони, справжні змовники, не гребують нічим з арсеналу істеричних особистостей (брехнею, наклепами, плітками, анонімними листами тощо). До цього варіанту істеричного розладу особистості відноситься в основному визначення «стервоза істерія» (hysteria stervosa) старих психіатрів. Тут поширені важкі дисоціативні та конверсійні розлади (затьмарення свідомості, фуги, істеричні паралічі, судоми та ін.). Однак накладення істеричних рис на основний і змішаний конституціональний тип може надати найрізноманітніших відтінків особистості з урахуванням тих чи інших художніх, інтелектуальних талантів або посередності та інших індивідуальних особливостей [14].

У динаміці розвитку і становлення істеричної особистості одним з типових (але, звичайно, не настільки поширених) варіантів є наступний. Вразлива, примхлива і егоцентрична дитина з раннього дитинства любить не тільки бути в центрі уваги, а й проявляє схильність до лідерства. Спочатку буває головою дитячих, молодіжних, молодіжних організацій, потім більш серйозних. Але через примхливість, нетерпимість до критики з часом стає все важче утримуватися на вищих командних посадах. Проте в силу особистої привабливості, артистизму та інтуїції (особливо завдяки таким якостям епілептоподібного конституційного радикала, як наполегливість, воля, здатність до подвійної гри та інтригувати, а також через інші внутрішні та зовнішні обставини), доля може піднести його високо, іноді дуже високо.

Симптоми істерії надзвичайно численні та різноманітні. Захворювання може викликати різного характеру і сили порушення в руховій, чутливій, вегето-трофічній і психічній сферах. Серед істеричних розладів у дитячому віці переважають рухові та соматовегетативні порушення. Поширеним руховим розладом істеричного типу, за Г. Є. Сухарєвою, є астазія-абазія, тобто, так би мовити, нездатність встати і ходити при збереженні пасивних і активних рухів в положенні лежачи. Астазія-абазія зустрічається частіше у підлітків, переважно дівчат. Це порушення виявляється за його відносною тривалістю. В одному з наших спостережень астазія-абазія, яка з'явилася у 13-річної дівчинки внаслідок страху, пов'язаного зі спробою зґвалтування п'яним чоловіком, зберігалася близько півроку [10].

Значно рідше у дітей зустрічаються істеричні парези і паралічі. До них відносяться рідко спостережувані випадки парезів кінцівок, які охоплюють всю кінцівку або її частину, що строго обмежена лінією суглоба (нога до коліна, стопа та ін.) і не відповідає зони іннервації м'язів. У дітей майже не зустрічаються поширені істеричні психомоторні напади класичного типу. Іноді вони можуть з'являтися у дівчаток старшого підліткового віку. Проте нерідко спостерігаються рудиментарні форми істеричних психомоторних нападів, особливо в ранньому та дошкільному віці [29].

Соматовегетативні розлади у дітей зустрічаються набагато частіше, ніж рухові. Їх прояви дуже різноманітні: біль у животі, особливо в епігастральній ділянці, біль у серці, головний біль, блювота, порушення ковтання, запор, затримка сечі та ін. У зв'язку з підвищеною сугестивністю і самонавіюваністю дітей і підлітків з істеричним неврозом характер соматовегетативних розладів у них часто визначається особливостями тих або інших проявів соматичних захворювань у навколишніх. У зв'язку з такою підвищеною сугестивністю дітей і підлітків з істеричними розладами їх тривале перебування в соматичному або неврологічному стаціонарі разом з важкими соматичними і неврологічними хворими може стати джерелом додаткових соматовегетативних і рухових істеричних розладів [6].

Особливу форму істеричних розладів, що переважає у дітей молодшого шкільного і частково дошкільного віку, являє собою істеричний варіант психогенного мутизму, який частіше проявляється у формі селективного мутизму. У цьому віці вони часто схильні до затяжного перебігу і нерідко до переходу в істеричний варіант невротичного розвитку особистості. Динаміка істеричного неврозу у підлітків зазвичай складається з двох стадій: підгострої і гострої (після афективно-шокової реакції) виникає істероневротична реакція, яка характеризується клінічною простотою і виражається одним, рідше двома істеричними симптомами і стадією тривалої істеричної реакції [8].

При істерії можуть спостерігатися паралічі і парези, які в одних випадках нагадують центральні, в інших - периферичні, мляві. Вони можуть локалізуватися на різних частинах тіла. Найчастіше виникають істерична моноплегія (руки), геміплегія або істеричний нижній парапарез. Рідше зустрічається параліч язика, м'язів шиї та інших груп м'язів. Поширеним явищем є істеричні контрактури, які найчастіше вражають суглоби кінцівок, але можуть також локалізуватися в хребті, м'язах шиї (істерична кривошия) та обличчя (спазм кругового очного м'яза). Істеричний параліч і контрактури можуть зникати під час сну. Часто спостерігаються порушення ходьби [30].

Невротичний розлад нав’язливих станів зустрічався не так часто, але на сьогодні ми спостерігаємо тенденцію до збільшення випадків саме цього виду невротичних розладів. У чоловіків і жінок він зустрічається приблизно з однаковою частотою і проявляється у вигляді нав'язливих страхів, побоювань, сумнівів, думок, спогадів, уявлень та дій. Найчастіше невроз нав'язливих станів спостерігається у людей розумового типу або з тривожно-недовірливими рисами характеру, а також при психопатіях. Як і при всіх неврозах, вихідним пунктом є вплив психотравмуючого фактора. Він може бути не настільки значним з погляду інших людей, але для недовірливої ​​людини цей подразник є достатнім для формування неврозу. Нав'язливі стани умовно поділяють на нав'язливі страхи (фобії), нав'язливі думки (обсесії) та нав'язливі дії (імпульсії). В одного хворого вони можуть поєднуватися.

Спільним для всіх видів нав'язливості є їх сталість, повторюваність і неможливість позбутися їх [31,205]. До нав'язливостей сама людина ставиться критично, розуміє, що вони необгрунтовані, і прагне їх подолати, але ці страхи виникають поза його волею і бажанням, і самостійно подолати їх він не може. Сам хворий на невроз сприймає свої страхи як хворобливе, чуже, обтяжливе для нього явище.

 Фобії – це нав'язливі страхи. Наприклад, канцерофобія - нав'язливий страх захворіти на рак, кардіофобія - невиліковним захворюванням серця, лісофобія - страх захворіти на душевне захворювання, клаустрофобія - страх закритих просторів (наприклад, кабіни ліфта, невеликих приміщень), агарофобія , оксифобія - страх перед гострими предметами Буває страх висоти, поїздки в метро, ​​зараження будь-яким інфекційним захворюванням, страх забруднення, страх публічних виступів і безліч інших різноманітних фобій. Вперше страх з'являється у певних ситуаціях, закріплюється при повторенні подібних обставин і потім виникає вже за одного спогаду про пережитий страх [31,67]. Ситуацій, у яких хворий відчуває страх висоти, стає більше. Він уже боїться їздити на ліфті чи визирнути у вікно, його лякає навіть незначна висота. При цьому хід його думок приблизно такий: «Сходи можуть зламатися, дах звалиться, трос у ліфта обірветься» і так далі. І так за всіх видів фобій. Зазвичай, у хворого буває один вид фобії [14,34]. Поява фобій супроводжується вегетативними симптомами. Це блідість або почервоніння обличчя, сухість у роті, серцебиття та підвищення артеріального тиску, пітливість, розширення зіниць та інші. Тобто спостерігаються такі самі ознаки, як за сильного переляку. Боязнь виникнення якогось важкого захворювання внутрішніх органів зазвичай супроводжується іпохондричною симптоматикою - підвищеною, надмірною турботою про власне здоров'я.

Наприклад - при кардіофобії, найчастішій з усіх фобій, пов'язаних зі здоров'ям, хворі шкодують себе, намагаються уникати фізичних навантажень і емоційних хвилювань, напружено прислухаються до роботи серця, постійно вважають свій пульс або вимірюють артеріальний тиск, лякаються щоразу, коли їм здається, що з роботою серця щось не так, часто звертаються до лікаря з проханням зробити електрокардіограму та провести ретельне обстеження. При страху збожеволіти (маніофобії), на відміну всіх інших фобій, зазвичай, існує більш важкий психічний розлад, і нерідко маніофобія одна із початкових проявів шизофренії. Щоб позбутися страху, хворий здійснює будь-які рухи або дії. Наприклад, при страху забруднення хворий кілька разів ретельно, з милом ,миє руки. При страху заразитися сифілісом чи дизентерією він ретельно протирає, перемиває чи дезінфікує всі предмети, яких торкалися інші люди, та був сам багаторазово миє руки після дотику до якихось речей, після рукостискання чи їди. Хворі, які зазнають страху смерті від серцевого захворювання, уникають їздити на метро або в громадському транспорті, побоюючись, що там вони можуть отримати серцевий напад. Ці захисні дії, які хворий робить, щоб пом'якшити свій страх, називаються ритуалами. Здійснюючи такі дії, людина відчуває полегшення, і страх трохи зменшується [15,42]. Хворі розробляють цілу систему захисту та з її допомогою справляються зі страхом.

Обсесії - нав'язливі думки, роздуми, спогади, сумніви. Крім його волі, ці думки нав'язливо спливають у його свідомості і виявляються у болісному мудрствуванні, або «розумовій жуйці». Ці думки тяжкі і неприємні для хворого, але він не може з власної волі позбутися їх. При нав'язливих сумнівах хворого переслідують думки про те, чи правильно він вчинив у тій чи іншій ситуації, чи правильним було прийняте рішення, чи все зроблено як слід. Наприклад - вийшовши з дому, хворий починає сумніватися, чи замкнув він двері, повертається, перевіряє і переконується, що двері замкнені, але, відійшовши від будинку на кілька кроків, знову починає сумніватися: а може, вперше він замкнув двері, а після повернення, коли перевіряв замок, міг відчинити двері, але забути замкнути її, хворий повертається і так далі. Він не може спокійно всидіти на роботі, постійно думає, що в цей самий момент у його квартирі палахкотить пожежа або вода заливає сусідів, і нерідко він відпрошується з роботи і мчить додому, щоб переконатися, що все гаразд. Як і взагалі при неврозі нав'язливих станів, до нав'язливих думок і сумнівів хворий зберігає повністю критичне ставлення, сприймає їх як хворобливі і чужі і хоче від них позбавитися [48].

Зустрічаються і контрастні нав'язливості, коли в людини виникають два суперечливі бажання, наприклад - бажання кинутися під поїзд метро, ​​що наближається, і страх перед поїздом, що рухається, або нав'язливе бажання зробити недозволене, наприклад щось вкрасти, чудово усвідомлюючи негативність цієї дії. Деякі хворі відчувають потребу представляти в подробицях смерть дуже близької людини або те, як вони встромляють в нього ніж, при цьому вони виробляють певні «захисні» рухи, які повинні запобігти трагедії. Буває контрастне бажання нецензурно виражатися у добре вихованої людини в абсолютно невідповідній ситуації, наприклад, у театрі або під час похорону. Або хворі відчувають прагнення в невідповідної ситуації додавати до слів, сказаних іншими людьми, якесь закінчення, через що вся фраза набуває зовсім іншого сенсу - іронічний чи загрозливий [35, c.120].

 Для контрастних нав'язливостей характерне почуття чужості таких бажань. Нав'язливі дії зазвичай зустрічаються не в ізольованому вигляді, а у поєднанні з нав'язливими страхами та сумнівами. Найчастішими є тики, особливо у дитячому віці. На відміну від мимовільних рухів, зумовлених іншою патологією, такі тики являють собою більш складні рухи, що нагадують звичайні рухи, але в перебільшеному вигляді. Наприклад, хворі роблять такі рухи, ніби перевіряють, чи добре сидить капелюх, поправляють волосся, ніби відкидаючи пасмо, що заважає, підкручують або погладжують вуса, моргають очима, ніби потрапила соринка, і так далі. Можуть спостерігатися і патологічні звичні дії, наприклад, безперервне спльовування, покусування нижньої губи, облизування губ, але від нав'язливості вони відрізняються відсутністю тяжкого почуття болючості, чужості цих дій [15,52]. Нав'язливі стани супроводжуються і неврастенічними симптомами: підвищеною дратівливістю, стомлюваністю, почуттям загальної слабкості, труднощами при концентрації уваги, труднощами зосередитися, безсоння. Настрій пригнічений, можливо відчуття безнадійності і власної неповноцінності. Невроз нав'язливих станів може обмежитися одноразовим нападом і за своєчасному лікуванні проходить, але лікування може тривати від кількох тижнів за кілька місяців і навіть років.

 При іншому варіанті такі напади виникають неодноразово, але між ними людина цілком здорова. І нарешті, може спостерігатися постійне існування нав'язливості, з періодичними посиленнями проявів хвороби [28,45].

 На відміну від неврастенії та істеричного неврозу, невроз нав'язливих станів частіше має тенденцію до хронічної течії, із загостреннями при дії психічної травми. Близьким до неврозу нав'язливих станів є і невроз очікування - коли хворий із тривогою стежить за собою і чекає, чи повториться з ним раніше пережите неприємне відчуття. При виконанні звичайних професійних дій виникає нав'язливе очікування невдачі - наприклад, у актора перед виставою або музиканта перед виходом на сцену, у лектора перед читанням лекції.

Неврастенія – є однією з найпоширеніших форм неврозів. Вона характеризується підвищеною дратівливістю, збудливістю, швидкою стомлюваністю і виснажливістю. Наприклад, така ситуація може бути у учнів у період екзаменів, або коли інженеру-проектувальнику необхідно терміново закінчити проект, науковому співробітнику – підготувати дисертацію чи іншу наукову працю до певного терміну, редактору – вчасно відредагувати об'ємний рукопис, а перекладачеві – перевести у стислі терміни книгу, або при переході на нову роботу або в інший вуз, де вимоги значно вищі і необхідно в швидкі терміни опанувати потрібний обсяг інформації, і так далі, різних ситуацій може бути безліч. Нервова перенапруга буває і в людей, чия професія пов'язана з постійним психічним навантаженням, коли потрібно виконувати одночасно безліч дрібних і великих справ, про все пам'ятати, нічого не упускати, постійно зустрічатися і домовлятися з безліччю людей, від яких залежить успіх справи, причому все потрібно виконувати в найкоротші терміни, і людина цілий день «крутиться як білка в колесі», і навіть удома вона не має можливості нормально відпочити і відволіктися від своїх справ - то йому до пізньої ночі дзвонять у справі, то він сам повинен розшукувати необхідних людей і домовлятися про зустріч [46].

Дрібні та великі комерсанти, видавці, редактори, журналісти, дилери, менеджери, організатори та представники багатьох інших професій постійно відчувають психічну напругу, у них немає можливості перепочити - закінчується одна важлива справа і тут же треба приступати до нової справи, а найчастіше багато справ треба вести одночасно. Тому неврастенія в сучасних умовах - найчастіше психічне захворювання. Для виникнення неврастенії має значення саме підвищене психічне і інтелектуальне навантаження, пов'язане з великою відповідальність або важлива для цієї людини, а не фізична праця [18]. Людина намагається відповідати вимогам, що пред'являються, які можуть виявитися для нього непосильними, наприклад, якщо одночасно з навчанням він повинен і працювати, а вчитися може тільки за вечорами, за рахунок свого відпочинку, або якщо завдання потрібно виконати в найкоротші терміни. Більшість людей, які мають почуття відповідальності, не можуть по своїй волі кинути розпочату справу, і таке навантаження призводить до нервового виснаження, зменшення резервів організму, супроводжується безсонням, через що людина не може відновити свої сили навіть уві сні, організм не відпочиває, і розвивається неврастенія. Нервова система перевтомлюється, проте людина намагається зусиллям волі подолати втому, щоб виконати завдання та закінчити доручену справу.

 Поряд з перевтомою важливу роль відіграють емоційні психотравмуючі фактори - тривога за успіх дорученої справи, особливо якщо дані стислі терміни, побоювання не впоратися із завданням або виконати його недостатньо якісно, ​​страх перед наслідками невдачі. Основним симптомом неврастенії психіатри вважають - дратівливу слабкість [14, 32]. Вона проявляється у надмірному реагуванні з випадкового чи малозначного приводу, дратівливістю, нестриманістю емоцій, підвищеною збудливістю, що раніше людині було не властиво. Але навіть бурхливі емоційні прояви зазвичай нетривалі і швидко виснажуються. Підвищена збудливість може без будь-якої причини або з незначного приводу перейти в сльози та ридання. Людина стає нетерплячою, іноді метушливою. Вона не може довго займатися одноманітною справою, намагається все зробити скоріше, хоча і почувається дуже втомленим. Студенти не можуть спокійно сидіти на заняттях і лекціях, крутяться на місці, постійно змінюють позу, але ніяк не можуть знайти для себе зручного становища, не можуть зосередитися і з нетерпінням чекають на закінчення занять [34, c.287]. Люди, які працюють сидячи, змушені постійно змінювати позу, стілець здається їм жорстким і незручним, вони то встають, щоб трохи розім'ятися, то знову сідають, підкладають на сидіння щось м'яке, але й так їм незручно. Вони не можуть зосередитися на своїй роботі, відволікаються і мріють, щоб ця робота швидше закінчилася. Люди, що працюють стоячи, наприклад інженери-креслярі, швидко втомлюються, коли їм доводиться довго стояти за кульманом, у них затікають руки та ноги, ниє спина, все тіло важчає, вони змушені сісти чи намагаються так прилаштувати креслярську дошку, щоб можна було працювати сидячи. Бухгалтери та люди, які працюють з цифрами, не можуть сконцентруватися на своїй справі, їм стає важко рахувати і запам'ятовувати, вони кілька разів перераховують отримані результати, можуть щось пропустити і знову повторюють рахункові операції.

Перекладачі довго не можуть згадати потрібне слово, хоча вони чудово володіють іноземною мовою, але при перевтомі вони змушені постійно звертатися до словника і від цього почуваються неспроможними і ще більше дратуються. У людей, зайнятих творчою діяльністю, може втрачатися абстрактний зміст слів, вони кілька разів повторюють про себе потрібне слово, але ніяк не можуть згадати його значення, робота не клеїться, вони довго застрягають на кожній фразі, і вона їм здається незграбною, зникає колишня легкість викладу матеріалу, і від цього виникають похмурі думки, що їхній творчий потенціал знизився, вони розуміють, що працюють не так продуктивно, як раніше, звинувачують у цьому самих себе і від цього ще більше засмучуються та зриваються на оточуючих. Хворий на неврастенію не може контролювати свої емоції, володіти своїми почуттями, не може подолати своє почуття невдоволення всім, що його оточує, іншими людьми і самим собою і від цього сам страждає, розуміючи, що змінився. Неврастеники невитримані через дрібниці, з нікчемного приводу можуть сильно засмутитися, образитися і розплакатися. У них існує постійна готовність відповісти реакцією образи і роздратування з приводу будь – чого [14, 80].

Настрій, найчастіше знижений, але нестійкий – пригніченість змінюється сльозливістю. Хворі на неврастенію відчувають постійне невдоволення собою. Їхнє самопочуття та настрій постійно коливається в залежності від зовнішніх причин. Періодично виникає туга, хворі відчувають почуття безвиході, нездатності щось змінити. Найгірше настрій і самопочуття вранці. Через деякий час, наприклад прийшовши у свій професійний колектив, хворий на неврастенію трохи «розгулюється», але в процесі самої роботи знову наростає втома, і всі прояви хвороби знову повертаються. Якщо раніше людина була товариською, мала багато друзів, то тепер все їй швидко набридає, стомлює і дратує. Він може зірватися і накричати на своїх друзів, а вони не розуміють, що з ним відбувається, і можуть виникнути конфлікти.

Людина відчуває постійне почуття втоми. Вона відчуває труднощі в інтелектуальній діяльності, стає розсіяним, не може зосередитися і сконцентрувати свою увагу, не може думати, погано засвоює новий матеріал у процесі роботи або навчання, не може відтворити прочитаного, погано запам'ятовує, особливо абстрактні поняття, цифри, дати, імена, номери телефонів. Хворий на неврастенію часто втрачає нитку розмови, не може згадати те, про що тільки-но говорив. Почавши роботу, через кілька хвилин він ловить себе на думці, що думає зовсім про інше. Іноді, може бути короткочасні епізоди, коли хворий відчуває припинення розумової діяльності. Це дуже лякає хворих, і вони починають думати, що хворі на якусь тяжку хворобу, наприклад психічне захворювання, або що у них пухлина мозку. Різко погіршується працездатність, проте людина намагається виконувати свої обов'язки. Але при спробі змусити себе працювати посилюється слабкість, почуття розбитості, головний біль, дратівливість, невдоволення собою та всіма навколо. Все це ще більше гнітить хворих. Але, знаючи, що роботу необхідно закінчити, вони щосили намагаються зробити її, намагаються надолужити втрачене, часом беруться відразу за кілька справ, але продуктивність їх діяльності значно знижена, і жодної справи вони не можуть довести до кінця через те, що відволікаються та виснагу. Ці невдачі ще більше засмучують хворих, погіршується самопочуття і настрій, і вони починають вважати себе повністю незабезпеченими [27].

 У більш легких випадках хворий на неврастенію може якось стримуватися на роботі, намагаючись не виявляти роздратування у своєму професійному колективі, але додому приходить зовсім змученим, виснаженим, нічим не може займатися, але якщо необхідно виконувати домашні обов'язки (особливо жінкам), то це хворого ще більше втомлює, і він може зірватися на членів своєї сім'ї - чоловіка (або дружину), дітей, батьків, а після такого спалаху починає плакати (частіше це властиво жінкам) і просити у близьких прощення. У більш серйозних випадках вони не можуть щось робити вдома і, приходячи з роботи, лягають і лежать, не засинаючи, із заплющеними очима або бездумно дивляться в одну точку. Деякі хворі скаржаться на порожнечу в голові. Їм не хочеться ні читати, ні дивитися телевізор, ні слухати музику, гучні звуки їх ще більше дратують.

 У важких випадках неврастенії хворі стають млявими, до всього байдужими, безвільними, вони нічого не можуть робити, все валиться у них з рук. Хворі не тільки не можуть працювати, але навіть не хочуть розважатись, їм все байдуже. При неврастенії дуже порушується сон. Хворі довго лежать і не можуть заснути, вимагають, щоб члени їхньої родини не шуміли, але й у тиші не можуть заснути. Сон поверхневий, з тривожними сновидіннями. При найменшому шумі або через неприємні сновидіння хворі часто прокидаються серед ночі. Одним із частих симптомів неврастенії є відсутність відчуття відпочинку після сну. Вранці хворі стають млявими, відчувають розбитість, почуття втоми, сон не відновлює їх сили. У деяких хворих на неврастенію спостерігається сонливість вдень і безсоння вночі. У багатьох хворих на неврастенію спостерігається постійний або періодичний головний біль. Такий біль, немов, давить, стягує, хворі скаржаться, що голову стягує, як обручем, і тому психіатри називають її «каскою неврастеніка». Головний біль посилюється при хвилюванні, при спробі зосередитись і продовжити роботу. Іноді головний біль має пульсуючий характер. Може бути щум у вухах, що збігається з пульсацією в голові [20]. Головний біль психіатри завжди розцінюють як ненормальне явище. При неврастенії головний біль свідчить про перевтому при розумовій діяльності.

 З'являється підвищена чутливість до всіх зовнішніх подразників. Хворих дратує яскраве світло, з'являється різь в очах та неприємні відчуття, посилюється головний біль. Шум і голосні звуки теж дратують, хоч раніше хворого це не турбувало. Хворі на неврастенію погано переносять зміни пори року, перепад температури. У спеку у них посилюється пітливість, у холодну погоду вони відчувають мерзлякуватість, холодніють руки та ноги, вони кутаються в теплий одяг, але він їх не зігріває. Дратують і дотик до шкіри - білизна і одяг здаються їм грубими, викликають неприємні відчуття, вони не носять синтетичний одяг, так як в ньому вони сильно пітніють, не люблять і вовняний, так як він колеться [48].

 При неврастенії знижується чи зникає апетит. Іноді може виникати гостре почуття голоду, але після спроби поїсти апетит зникає і може виникати навіть огида до їжі. Разом з тим з'являється почуття тяжкості в області шлунка, відрижка, печія, здуття живота і підвищене відходження газів, бурчання в животі і запори. У чоловіків засмучується статева функція - знижується сексуальний потяг, відзначається передчасне сім'явипорскування, чого не спостерігалося раніше. Знижується статевий потяг у жінок.

Якщо неврастенію не лікувати чи лікувати неправильно, не враховуючи причини, що її викликала, то хвороба прогресує.

У динаміці неврастенії виділяють три стадії:

* Початкова стадія неврастенії характеризується в основному дратівливістю, підвищеною збудливістю.
* Друга стадія проявляється дратівливою слабкістю, підвищеною чутливістю до зовнішніх подразників, емоційною нестриманістю.
* В третій стадії спостерігається млявість, слабкість, апатія, зниження інтересу до навколишнього, постійне почуття втоми, швидка виснажування при будь-якій роботі, зниження працездатності, сонливість та постійно пригнічений настрій [13].

 Легкі прояви неврастенії при перевтомі може бути майже в кожної людини. Обов’язково при неврастенії спостерігаються порушення, які називаються вегетативними розладами, - це серцебиття, почуття замирання серця або перебоїв у його роботі, відчуття «роботи серця», болі в ділянці серця стискаючого характеру, знижений або, навпаки, підвищений артеріальний тиск, задишка, пітливість, похолодання рук і ніг, відчуття, що в животі щось стискається, бурчить, перекочується, і багато інших. При хвилюванні чи фізичному навантаженні вегетативні розлади посилюються, але можуть швидко зникнути.

Хворі на неврастенію схильні до аналізу своїх відчуттів, вони з тривогою прислухаються до «роботи серця», кишковника та інших внутрішніх органів, починають думати, що у них якесь незрозуміле серйозне захворювання, постійно скаржаться на здоров'я, погане самопочуття, неприємні відчуття, знаходять у себе ознаки то одного, то іншого небезпечного захворювання (рак, стенокардія та інше), і це ще більше погіршує їхній загальний стан [42].

Вегетативні розлади можуть бути настільки вираженими, що хворі змушені звернутися до лікаря. Але зазвичай вони не йдуть до психіатра, хоча саме психіатр найшвидше допоміг би їм, а звертаються до терапевта чи невропатолога. У колишні роки терапевти навіть ставили такі діагнози, як «невроз серця», «невроз шлунка», а сексопатологи - «статева неврастенія», оскільки при обстеженні жодних серйозних захворювань внутрішніх органів не знаходили, а всі порушення мали функціональний характер, що передбачає порушення лише функції діяльності органу, на відміну органічних - як у самому органі відбуваються будь-які зміни. Але немає сенсу відривати слідство від причини, оскільки вони взаємопов'язані. На жаль, деякі хворі на неврастенію роками безуспішно лікуються у терапевта з приводу «неврозу серця» або «неврозу шлунка», і їм не допомагають ніякі призначені лікарем ліки, оскільки основна хвороба – неврастенія – залишається нерозпізнаною [48].

 Як далі протікатиме хвороба, якщо її правильно не лікувати, залежить від типу нервової системи людини (слабкий або сильний), загального стану її організму, а також наявності або відсутності конфліктної ситуації. У людей зі слабким типом нервової системи, особливо якщо обставини складаються над їх користь, неврастенія може тривати багато років. У них швидко відбувається перехід від підвищеної збудливості до слабкості та виснаженості. У людей з сильним типом нервової системи прогноз більш сприятливий. При вирішенні конфліктної ситуації та зниженні психічного навантаження, у поєднанні зі зміною обстановки, відпусткою або санаторно-курортним лікуванням, всі симптоми можуть пройти.

У тих випадках, коли хвороба вчасно не лікується, вона набуває запущеного характеру. Якщо вона триває понад 5 років, то дуже важко піддається лікуванню, і тоді психіатри говорять про невротичний розвиток особистості. Тоді вже не допомагає навіть те, що конфлікт вирішився, ситуація змінилася на краще. У хворого розвивається депресія і з'являються нові, раніше властиві йому риси характеру [44].

 Для людини, у якої є той чи інший від невротичного розладу характерно-тривожно- недовірливе, образливе ставлення до партнера. Мають місце –ригідність настанов і випереджаюча ворожість у словах і поведінці. Така поведінка стає основним джерелом сімейних конфліктів як в побуті, так і інтимному житті пари. Наприклад, один із партнерів страждає на невротичний розлад нав’язливих станів, що має нав’язливі думки (обсесії) и змушений використовувати знижувати рівень тривоги певними діями (компульсіями). Автоматично, ці дії впливають на інших членів сім’ї – вони змушені підкорятися цим правилам – тискам. Діти переймають тривожний стан, відчувая постійну тривогу батьків, що впливає на їх розвиток та їх почуття безпеки, що є дуже важливим для гармонійного розвитку дитини. В особливо важких випадках, компульсії можуть мати дуже руйнівні прояви, такі як зловживання алкоголем, наркотиками, порушенням їстівної поведінки, шопоголізм – як реакція на тривогу

«Істеричний невроз», буде відтягувати на себе увагу усієї сім’ї. Взагалі невротичні розлади – «дуже егоїстичні». Людина, намагається уникнути тривоги і приділяє цьому так багато уваги і зусиль, що на інші і на інших залишається мало…Також, невротичні розлади не дуже добре впливають на сферу соціальних контактів. На роботі людині, яка має невротичний розлад, може бути важко приймати рішення, підозрілість та вразливість може призводити до конфліктів. На фоні іпохондрії, працівник буде постійно відвідувати лікарів, що погано впливає на роботу та ставлення інших працівників, так як згодом вони починають розуміти, що реальної хвороби немає, їм треба працювати вдвічі більше. Розуміння і співчуття змінюються на непорозуміння і злість, що є прямим шляхом до конфліктів і погіршенню психологічного клімату в колективі.

**РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ**

**2.1. Методики вивчення невротичних розладів особистості**

Для проведення емпіричного досліджування нами було використано комплекс психодіагностичних методик, спрямованих на виявлення наявності невротичних розладів, виявлення типів невротичних розладів ті їх основних симптомів, які мають безпосередній вплив на життя людини. Для дослідження наявності невротичних розладів у опитуваних ми використали методику – «Експрес – методика виявлення невротичного розладу» Х.Хека і Х.Хеса, для виявлення типу невротичного розладу були використані таблиці діагностичних критеріїв виявлення типу неврозу за методикою «Вивчення типу невроза» за МКБ – 10. Для виявлення рівня невротизації і визначення основних симптомів невротичних розладів, ми застосували тест «Методика вивчення рівня невротизації» Л. Васермана [2].

«Експрес – методика виявлення невротичного розладу» Х.Хека і Х.Хеса спочатку розроблялася, як опитувальник скринінга неврозу, яким був призначений для користування в цілях попередньої долікарняної діагностики. При створенні, автори керувалися тим, що жалоби хворих на невротичний розлад, є досить специфічними і них, на відміну від хворих, які мають органічну соматичну патологію, переважають вегетативні симптоми і скарги психічного характеру [26]. Методика стандартизована для дорослих (від 16- 60 років). Опитувальник складається із 40 стверджень, на які обстежуваний повинен відповісти «так» чи «ні». При обробці результатів, враховуються тільки відповіді «так». І якщо сума отриманих балів більше 24, це дозволяє припустити наявність вираженого невротичного розладу у обстежуваного.

Для виявлення рівня невротизації опитуваних була використана «Методика вивчення рівня невротизації» Л. Васермана [14]. Ця методика надає нам можливості виявити рівень невротизації респондентів, та основні симптоми невротичного розладу. А саме :

Високий рівень невротизації вказує на виражену емоційну збудженність, у результаті якої, з’являються негативні переживання такі як – тривожність, напруга, роздратованість, занепокоєння, вразливість. Також, вказує на безініціатівність, яка формує пережиівання, які пов’язані з незадоволеністю бажань; про егоцентричну спрямованність особистості, що призводить до іпохондричної фіксації на соматичних відчуттях і ососбистісних недоліках; про труднощі у спілкуванні, соціальної боязкісті і залежності.

Низький рівень невротизації свідчить про емоційну стійкість, позитивний фон переживань ( спокій, оптимізм). Про ініціатівність, про почуття особистої гідності, незалежності, соціальної сміливості, про легкість в спілкуванні. Чим більше кількість балів, які набрали опитувані за даною методикою, тим більш високий рівень невротизації ( максимальна чисельність балів – 40, мінімальне -0.)

Для виявлення типу невротичного розвитку, у своїй роботі ми використали методику «Вивчення типу невроза» за МКБ – 10, а саме:

* Діагностичні критерії нав’язливого розладу, МКБ - 10,F- 42 Методика розроблена у вигляді таблиці з переліком симптомів нав’язливого розладу.
* Скринінговий опитувальник по нав’язливим розладам. Має 17 питань, з можливостю відповідей – так/ні. Оцінювання – наявність нав’язливого розладу, переважання позитивних відповідей.
* Діагностичні критерії соматизованого розладу, розроблена у вигляді переліку симптомів соматоформного розладу (5 розділів)
* Діагностичні критерії соматоформної вегетативної дисфункції. Містить 3 розділи – симптоми вегетативного збудження, які пацієнт ідентефікує як соматичне захворювання однієї чи декількох систем цього розділу, два чи більше вегетативних симптома, в третьому розділі один чи два симптома. Діагностичний критерій – відсутність ознаків порушення структури чи функції органів чи систем, на які жаліється пацієнт.
* Діагностичні критерії соціальної фобії ( 5 розділів, описуючих симптоми соціальної фобії) [32].

**2.2. Аналіз і інтерпретація результатів дослідження особливостей невротичних розладів особистості**

За результатами дослідження за тестом «Методика експрес – діагностики неврозу К.Хека і Х.Хесса» спостерігається переважання підвищеного й високого - 60% (30 осіб) та середнього рівнів невротичних розладів - 40% (20 осіб) досліджуваних. Це свідчить про виражену емоційну збудливість, внаслідок чого з'являються негативні переживання, пов'язані з незадоволенням бажань, що призводить до іпохондричної фіксації на соматичних відчуттях і особистісних недоліках, на труднощах спілкування, соціальної боязкість сором'язливості і залежності (Табл.2.1., Рис.2.1.).

Таблиця 2.1.

Результати дослiдження рівня невротичних розладів «Методика експрес – діагностики неврозу К.Хека і Х.Хесса»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| осіб | % | рівень наявності невротичних розладів |
| 30 | 60% (більше 35 балів) | підвищений та високий  |
| 20 | 40% ( більше 30 балів) | середній  |

Високий рівень невротизації може свідчити про виражену емоційну збудливість, внаслідок чого з'являються негативні переживання (тривога, напруженість, хвилювання, розгубленість, роздратування); про безініціативність, яка формує переживання, пов'язані з незадоволеними бажаннями; про егоцентричну особистісну спрямованість, що веде до іпохондричної фіксації на соматичних відчуттях і особистісних недоліках; про проблеми у сфері спілкування; про соціальне боягузтво і залежність.

Низький рівень невротизації свідчить про емоційну стабільність; про позитивний фон переживань (спокій, оптимізм); про ініціативність; про почуття власної гідності; про незалежність, соціальну мужність; про зручність спілкування.

Рис. 2.1. Результати рівня невротичних розладів «Методика експрес – діагностики неврозу К.Хека і Х.Хесса»

Підвищений та високий рівень невротизації виявлено у 60% (30 осіб) досліджуваних, що може бути причиною досить відчутної емоційної дратівливості, внаслідок чого – тривожність, напруженість, збудження, розгубленість, роздратованість тощо; безініціативність, яка формує переживання, пов'язані з незадоволеними бажаннями, егоцентричністю особистісної спрямованості, проблемами у сфері спілкування, соціальною боязкістю і залежністю, які посилюються і впливають на поведінку і самопочуття суб'єктів. Наявність середнього рівня невротизації у 40% (20 осіб) досліджуваних може свідчити про дещо підвищений у них рівень емоційного збудження, внаслідок чого можуть виникати негативні переживання (тривога, напруженість, хвилювання, розгубленість, роздратування); про втрату ініціативи, дещо виражений егоцентризм, що може спричинити іпохондричну фіксацію на соматичних переживаннях і особистих недоліках, проблеми у сфері спілкування, уникнення соціальної активності.

Діагностики рівня невротизації Л.В. Васермана дала змогу нам виявити рівень невротизації серед опитуваних та згідно з опрісником, виділити основні симптоми невротичних розладів, які впливають на різні сфери життя людини, що відображені у Табл. 2.2. і рис. 2.2.

Таблиця 2.2.

Дослідження рівня невротизації за методикою «Діагностика рівня невротизації Л.В. Вассермана

|  |
| --- |
| Результати: |
| 30 | 60%(середній бал 35-40) | високий рівень невротизації |
| 20 | 40%( середній бал 30 – 35) | середній рівень невротизації |

Діагностики рівня невротизації Л.В. Васермана дала змогу нам виявити рівень невротизації серед опитуваних та згідно з опитувальником, виділити основні симптоми невротичних розладів, які впливають на різні сфери життя людини, що відображені у Рис. 2.2.

Аналіз результатів дослідження рівня невротизації «Діагностика рівня невротизації» (Л.В. Вассерман) було виявлено, що більшість опитаних нами респондентів показали високий рівень невротизації – 60% (30 осіб), та середній рівень невротизації виявлено у 40 % (20 осіб) досліджуваних. Особи з високим невротизмом страждають від відсутності емоційного комфорту та спокою у своєму житті, і можуть перебувати в напруженому та нервовому стані, навіть за відсутності небезпеки чи інших подразників. Такі люди схильні менше сприймати себе, свої вчинки та думки, у них переважно знижена самооцінка, вони часто ставлять під сумнів свої дії та рішення.

Рис.2.2. Дослідження рівня невротизації за методикою «Діагностика рівня невротизації» (Л.В. Вассерман)

Людина з низьким рівнем нейротизму відчуває себе набагато спокійніше і комфортніше, легше переносить стресові ситуації, може розслабитися і відвернути думки від проблемної події до іншого, не завдаючи шкоди власному здоров'ю і самопочуттю. Особи з низьким рівнем нейротизму переважно мають адекватну самооцінку і приймають власну сильні та слабкі сторони, спокійно ставитися до власних невдач тощо.

За методикою діагностики рівня невротизації Л.І. Васермана, ми виявили симптоми, які виникають при наявності високого чи середнього рівня невротизації (Табл.2.3., Рис.2.3.)

Табл.2.3

Дослідження симптомів невротизації за методикою «Діагностика рівня невротизації Л.В. Вассермана

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| осіб | % | Симптоми невротизації |
| 26 | 52% | Тривога |
| 10 | 20 % | Обсесивно - компульсивні розлади |
| 6 | 12% | Емоційна збудженість |
| 3 | 6% | Напруга |
| 2 | 4% | Роздратованість |
| 3 | 6% | Панічні прояви |
| 2 | 4% | Соматичні розлади |

Результати аналізу показників симптомів невротизації за методикою «Діагностика рівня невротизації Л.В. Вассермана показали, що у 52% (26 осіб) досліджуваних виявилась наявність симптому «тривога», 20% (10 осіб) виявили прояви обсесивно - компульсивних розладів, у 12% (6 осіб) опитаних наявна емоційна збудженість, також випробовувані мають такі симптоми невротизації, як: напруга (6% - 3 особи), панічні прояви (6% - 3 особи), роздратованість(4% - 2 особи), соматичні розлади (4% - 2 особи).

У людей з високим рівнем тривожності виявляється широкий спектр порушень, такі як фобії (страх конкретних об’єктів або ситуацій, наприклад страх висоти, ліфтів, комах, польотів в літаках), панічні атаки, посттравматичний стресовий розлад, обсесивно – компульсивний розлад та генералізований тривожний розлад.

До основних симптомів обсесивно - компульсивних розладів можна віднести постійні нав’язливі думки про мікроби, бруд; надлишковий порядок; страх, що нав'язливі думки зашкодять собі або близьким; зайві справи з речами, що не мають цінності; думки щодо нанесення шкоди іншим; почуття особистої відповідальності за інших; неприйнятні думки на релігійні та сексуальні теми. Серед основних дій: перевірка, прання і очищення, повторення, накопичення речей, розумові ритуали (повторення імена, номери тощо).

У людей, які відчувають панічні прояви з’являються наступні симптоми: прискорене серцебиття, пітливість, тремтіння, відчуття нестачі повітря, задишка, біль у грудях, нудота або дискомфорт у області шлунка, запаморочення, слабкість, почуття підвищення температури тіла або гарячка, парестезії, дереалізація (відчуття нереальності) або деперсоналізація (стан відчуження від себе), страх втратити контроль або страх «збожеволіти», страх смерті. Для таких людей характерно постійне занепокоєння через повторювані панічні атаки чи їхні наслідки (наприклад, втрата контролю, серцевий напад, страх «збожеволіти»); значні дезадаптивні зміни в поведінці, пов'язані з атаками (наприклад, поведінка, спрямована на уникнення панічних атак, особливо ухилення фізичних вправ або незнайомих ситуацій).

Рис.2.3. Дослідження симптомів невротизації за методикою «Діагностика рівня невротизації Л.В. Вассермана

При обсесивно-фобічному невротичному розладі у структурі панічної атаки присутній страх за життя або страх з окремим сюжетом. Разом з іншими вегетативними проявами кризи найбільш специфічними симптомами є симптоми з боку серцево-судинної системи (пульсація в тілі, дискомфорт в області серця, припливи). У період між нападами відзначається страх перед наступним нападом, вторинні фобії.

Особи, що показали наявність соматичного розладу, характеризуються соматизованим розладом, соматоформним розладом (хронічний соматоформний болючий дефект), аутодеструктивною поведінкою із спрямуванням до елімінації пошкодженої області (самоушкодження, хірургічне втручання), маскованою депресією, неврозом органів (синдром гіпервентиляції, кардіоневроз, синдром роздратованого кишківника, шлунка, сечового міхура тощо), кардіоневрозом, синдромом хронічної втоми.

Проведення аналізу, за допомогою методик за МКБ – 10, спрямованих на виявлення типу невротичного розладу, дозволило нам виявити типи невротичних розладів (Табл.2.4., Рис.2.4.).

Таблиця 2.4.

Результати дослідження типів невротичних розладів за методикою «Вивчення типу невроза» за МКБ – 10

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Осіб/ % | Типи невротичних розладів | Показники  |
| 15/30 | Тривожно - фобічний | Тривога, панічні прояви, емоційна настабільність |
| 15/30 | неврастенія | Тривога, роздратованість, виснаженість |
| 13/26 | ОКР | Тривога, напруга, наявність обсесій та компульсій  |
| 7/14 | Інші невротичні розлади | Тривога, соматичні розлади, емоційна нестабільність. |

Результати дослідження показників за методикою «Вивчення типу невроза» за МКБ – 10 виявили, що у опитаних найбільш частими невротичними проявами були «тривожно - фобічний тип» (30% - 15 осіб) та неврастенія (30% - 15 осіб), також було виявлено ОКР (26% - 13осіб) та інші невротичні розлади (14% - 7 осіб).

Рис.2.4. Результати дослідження типів невротичних розладів за методикою «Вивчення типу невроза» за МКБ – 10

Люди невротичним типом тривожно - фобічного типу відчувають переживання внутрішньої напруги, неусвідомленої невмотивованої тривоги та нездатності розслабитися, тривожні очікування у поєднанні з дратівливістю та незадоволеністю, а також відчуття фізичного та психічного дискомфорту. Почуття тривоги часто буває спровоковано думками про майбутнє, очікуванням змін і станом невизначеності. Крім випадкових очікувань проблем, почуття безглуздої тривоги і страху за себе і близьких, деякі досліджувані помічали появу тривоги, страху і нерішучості в ситуаціях, в яких раніше вони відчували спокій. При незадовільних результатах і невдачах у частини випробовуваних виникало почуття невпевненості в собі, що супроводжувалося спалахами дратівливості, спрямованої на самих себе, на тлі наростаючої тривоги. У більшості випадків ТР супроводжувався вираженою психовегетативною симптоматикою. Найпоширенішими проблемами були головний біль напруги, проблеми зі сном і важкий сон, розлади харчування та коливання ваги.

Неврастенія у обстежених характеризувалася наявністю скарги на загальну слабкість, підвищену розумову стомлюваність, зниження концентрація уваги, дратівливість, відчуття внутрішньої напруги і неспроможності розслаблення, головні болі, розлади сну, вегетативні розлади. Ця умова розвинулася на тлі тривалого інтенсивного психічного напруження, а також в в результаті емоційного стресу, переважно пов'язаного з сім'єю або особисті проблеми.

Отже, отримані результати компонентів невротизації показують, що більшість досліджуваних мають високий та середній рівень прояву невротичних розладів, що потребує психологічної допомоги. Такий високий рівень невротизації можна пояснити ти тим, що участь у війні цивільних осіб, навіть опосередкована, через досвід загрозливої ​​для життя ситуації є психічною травмою з далекосяжними наслідками. Серед факторів, які ускладнюють життя цивільної особи в загрозливій воєнній обстановці та визначають її психологічний стан, перш за все: цілком усвідомлене відчуття загрози життю, або відчуття біологічного страху смерті, поранення, болю, інвалідності; переживання хронічного фізіологічного стресу, а також психоемоційного стресу, що виникає у безпосереднього учасника загрозливої ​​події, що інколи проявляється когнітивним дисонансом, пов’язаним із скорботою за померлими близькими та бажанням помститися, почуттям ненависті та безпорадності.

Це дослідження дає нам можливість до подальшого вдосконалення методів роботи з людьми, які переживають невротичні розлади. Тому так важливо продовжувати вивчати проблематику невротичних розладів у сучасній психологічній практиці. Тому що, як сказано було в одному із розділів нашої роботи – невротичні розлади мають вплив не тільки на внутрішній стан особистості, але й на її соціальні прояви. Тому ця проблема, дійсно не є тільки медичною, але й не в малому ступені соціальною.

Основні методи корекції та профілактики невротичних розладів повинні бути спрямовані на підвищення стійкості особистості до дії несприятливих мікросоціальних чинників. До них можна віднести психотерапію, в тому числі аутогенне тренування, методи релаксації, системи біологічного зворотного зв'язку, дихальну гімнастику, музикотерапію, оптимізацію рухового режиму, фізіотерапевтичні заходи (масаж, сауна, електросон), рефлексотерапію тощо. Вибір методів корекції непсихотичних психічних розладів визначається особливостями симптоматики, а також ступенем відхилення показників психічного і соматичного стану від нормативних значень. Правильно організована і проведена психогігієнічна і психокорекційна робота не тільки сприяє оптимізації порушених психічних функцій, але і підвищує стійкість до дії несприятливих стресогенних факторів, а також дозволяє поліпшити їх соматичний стан.

Робота практичного психолога з особами з невротичними розладами включає психотерапевтичні й психокорекційні втручання, починаючи з низькоінтенсивних (самодопомога) і завершуючи високоспеціалізованими – когнітивно-біхевіоральною психотерапією (КБТ), системною сімейною ПТ, гештальт-терапією, тілесно-орієнтованою ПТ, раціональною ПТ залежно від їх доступності. Окремим обов’язковим компонентом виступає психоосвіта (психоедукація) щодо особливостей непсихотичних психічних розладів та методів їх лікування, з акцентом на дотриманні терапевтичного альянсу.

**ВИСНОВКИ**

Аналіз результатів проведеного теоретико-емпіричного дослідження надав можливість сформувати такі висновки:

 На підставі аналізу психологічної літератури було надано визначення поняття «невротичний розлад», як групи нервово - психічних розладів, які виникають з причини гострих та хронічних психологічних травм.

Основоположним для розуміння невротичних розладів є поняття «невроз», як функціональне оборотне захворювання, в основі якого лежить розлад вищої нервової діяльності, викликаний перевантаженням основних коркових процесів (гальмування або збудження), перенапруженням їх рухомості в результаті психічної травми або тривалої перевтоми.

Аналіз психологічної літератури виявив, що у наш час можна вважати найґрунтовнішим загальноприйняте визначення неврозів як психогенних захворювань, у розвитку яких важливу роль відіграє зіткнення особливо важливих, емоційно насичених особистісних стосунків з нестерпною життєвою ситуацією. Порушення відносин особистості формується на основі індивідуальних властивостей нервових нервової системи під впливом несприятливих соціально-побутових умов оточення, перш за все, недоліки виховання в сім'ї.

У психологічній літературі з проблеми невротичних розладів, більшість авторів розглядає три класичні форми неврозу - неврастенію, істерію і невроз нав’язливих станів. В роботі розглянуто типи і підтипи невротичних розладів, згідно із загальноприйнятою класифікацією МКБ - 10. «Невротичні, пов’язані зі стресом і соматоформні розлади», які мають коди F-40- F-48: F40 тривожно - фобічний розлад; F41 інші тривожні розлади; F42 обсесивно – компульсивний розлад; F43 реакція на тяжкий стрес і порушення адаптації; F44 дисоціативні розлади (конверсіонні розлади); F45 соматоформні розлади; F48 інші невротичні розлади.

На підставі аналізу психологічної літератури визначено поняття «невротичний розлад» та « невротичний розвиток особистості» ( за теорією К. Хорні). Концепція неврозу, запропонована К. Хорні, заснована на захисній лінія поведінки, яка страждає від базової тривоги в будь-якій життєвій ситуації, що зумовлена ​​витоками невротичного конфлікту, який виник у ранньому дитинстві індивіда. Невротична особистість через свій страх, високий зріст тривоги відкидає певні дії, гальмує їх, ніяк не набереться сміливості подолати свою слабкість, безвольність, виявити сильну волю, прагнення до досягнення мети. Потреба в безпеці робить організм залежним від свого існування, коли ця потреба в безпеці порушується культурними факторами, що призводить до дезадаптації особистостей і, нарешті, до неврозів.

Емпіричне вивчення проблеми проводилось за допомогою наступних психодіагностичних методик: «Експрес – методика виявлення невротичного розладу» Х.Хека і Х.Хеса, «Методика вивчення рівня невротизації» Л. Васермана, «Методики вивчення типу невроза» МКБ – 10.

Аналіз емпіричних даних виявив, що за результатами дослідження за тестом «Методика експрес – діагностики неврозу К.Хека і Х.Хесса» спостерігається переважання підвищеного й високого - 60% та середнього рівнів невротичних розладів - 40% досліджуваних. Це свідчить про виражену емоційну збудливість, внаслідок чого з'являються негативні переживання, пов'язані з незадоволенням бажань, що призводить до іпохондричної фіксації на соматичних відчуттях і особистісних недоліках, на труднощах спілкування, соціальної боязкість сором'язливості і залежності.

Результати дослідження показників за методикою «Діагностики рівня невротизації Л.В. Васермана» вказують на те, що більшість опитаних нами респондентів показали високий рівень невротизації – 60%, та середній рівень невротизації виявлено у 40 % досліджуваних. За методикою діагностики рівня невротизації Л.І. Васермана, ми виявили симптоми, які виникають при наявності високого чи середнього рівня невротизації. Результати аналізу показників симптомів невротизації за методикою «Діагностика рівня невротизації Л.В. Вассермана показали, що у 52%) досліджуваних виявилась наявність симптому «тривога», 20% виявили прояви обсесивно - компульсивних розладів, у 12% опитаних наявна емоційна збудженість, також випробовувані мають такі симптоми невротизації, як: напруга (6%), панічні прояви (6%), роздратованість(4%), соматичні розлади (4%).

В результаті дослідження типів невротичних розладів за допомогою методики «Вивчення типу невроза» за МКБ – 10, виявилось, що у опитаних найбільш частими невротичними проявами були «тривожно - фобічний тип» (30%) та неврастенія (30%), також було виявлено ОКР (26%) та інші невротичні розлади (14%).

Отже, отримані результати компонентів невротизації показують, що більшість досліджуваних мають високий та середній рівень прояву невротичних розладів, що потребує психологічної допомоги. Такий високий рівень невротизації можна пояснити ти тим, що участь у війні цивільних осіб, навіть опосередкована, через досвід загрозливої ​​для життя ситуації є психічною травмою з далекосяжними наслідками.

Основні методи корекції та профілактики невротичних розладів повинні бути спрямовані на підвищення стійкості особистості до дії несприятливих соціальних чинників. Робота практичного психолога з особами з невротичними розладами включає психотерапевтичні й психокорекційні втручання, починаючи з низькоінтенсивних (самодопомога) і завершуючи високоспеціалізованими – когнітивно-біхевіоральною психотерапією (КБТ), системною сімейною ПТ, гештальт-терапією, тілесно-орієнтованою ПТ, раціональною ПТ залежно від їх доступності. Окремим обов’язковим компонентом виступає психоосвіта (психоедукація) щодо особливостей непсихотичних психічних розладів та методів їх лікування, з акцентом на дотриманні терапевтичного альянсу.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Абдряхимова Ц.Б. Клинико-эпидемиологические аспекты распространенности невротических расстройств у учащихся школ и лицеев. *Архів психіатрії.* 2002;8(1):40-3.
2. Абдряхімова Ц.Б. Рання діагностика, клініка, профілактика та корекція невротичних, пов'язаних зі стресом розладів в учнів ліцеїв [автореферат]. Київ; 2003. 22 с.
3. Адлєр А. Практика і теорія індивідуальної психології: Лекції по введенню в психотерапію для лікарів та психологів. Харків.: 2002. 227 с.
4. Аршава І.Ф. Функціональні стани людини в процесі адаптації до екстремальних умов діяльності (у парадигмі «особистість-стан»). *Педагогіка і психологія.* 2006;4:82-90.
5. Бріш К.Г. Розлади прив'язаності від теорії до терапії. Львів; 2012. 314 с
6. Волков П.В. Психастенічний характер. *Різноманітність людських світів.*Аграф, 2000. 198 с.
7. Волошин П.В., Марута Н.О., редактори. Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика). Харків; 2016. 335 с.
8. Гавенко НВ. Пограничні психічні розлади у студентів (клініка, діагностика, систематика). *Український вісник психоневрології.* 2002;10(4):51-3.
9. Гавенко В.Л., Бітенський В.С., редактори. Психіатрія і наркологія: підручник; за ред. В.Л. Гавенка, В.С. Бітенського. 2-ге вид., перероб. і допов. Київ: Медицина; 2015. 512 с.
10. Гарбузова. В.І.Неврози і психотерапія. К.: 1999. - 321 с.
11. Герасименко Л.О. Психосоціальна дезадаптація (сучасні концептуальні моделі). *Український вісник психоневрології.* 2018;26(1):62-5.
12. Годун Н.І. Фізіологія вищої нервової діяльності: навч.-метод. посіб. Переяслав-Хмельницький; 2014. 159 с.
13. Гулько Г. О. Невротичні властивості особистості як предмет психологічного вивчення. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки. 2*015. № 3. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apspp\_2015\_3\_5 (дата звернення: 05.14.2019)
14. Диференційна діагностика неврозів: Методичні рекомендації. Діагностика індивідуально-типологічних відмінностей в курсах диференційної та клінічної психології / Упоряд.: Кардаш В. В., Кардаш Н. І. Луцьк, 2000. 75 с.
15. Дубина М.І., Табачніков С.І., Волошин П.В. Психічне здоров’я як передумова здоров’я нації. *Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал.* 2014;7(4):6-11.
16. Заболотна В.О. Соціально-психологічні технології корекції рівня стресу в організаціях. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки.* 2015.
17. Єникєєва Д.Д. Поганий характер чи невроз. Харків.: Біном,1997.с.23- 78.
18. Єникєєва Д.Д. Популярна психіатря. О.:Арт,1998.с. 11- 56.
19. Калошин В.Ф. Стрес у педагогічній діяльності. Павлютенкова ЄМ, Крижко В.В. Конфлікти: сутність і подолання. Харків: Основа; 2008, с. 107-220.
20. Карвасарский Б.Д, Простомолотов В.Ф. Невротические расстройства внутренних органов. Кишенев: Штиинца; 1988. 166 с.
21. Коваленко В.Н., Несукай ЕГ. Нейроциркуляторная дистония: диагностика и лечение: метод. пособ. Киев; 2001. 16 с.
22. Ковпак Д.В. Як позбутися тривоги і страху. Практичне руководство психотерапевта. СПб.:Наука і Техніка,2007. 240с.
23. Кожина АМ, Гайчук Л.М, Шикова В.В. Ефективність психоосвітніх програм в наданні допомоги особам, що перенесли екстремальні події. *Український вісник психоневрології*. 2015;23(2):109-10.
24. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога. Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2018.310 с.
25. Коростій В.І. Система психотерапії та психологічного супроводу хворих з когнітивними та емоційними розладами при соматичних захворюваннях. *Клінічна генетика та перинатальна діагностика*. 2013.
26. Лещина І. В. Скринінгова діагностика непсихотичних психічних розладів у студентів-медиків. *Вісник проблем біології і медицини.* 2011;1(2):131.
27. Мазяр О. В. Невротичний стан у системі особистісного розвитку. *Пост-травматичний стресовий розлад: дорослі, діти та родини в ситуації війни. Міжнародне науково-практичне видання* / за ред.: І. Маноха, Г. Собчук. Том ІІ. Варшава-Київ: ПАН-Гнозис, 2018. С. 257 – 267.
28. Марута Н.А., Явдак И.А., Козидубова С.М., Смольская Э.Л., Канцедал Т.В. Эпидемиология психических расстройств в Украине на современном этапе. В: Материалы науч.-практ. конф. *Вопросы пограничной психиатрии, психотерапии, медицинской психологии;* 1999; Харьков. Харьков; 1999, с. 72-56
29. Марута Н.А. Панько Т.В. Особенности диагностики и терапии тревожных расстройств невротического и органического генеза. *Український вісник психоневрології*. 2013;21(1):75-82.
30. Матеріали респ. конф. дитячих психіатрів Реформа психіатричної допомоги дитячому населенню України; 1999 Жов 30-31; Харків. Вип 2, *Актуальні питання дитячої психіатрії в Україні*; 1999, с.132-4.
31. Мельник А. П. Сучасні проблеми клінічної психології: Метод. рекомендації для студ. ф-ту психології. Луцьк: Вежа, Волин. дерд. ун-ту ім.. Лесі Українки, 2004. 69 с.
32. Міжнародна класифікація хвороб. (МКФ-10). Класифікація психичних і поведінкових розладів.Киів.:АДИС,1994. 300с.
33. Михайлов Б.В., Табачников С.И., Витенко И.С., Чугунов В.В. Психотерапия: учебник. Харьков: Око; 2002. 768 с.
34. Михайлов Б.В. Психотерапия в общесоматической медицине. Клиническое руководство. Харьков: Прапор; 2002. 128 с.
35. Напрєєнко О.К. Марчук Т.Е. Клінічні варіанти перебігу стійких змін особистості після перенесеного катастрофічного переживання, як варіанти несприятливого перебігу посттравматичних стресових розладів. *Український вісник психоневрології.* 2002:10(1):132-4.
36. Невротичні, пов’язані зі стресом розлади, посттравматичній стресовий розлад: Методичні вказівки для підготовки студентів до практичних занять / упоряд. Г.М. Кожина, Г.О.Самардакова, Л.Д.Коровіна, Л.М.Гайчук. Харків:ХНМУ, 2018. 27 с.
37. Омельченко Я.М. Значення типу реагування на стрес значимих дорослих у процесі формування стресостійкості особистості. *Психологічний часопис*. 2019;5(12):169-81. doi: 10.31108/1.2019.5.12.11
38. Онишко Ю.В. Сучасні аспекти проблеми насильства в сім'ї та допомоги його жертвам. *Архив психіатрії*. 2002;1:11-6.
39. Орлов О. В. ABCIDЄ.: скринінг поведінки : методичний посібник. Київ : Видавництво «Фенікс», 2017. 30 с.
40. Орлов О. В., Лобанов І. Ю. Психологічна діагностика невротизації особистості (український переклад та апробація опитувальника невротичних особистісних рис KON-2006). *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки».* 2016. Вип. 2, т.1. С. 102-114.
41. Пашковський В. М., Юрценюк О. С. та ін. Удосконалення ранньої діагностики та диференційованого лікування пацієнтів з непсихотичними психічними розладами з урахуванням стану нервової системи: Монографія. Чернівці: технодрук, 2019. 324 с.
42. Пинчук И.Я. Распространенность психических расстройств в Украине. *Журнал Національної академії медичних наук України*. 2010;16(1):168-76
43. Пшук Н.Г, Слободянюк Д.П. Роль психосоціальних чинників в ґенезі соціальної дезадаптації у студентської молоді. Український *вісник психоневрології.* 2015;23(2):86-91.
44. Терещенко Л.А.,Олінковська Л.А. Причини і механізми виникнення невротичних розладів особистості дитини з погляду сучасної педагогічної психології, Київ, том 1., 2018. с.60-65.
45. Хорні К. Невротична особистість нашого часу. Пітер.: 1993. 176 с.
46. Хорні К. Невроз і зростання особистості. Пітер.: 2019. 20с.
47. Чабан О.С. Неврозы: патоморфоз, концепция, пространство и территория. Тернополь: Збруч; 1997. 161 с.
48. Шелюг О.А. Багатовимірність феномену посттравматичного росту: біологічний, психологічний та соціокультурний складники особистісних трансформацій. Психологія особистості. 2014;1:112-29.
49. Шестопалова Л.Ф. Клініко-психологічні дослідження чинників та умов формування посттравматичних стресових розладів у осіб, що пережили екстремальні події. *Український вісник психоневрології*. 2002;10(2):158.
50. Юрценюк О.С. Сім'я, як фактор формування непсихотичних психічних розладів (огляд літератури). *Буковинський медичний вісник.* 2015;19(4):237-40.doi:<https://doi.org/10.24061/2413-0737.XIX.4.76.2015.251>
51. Юрценюк О. С. Сучасні погляди на проблему непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти. *Матеріали міжнародної наукової конференції Аdvanced of science Perspectives of science and education (Czech Republic, Karlovy Vary – Ukraine, Kyiv, 28 September 2018).*