**Неврозы**

Реферат по курсу : « Психиатрия»

Студентка 613 группы Чайка Л.Н.

Москва 2011

**1. Введение. Понятие неврозов.**

Невроз – заболевание, вызванное воздействием тяжёлых психотравмирующих обстоятельств, направленных на блокаду или уничтожение важнейших личностно значимых ценностей и ориентаций. Это заболевание имеет психогенное происхождение и функциональный характер (обратимый, без органических поражений головного мозга).Преобладают эмоциональные и соматовегетативные проявления, которые осознаются и переживаются как болезненные.

Неврозы — это обширная группа заболеваний психики. Общим для них всех является то, что при этом отсутствуют органические повреждения головного мозга. Для неврозов нет ни возрастных, ни половых границ.

Неврозы представляют собой единую группу заболеваний, но проявления их могут быть разнообразными в зависимости от особенностей личности больного и характера психической травмы. Прежде всего, неврозы проявляются так называемым астеническим синдромом, в который входят симптомы повышенной утомляемости, истощаемости нервно-психических процессов, часто возникают вегетативные расстройства (потливость, сердцебиение) и нарушения сна. Сохраняется деление неврозов на три основных формы: неврастению, невроз страха (многочисленные фобии), истерический невроз и невроз навязчивых состояний.

В современной классификации психических расстройств (МКБ–10) термин «невроз» заменен на термин «невротическое расстройство», которое подразумевает под собой много вариантов проявлений, включая расстройства связанные со стрессом и соматоформные расстройства (расстройства внутренних органов без подтвержденных объективными методами признаков их анатомического поражения).

Так что же такое «невроз» и что такое «невротическое расстройство» ?

Неврозы (от греч. néuron — нерв), группа заболеваний, обусловленных психотравмирующими воздействиями; характеризуются функциональными, как правило, обратимыми, нервно-психическими расстройствами, при которых больной сохраняет критическое отношение к болезни и способность управлять своим поведением.

Вейном A.M. в 1982 году были сформулированы следующие критерии диагностики невроза:

1) наличие психотравмирующей ситуации (психогения должна быть индивидуально значимой и тесно связанной с дебютом и течением заболевания);

2) наличие невротических особенностей личности и недостаточности психологической защиты;

3) выявление характерного типа невротического конфликта;

4) выявление невротических симптомов, характеризующихся большой динамичностью и взаимосвязанных с уровнем напряжения психологического конфликта.

Предполагалось, что неврозы – это психогенно обусловленные функциональные расстройства нервной системы, при которых в отличие от психозов человек сохраняет критическое отношение к болезни и не утрачивает способности руководить своим поведением. Истерическими реакциями или истерическим неврозом, обозначается ряд расстройств чувствительной и двигательной сферы. Чаще всего эти расстройства наблюдаются при истерии одной из распространенных разновидностей личностных расстройств (психопатий). При неврозе навязчивых состояний доминирующими в его клинической картине являются признаки навязчивости: навязчивые мысли, воспоминания, страхи, желания, действия, которые подчиняют себе весь образ жизни больного. Основным, что характеризует неврастению, являются признаки истощения, слабости нервной системы. В настоящее время невроз навязчивых состояний обозначают термином обсессивно–компульсивное\_расстройство.

Неврозы сегодня по научному называются так: «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства».

Невротические расстройства - это психические расстройства без очевидной органической основы, при которых у больного может полностью сохраняться критика и адекватная оценка окружающей действительности, в результате чего он обычно не смешивает собственные болезненные субъективные ощущения и фантазии с объективной реальностью. Поведение может сильно изменяться, хотя обычно не выходит за рамки социально принятых норм. Дезорганизации личности нет. Основные проявления включают чрезмерную тревожность, истерические симптомы, фобии, обсессивные и компульсивные симптомы, депрессию.

Значимой для диагностики невротических расстройств (и отграничения их от неврозоподобных, псевдоневротических и иных психических нарушений) остается описанная К. Ясперсом триада невротических расстройств:

1. Невроз вызывается психической травмой.

2. Жизненное событие становится психотравмой и «звучит» в клинических симптомах в случаях повышенной значимости (оно подходит к личности «как ключ к замку»).

3. После исчезновения психической травмы или по прошествии времени невротические симптомы исчезают.

Из приведенных выше определений и рассмотрения содержания различных понятий, имеющих отношение к термину «невроз» становится понятным, что имеет место «описание одного и того же патологического явления различными терминами, не меняющими по сути ничего».

2. Неврастения.

Неврастения или астенический невроз - самая распространенная форма неврозов. Она характеризуется повышенной раздражительностью, быстрой утомляемостью и истощаемостью. Возникает на фоне нервного перенапряжения, при переутомлении, перегрузке на работе или в учебе. Нервное перенапряжение бывает у людей, чья профессия связана с постоянной психической нагрузкой (коммерсанты, редакторы и издатели, тележурналисты, дилеры, менеджеры и др.). У них нет возможности передохнуть: кончается одно важное дело, тут же необходимо приступить к новому, часто несколько дел ведутся одновременно и т. п. Разная степень выраженности неврастенических нарушений в таких условиях наблюдается практически у каждого человека, работа которого связана с психологической нагрузкой. Наряду с переутомлением развитию неврастении способствуют эмоциогенные и психотравмирующие факторы - тревога за успех порученного дела, опасения не справиться с заданием, страх перед последствиями неудачи и др.

Основными симптомами неврастении являются раздражительная слабость, утомляемость и повышенная истощаемость. Они проявляются в чрезмерном реагировании по случайному и малозначительному поводу, в раздражительности, несдержанности эмоций, повышенной и ранее не свойственной возбудимости. При неврастении даже бурные эмоциональные проявления обычно непродолжительны и быстро сходят на нет. Повышенная возбудимость может без всякой причины или по незначительному поводу перейти в слезы и рыдания. Неврастеники невыдержанны, по ничтожному поводу сильно расстраиваются, обижаются, плачут. Они испытывают постоянное недовольство собой, чувство безысходности, делаются нетерпеливыми, суетливыми. Наблюдаются затруднения в интеллектуальной сфере. Неврастеники становятся рассеянными, не могут сосредоточиться, сконцентрировать свое внимание, часто теряют нить разговора, не в состоянии вспомнить то, о чем только что говорили. Начав работу, через несколько минут они ловят себя на мысли, что думают совсем о другом.

Ю. В. Попов и В. Д. Вид выделяют следующие критерии, по которым можно диагностировать неврастеников :

1. Либо стойкое и мучительное чувство снижения умственной продуктивности после незначительных умственных усилий, либо стойкая, мучительная усталость и слабость после незначительной физической нагрузки.

2. Наличие не менее одного из следующих симптомов:

- острые или хронические мышечные боли;

- оцепенение, онемение;

- головная боль, вызванная мышечным напряжением;

- нарушение сна;

- неспособность расслабиться;

- раздражительность;

- длительность расстройства превышает 3 месяца;

- расстройство не соответствует критериям органического, аффективного или тревожного синдромов.

При неврастении нарушается сон. Больные долго не могут заснуть, даже тишина не способствует засыпанию. При малейшем шуме или из-за неприятных сновидений больные просыпаются среди ночи. Утром встают вялыми, уставшими, сон не восстанавливает силы. У многих неврастеников наблюдается постоянная или периодическая боль стягивающего характера, усиливающаяся при волнении. Иногда возникает шум в ушах.

С большим постоянством при неврастении наблюдаются нарушения деятельности внутренних органов функционального характера. Вегето-сосудистая дистония проявляется в виде повышения частоты сердечных сокращений - вплоть до пароксизмальной тахикардии, колебаниями артериального давления в сторону его повышения или понижения, умеренными колющими болями и ощущением давления в области сердца при отсутствии характерных для ишемической болезни сердца изменений ЭКГ. Отмечаются также потливость и акроцианоз. Некоторые больные жалуются на ощущение нехватки воздуха, хотя при объективном наблюдении нарушений дыхательной функции не отмечается. Со стороны желудочно-кишечного тракта бывает снижение аппетита, но иногда также его повышение (нервная булимия), приводящее к увеличению массы тела. Частыми являются жалобы на изжогу. С большим постоянством встречаются запоры спастического характера. Все эти изменения обычно бывают нестойкими, <капризными>. Так, больной жалуется на возникновение изжоги и тошноты при употреблении в пищу растительного масла или животного жира, но спустя некоторое время начинает употреблять эти продукты, не испытывая никаких болезненных ощущений. Следует также указать на возможность возникновения функциональных сексуальных расстройств в виде понижения половой потенции или преждевременной эякуляции у мужчин и половой холодности (фригидности) у женщин.

В динамике неврастении выделяют три стадии. Начальная стадия характеризуется раздражительностью, повышенной возбудимостью. На второй стадии наблюдается раздражительная слабость, повышенная чувствительность к внешним раздражителям, эмоциональная несдержанность. В третьей стадии наблюдается вялость, слабость, апатия, снижение интереса к окружающему, повышенное чувство усталости, быстрая утомляемость при любой работе, снижение трудоспособности, сонливость, постоянно подавленное настроение.

Неврастения сопровождается вегетативными расстройствами - сердцебиением с перебоями, повышенным или пониженным артериальным давлением, одышкой, потливостью, холожением рук и ног, болезненными ощущениями в желудочно-кишечном тракте. При волнении или физической нагрузке эти расстройства усиливаются, а в дальнейшем быстро исчезают.

У людей со слабой нервной системой неврастения может продолжаться многие годы. У них наблюдается быстрый переход от повышенной возбудимости к слабости и истощаемоcть.

У людей с сильной нервной системой прогноз более благоприятный. При снижении психологической нагрузки в сочетании с санаторно-курортным лечением, отпуском и сменой обстановки все симптомы неврастении могут пройти.

В целом прогноз болезни благоприятный, в 75% случаев наступает полное выздоровление или значительное улучшение, у 17 - 19% могут быть повторные случаи неврастении. И лишь у 6 - 8% больных улучшений не наблюдается . В случае, когда болезнь вовремя не лечится, она принимает тяжелые формы. Если она длится свыше пяти лет, то подается лечению с трудом, и тогда психиатры говорят о неврастеническом развитии личности. При легких признаках неврастении достаточно упорядочить режим отдыха, труда и сна. Но самое главное в лечении неврастении - устранение причин, вызвавших эмоциональное напряжение и переутомление. Необходимо помнить главный принцип медицины: любое заболевание легче предупредить, чем потом долго лечить. Исследуя особенности детского невроза, В. А. Гурьева отмечает, что развитие болезненного состояния по типу астенического невроза может наблюдаться у детей, перенесших острые шоковые психозы или затяжные реактивные состояния, с самого раннего возраста (с двух-трех лет). Чаще всего это наблюдается у лиц со слабым типом нервной системы, у детей, ослабленных тяжелыми соматическими или психогенными заболеваниями. Такие дети пассивны, робки, не уверены в себе, не пытаются преодолеть какие-либо посильные для их возраста трудности, чрезвычайно внушаемы. Роль психогенной травмы не всегда играют сильные психотравмирующие ситуации («удары судьбы»). Любой значимый для ребенка факт может стать травмирующим (помещение в детское учреждение, пропажа любимой собачки или котенка и пр.).

У детей и подростков, как и у взрослых, клиническая картина астенического невроза во многом совпадает. На первом месте оказывается повышенная истощаемость, утомляемость и раздражительная слабость. Последняя проявляется как реакция ребенка на «непосильные» требования окружающих в виде вспышек раздражения с последующими слезами и раскаянием. Перечисленные симптомы обычно сопровождаются соматическими расстройствами - потливостью, холодными кистями рук и стопами ног, сердцебиением, болями в животе. Наблюдаются расстройства желудочно-кишечного тракта. Все это позволяет ребенку избегать посильного труда. От него ничего не требуют, его опекают и жалеют.

Старшие дети и подростки с неврастенией слывут слабыми, нервными, но не все знают, что они могут неожиданно напряч свои силы и в каком-то рывке сделать то, что не по силам даже способным ученикам. Они замкнуты, но жаждут общения, нерешительны, но честолюбивы и ранимы. Они часто и много фантазируют, но никто не знает, как им хочется стать героем, душой общества .

3. Невроз страха.

Основной симптом заболевания — появление чувства тревоги или страха. Чаще всего оно возникает остро, внезапно, реже — медленно, постепенно усиливаясь. Возникнув, это чувство не покидает больного в течение всего дня и держится нередко неделями или месяцами. Интенсивность его колеблется между легким чувством тревоги и выраженным страхом, сменяющимся приступами ужаса.

Страх некондиционален (в чем его основное отличие от фобий), т. е. он не зависит от какой-либо ситуации или каких-либо представлений, является немотивированным, бессодержательным, лишенным фабулы («свободно витающий страх» — free floating anxiety states). Страх первичен и психологически понятным образом невыводим из других переживаний.

Часто отмечается ожидание словно какой-то неопределенной опасности несчастья, чего-то страшного, что должно случиться. Нередко под влиянием страха возникают тревожные опасения, психологически понятно с ним связанные. Они не стойки. Степень их интенсивности зависит от силы страха.

С исчезновением или ослаблением чувства страха исчезают и эти опасения. Все, что усиливает чувство тревоги, страха, может вызывать или усугублять эти опасения. Так, неприятные ощущения в области сердца или услышанный рассказ о том, что кто-то умер от инфаркта миокарда, кровоизлияния в мозг, заболел раком или «сошел с ума», могут породить соответствующие опасения. При этом страх первичен, а боязнь умереть от инфаркта, кровоизлияния в мозг, заболеть раком или психическим расстройством вторична. Она носит характер не стойкой сверхценной ипохондрической идеи или фобии, а лишь тревожного опасения. Под влиянием переубеждения больной нередко соглашается, что ему не грозит смерть от «паралича сердца», но страх сохраняется и либо тут же меняет фабулу («ну, не знаю, может быть не инфаркт, а другая страшная болезнь»), либо временно становится бессодержательным, «свободно витающим» страхом.

Иногда в зависимости от содержания тревожных опасений больные принимают те или иные меры «защиты» — более или менее адекватные содержанию опасения, например просят не оставлять их одних, чтобы было кому помочь, если с ними случится «что-то страшное», или избегают физической нагрузки, если опасаются за состояние сердца, просят спрятать острые предметы, если появляется опасение сойти с ума (ритуалов при этом не возникает).

Состояние страха может периодически резко усиливаться, сменяясь приступами ужаса с немотивированным страхом или, чаще всего, с ожиданием смерти, например от «паралича сердца», «кровоизлияния в мозг».

В связи с доминированием чувства тревоги или страха больные отмечают трудность сосредоточиться на какой-либо деятельности, повышенную возбудимость, аффективную неустойчивость. Временами они тревожны, ажитированы, ищут помощи. Нередко у них отмечаются тягостные, неприятные ощущения в области сердца или эпигастрия, придающие чувству страха витальный оттенок. Артериальное давление в период болезни у большинства больных остается в пределах нормы или на нижней ее границе. На высоте аффекта страха оно несколько повышается. В это время отмечается учащение сердцебиений и дыхания, сухость во рту, иногда учащение позывов на мочеиспускание.

Во время болезни аппетит снижен. В связи с постоянным чувством тревоги и снижением аппетита больные часто теряют в весе, хотя и не очень резко. Половое влечение обычно понижено. У многих отмечается трудность засыпания, тревожный сон с кошмарными сновидениями. Кожно-гальванический компонент ориентировочной реакция часто возникает спонтанно и неугасим на протяжении всего исследования.

Продолжительность неврозов страха чаще всего от 1 до 6 месяцев; иногда болезнь принимает затяжное течение и может длиться годами. В инволюционном периоде вообще, как известно, чаще, чем в другие периоды жизни, возникают состояния страха. В этот период и невроз страха легко принимает затяжное течение. Присоединение гипотонии, гипертонической болезни, церебрального атеросклероза, болезней сердца ухудшает прогноз и ведет к возникновению смешанных сомато-психических форм, при которых незначительные колебания артериального давления или нерезко выраженные нарушения сердечной деятельности вызывают резкое усиление чувства страха.

Причиной болезни может быть сильное психическое потрясение, а также менее резко, но более длительно действующие психотравмирующие факторы, ведущие к возникновению конфликта (сосуществованию противоречивых стремлений).

Одной из частых причин невроза страха является возникновение острой нейро-вегетативной дисфункции, вызванной действием ситуации, при которой происходит столкновение («сшибка») безусловнорефлекторного полового возбуждения с процессами внутреннего торможения. Это может наблюдаться, когда сильное половое возбуждение тормозится усилием воли, например, при прерванных половых сношениях, ставших системой половой жизни. Бывает это иногда и при сильном половом возбуждении у женщины, остающемся неудовлетворенным, т. е. когда разрядка полового возбуждения не наступает. Как справедливо подметил еще Фрейд, общая боязливость может повышаться, если сексуальное возбуждение не находит достаточного оттока, не приводит к удовлетворящему концу. Так бывает, например, у некоторых мужчин во время жениховства и женщин, мужья которых недостаточно потентны или из осторожности сокращают или обрывают половой акт. При таких условиях половое возбуждение исчезает и вместо него появляется страх. Чем темпераментнее женщина, чем сильнее ее половое влечение и больше способность испытывать половое удовлетворение, тем скорее она будет реагировать явлениям страха на импотенцию мужа или coitus interruptus. Надо сказать, что ненормальности в половой жизни, ведущие к задержке полового удовлетворения, могут способствовать возникновению невроза страха и у мужчины.

Большую роль в формировании невроза имеет первый приступ страха, положивший начало болезни. Он может быть вызван не только психогенными, но и физиогенными причинами, например острым вегетативным кризом, вазопатическими нарушениями, ведущими к гипоксемии и физиогенно обусловленному страху. Такой криз может возникнуть после перенесенной инфекции или интоксикации, однако основной причиной болезни все же является не инфекция или интоксикация, а психотравмирующее действие этого переживания или же влияние психотравмирующей ситуации, которая и привела к фиксации возникшего чувства страха.

Иногда невроз страха нелегко дифференцировать от состояний страха, возникающих при некоторых циклотимических депрессиях. Для них характерны, помимо чувства тревоги, временами страха, пониженный фон настроения и признаки легкой психомоторной заторможенности (общее чувство тяжести, «лени», порой пустоты в голове), иногда запоры и аменорея, суточные колебания настроения. При депрессии часто отмечается ухудшение самочувствия по утрам и нарастание страха к вечеру. Наконец, для циклотимии характерно фазное течение заболеваний (такие фазы с тревогой и страхом часто длятся 2—4 месяца и сменяются светлыми промежутками, реже — гипоманиакальными фазами). Тревожные опасения бывают чаще всего ипохондрического содержания.

Наличие идей виновности или самоуничижения («Я плохой, ленивый, в тягость семье...») характерно не для невроза страха, а для депрессии и всегда ставит на очередь вопрос о возможности суицидальных мыслей и необходимости своевременной госпитализации.

4. Истерия.

Синдром расстройств личности по истерическому типу.

В настоящее время ( МКБ-10, 1994) принять считать, что истерическое расстройство личности характеризуется :

а) самодраматизацией, театральностью, преувеличенным выражением эмоций ;

б) внушаемостью, облегчённой подверженностью влияниеям окружающих их обстоятельств ;

в) поверхностью и лабильностью эмоциональности ;

г) постоянным стремлением к возбужденности, признанию со стороны окружающих и деятельностью , при которой пациент находится в центре внимания;

д) неадекватной обольстительностью во внешнем виде и поведении ;

е) чрезмерной озабоченностью физической привлекательностью;

Дополнительными чертами могут быть эгоцентричность, потворство по отношению к себе, постоянное желание быть признанным, повышенная обидчивость и постоянное манипулятивное поведение в целях удовлетворения своих потребностей. Истерический невроз имеет ряд характерных особенностей :

а) развивается преимущественно у женщин ;

б) преобладает истерический , эмотивно-лабильный или сензитивный тип при акцентированном или психопатическом преморбиде (чрезмерное преобладание чувственной, эмоциональной стороны духовной жизни над интеллектуальной : повышенная впечатлительность и непостоянство настроения с беспричинными колебаниями ; быстрая немотивированная смена влечений, ведущая к болезненной капризности; наклонность к фантазированию, лжи, обманам, ложным доносам, склонность к скандалам;

в) при неадекватном воспитании преобладает вариант «кумир семьи» ( Гиндикин В.Я., 1961), особенно если он реализуется матерью-истеричкой;

г) нередко наблюдается невысокий уровень интеллекта , узкий круг интересов – в том числе и в высших слоях общества.

Все невротические симптомы при истерическом неврозе отличаются эмоциональной яркостью и демонстративностью. Предъявляемая картина «болезни» не отличается разнообразием симптомов, жалобы больных бывают непоследовательны, в них отсутствует понятная логика. Нередко это упорные жалобы на бессонницу, головную боль, «невыносимую тоску», нарушение дыхания при плохой погоде, «аллергию» при употреблении тех или иных пищевых продуктов. С ними больные на протяжении многих недель или месяцев обращаются ко многим специалистам. Их не смущает тот факт, что содержание этих жалоб не соответствует ни результатам проводимых исследований, ни даже общепринятому представлению о тяжелобольном человеке, на роль которого они упорно претендуют. Всякое неосторожное слово врача, высказанное в присутствии пациента, предположение о диагнозе какой-либо болезни немедленно берется на вооружение и постоянно фигурируют потом в качестве бесспорного подтверждения наличия и тяжести данного заболевания. Больные не способны замечать даже элементарных противоречий в собственных жалобах и поведении. Так, больная полностью съедает больничную порцию и все продукты, приносимые из дома, но продолжает жаловаться на полное отсутствие аппетита. Посещая многих врачей и представителей «народной медицины», больные истерическим неврозом более всего доверяют одному из них, рассказывают о нем как о необыкновенном специалисте, что не мешает им продолжать утверждать, что лечение не дает результатов и «стало еще хуже».

Характерные для психогенных заболеваний диссоциативные расстройства при истерическом неврозе проявляются с особой яркостью. Низкий уровень самосознания и неспособность четкого осознания мотивов собственного поведения способствуют тому, что невротическая тревога, наблюдающаяся при истерическом неврозе, как и при любом другом невротическом расстройстве, легко превращается (конвертируется) в двигательное, чувствительное или психоэмоциональное нарушение. Могут наблюдаться припадки с судорогами, внешне несколько напоминающие эпилептические. Однако, в отличие от последних, истерические припадки бывают связаны с травматическими переживаниями и конфликтами, возникают в присутствии людей, на которых пациент бессознательно хотел бы произвести впечатление, потеря сознания бывает неполной, и больные во время припадка продолжают реагировать на происходящие вокруг события. В связи с тем, что за последние десятилетия произошли коренные изменения положения женщин в обществе, истерический невроз претерпел наибольший патоморфоз. Описываемые в классической литературе такие симптомы, как истерические припадки с опистотонусом (выгибанием дугой), гиперкинезы, блефароспазм, слепота стали встречаться относительно редко и наблюдаются преимущественно в этнических группах, где эти истерические проявления закрепились в качестве ритуалов. Европейские традиции не способствуют в настоящее время их проявлению при истерическом неврозе; на первый план выступают астенические, алгические, ипохондрические, соматоформные расстройства.

На формирование характера, способствующего развитию истерического невроза, накладывают отпечаток особенности воспитания в семье. Часто это «кумиры семьи», не знающие предела удовлетворению своих желаний и эгоистических устремлений. Но в значительной части случаев неблагоприятные черты характера складываются в результате раннего детского конфликта, связанного с эмоциональной депривацией - отсутствием необходимых ребенку эмоциональных контактов с родителями. Обычно это происходит в семьях, где авторитарная, неласковая мать подавляет инициативу детей, лишает их материнского тепла; отец при этом обычно характеризуется как мягкий, безвольный человек, не пользующийся в семье авторитетом. Непосредственным толчком к развитию истерического невроза у женщин обычно служит семейный конфликт: подозрение в измене мужа, ссора с родственниками, обида, нанесенная детьми.

Важнейшими особенностями истерического невроза являются: легкость, с которой эмоции изменяют все функции организма, непостоянство, изменчивость, противоречивость в клинической картине , а так же тенденция к бегству в болезнь , которую И.П.Павлов назвал характернейшей чертой истерии. Симптоматика истерического невроза чрезвычайно разнообразна и при поверхностном осмотре больного часто напоминает те или иные соматические или неврологические заболевания. Все это очень напоминает симуляцию, однако таковой не является. В основе истерического невроза лежит конфликт между субъективно завышенными желаниями и возможностями их реального удовлетворения , т.е. конфликт признания – невозможность реализовать заостренную потребность в любви и признании, доминировании, подчинении окружающих . «Бегство в болезнь» может реализоваться с целью компенсации недостающего внимания, любви и ласки (в следствие потери привилегированного положения в семье , рождения брата –сестры, конфликтных отношений родителей из-за ребенка)—невозможность ходить, стоять, истерическая афония, кашель, рвота, нарушения глотания, истерическая слепота, расстройства сознания. Дети-истерики не являются симулянтами, они действительно испытывают ощущения , о которых говорят.

Первые проявления истерической психопатии могут возникнуть в возрасте двух-трех лет или в школьном возрасте. Такие дети обидчивы, капризны, подвижны, любят паясничать, могут подражать и передразнивать взрослых. Легко запоминают шутки и анекдоты, стихи и сказки. Они впечатлительны и эмоциональны, быстро делаются «кумирами» семьи, их способностями восторгаются папы и мамы, а особенно бабушки и дедушки. Стремясь привлечь к себе всеобщее внимание, они могут рассказывать о себе вымышленные истории. Преувеличение, фантазирование и ложь в их рассказах сохраняется на всю жизнь. Это свойство педологии становится характерным свойством личности.

В подростковом возрасте при неудовлетворенности своим положением, обидах, ущемлении самолюбия такие индивиды уходят в мир грез и фантазий. Многие из них вначале считаются довольно способными: они все схватывают на лету, легко запоминают, импровизируют. Однако они поверхностны во всем, им не свойственны усидчивость и трудолюбие, упорная учеба и трудовая деятельность их утомляет, и они вскоре теряют к ним всякий интерес.

Люди с истерическими чертами характера предпочитают профессии, где им постоянно надо быть на виду. Многие из них становятся артистами, музыкантами, телеведущими. По утверждению Д. Еникеевой, в той или иной степени истероидность, истерическая акцентуация характера, а иногда и истерическая психопатия свойственны представителям творческих профессий, и актерам в первую очередь. Эмоциональность у истерических психопатов проявляется ярко, бурно, театрально, с заламыванием рук и эффективными позами, бурными рыданиями или объятиями. Им обязательно нужны зрители для их драматических переживаний. Они внимательно следят за тем, какое впечатление производят на окружающих.

Хотя театральность и драматические преувеличения у истерических личностей встречаются сплошь и рядом, однако, как отмечает Д. Шапиро, «они не выглядят неискренними. Иными словами, они не преувеличивают и не драматизируют свои чувства сознательно, чтобы добиться конкретной цели или произвести какой-то особый эффект. Фактически они не осознают, что играют. Если после особо впечатляющей театральной сцены намекнуть истерику, что чувства, которые он пытается изобразить, не очень-то убедительны или что он сам, возможно, не вполне верит в то, что говорит, то скорее всего он не разозлится оттого, что сцена не удалась, а искренне удивится, растеряется и смутится. Способность истериков действовать неестественно и этого не замечать поразительна и отражает природу их отношений с реальностью» .

В условиях современного патоморфоза психических заболеваний поведение многих больных истерическим неврозом на приеме у врача часто оказывается достаточно корректным, и требуется определенный навык, чтобы подметить в нем элементы демонстративности, истерической манерности и театральности, на которых делался акцент в описаниях этого заболевания в классической литературе. Но дома больные бывают капризны, раздражительны и придирчивы, требуют к себе чрезмерного внимания. Они ограничивают круг своих домашних обязанностей, объясняя это «ужасной слабостью», часто и подолгу пользуются больничными листами или отпрашиваются с работы по причине болезни и для посещения врача. И хотя вопрос об инвалидности обычно прямо ими не ставится, фактически он возникает в связи с упорными жалобами на невозможность выполнять свои производственные обязанности.

В большинстве случаев болезнь принимает затяжное течение с периодическими обострениями, связанными с ухудшением жизненной ситуации и новыми психическими травмами. При длительном течении заболевания постепенно все большее значение приобретают стойкие астенические и вегетативные расстройства, эмоциональные нарушения в виде раздражительности, несдержанности, недовольства другими людьми, заостряются преморбидные личностные особенности: требование постоянного внимания со стороны близких с постоянными упреками и жалобами на их «черствость» и «жестокость», повышенная ранимость, эгоцентризм.

Эгоцентризм истериков, требование всеобщего внимания, стремление занимать в обществе центральное положение, не соответствующее их реальным способностям, приводит к конфликтам с окружающими. После ссор у истерических психопатов возникает истерический невроз, они придумывают какую-нибудь жалостливую историю, чтобы вызвать сочувствие окружающих и вновь привлечь к себе внимание. Их поступки, сопровождаемые необычными позами, направлены на то, чтобы «обидчик» понял, как они страдают в результате его невнимания или грубости. Если истерическому психопату не удается привлечь к себе внимание иным способом, он стремится сделать это, демонстрируя таинственные «симптомы» им же выдуманной болезни. Это называется «бегством в болезнь».

В состоянии опьянения все истерические черты у таких лиц выступают в еще более утрированном виде. Они могут говорить часами, не умолкая ни на секунду и не давая окружающим вставить слово. Их патологическая лживость и склонность к фантазиям часто ставит их в неловкое положение. Но этим истерики нисколько не смущаются, придумывают в оправдание невероятные истории, в которых главными героями являются они сами.

5. Невроз навязчивых состояний.

Невроз навязчивых состояний – расстройство невротического уровня и преимущественно психогенного происхождения с преобладанием в клинической картине навязчивых состояний ( фобий, мыслей, действий, воспоминаний, воспроизводящих психогенно – травмирующую ситуацию) или навязчивой нетерпимости в отношении некоторых внешних воздействий.

Невроз навязчивых состояний принято разделять на фобический (невроз страха) и обсессивно-компульсивный. По частоте он значительно уступает неврастении, но склонность к длительному, затяжному течению, нередко приводящему к инвалидизации больных, резистентность к проводимой терапии определяют его большое клиническое и социальное значение.

Типичный психический конфликт, служащий непосредственным поводом к развитию невроза навязчивых состояний, состоит во внутреннем неразрешимом противоречии между прочными моральными принципами и чувством долга, с одной стороны, и реальными поступками и чувствами человека - с другой. Динамическая психиатрия, использующая принципы психоанализа 3. Фрейда, особое значение придает детским конфликтам, проистекающим из противоречия между стремлением ребенка к самостоятельности и необходимостью подчиняться авторитарным требованиям родителей, чтобы сохранить их любовь. Большую роль в этом конфликте играет ригидная мать, предъявляющая по отношению к ребенку чрезмерные требования поддержания чистоты и порядка, угрожающая разлюбить ребенка или наказать его. Последний вынужден подавлять свои импульсы к эмансипации, чтобы сохранить связь с родителями. Воспитание в условиях чрезмерной опеки, подавления самостоятельности формирует личность с развитым чувством долга, ответственности перед людьми и своей совестью, но неспособную отстаивать свои моральные принципы и бороться за них в трудной жизненной ситуации. Все это порождает чувство неуверенности и своей вины. Суть конфликта, непосредственно приводящего к развитию невроза, заключается, как правило, в неспособности человека преодолевать возникающие трудности или смиряться с ними.

Наряду с фобическим синдромом и синдромом навязчивых состояний в клинической картине ННС могут иметь место астенические синдромы : нарушается сон, появляется раздражительность, непереносимость резких звуков, быстрая утомляемость, снижение работоспособности . Однако последние носят характер сопутствующих симптомов , поскольку основной жалобой, определяющей состояние больных , являются навязчивости.

Обсессивно-компульсивное расстройство характеризуется постоянно возникающими обсессиями (навязчивые мысли, фантазии, сомнения) и компульсиями (навязчивые побуждения или действия), осознаваемыми пациентами как болезненные и воспринимаемыми с чувством сильного внутреннего сопротивления. Расстройство часто сопровождается различными по выраженности тревожными и депрессивными состояниями.

Основное проявление расстройства — навязчивые состояния. Навязчивые состояния — повторяющиеся мысли, представления, воспоминания, сомнения, стремления, действия, которые не поддаются волевому подавлению при сознании их болезненности и критическом к ним отношении. Навязчивые состояния — чуждые для личности и при попытке сопротивляться им вызывают тревогу. Навязчивые явления бывают и у здоровых людей. В этом случае они не устойчивы, не доминируют в сознании, появляются эпизодически и не приводят к социальной дезадаптации.

Навязчивости и компульсии могут наблюдаться раздельно или одновременно. Невротическое компульсивное поведение, в отличие от психотического, всегда воспринимается как собственное, хотя и несозвучное своей личности. За первичным обсессивным импульсом всегда стоит осознаваемый страх каких-то нежелательных последствий.

Для обсессивно-компульсивного расстройства характерны следующие черты:

Навязчивости обычно не связаны с привычным жизненным укладом больного и, несмотря на его сопротивление, настойчиво проникают в его сознание, занимая центральное место в психической деятельности.

Навязчивости нередко имеют элементы агрессивного, сексуального или вызывающего отвращение содержание, воспринимаемого больным как нечто совершенно чуждое его личности.

Часто у больного возникает убеждённость в совершении им какого-то постыдного, антисоциального поступка, и он испытывает сильное беспокойство и тревогу.

Пациент осознаёт бессмысленность своих навязчивостей и активно сопротивляется им, что приводит лишь к кратковременному успеху. Часто больные для нейтрализации навязчивостей и тревоги совершают защитные действия — ритуалы (например, чрезмерно тщательное мытьё рук при навязчивом страхе загрязнения).

Навязчивые мысли — непроизвольные возникающие мысли, осознаваемые больными как чуждые, но от которых они не могут избавиться; например, навязчивая мысль о том, что руки загрязнены бактериями, которые могут стать причиной инфекционных заболеваний.

Навязчивые представления — непреодолимые представления неприятных событий, которые мучительно переживаются больным; например, пациент представляет, как он совершает извращённые сексуальные действия.

Навязчивые сомнения — навязчивая неуверенность больного в правильности и законченности совершенных им действий. Пациенты постоянно озабочены тем, что забыли что-то сделать, или, возможно, сделали что-то не так. Выполнив какое-либо дело, поручение, но сомневаясь в правильности и точности исполнения, больные вновь и вновь его проверяют. Они несколько раз перечитывают написанное, бесконечно сверяют произведённые расчёты, неоднократно дёргают только что запертую дверь, повторно убеждаются в том, что электричество или газ выключены, окурки и спички погашены и т.п. Типично накапливание в принципе ненужных вещей, не выбрасываемых из опасения, что они когда-либо могут все же понадобиться; иногда их скапливается огромное количество.

Навязчивые влечения — навязчивое стремление совершить какое-либо бессмысленное, часто опасное действие, например ударить прохожего по лицу, засмеяться на похоронах, ударить ребёнка, выругаться матом в церкви, выколоть соседу или близкому родственнику глаза и т.п. Попытки сопротивления влечению сопровождаются выраженной тревогой. Навязчивые влечения при обсессивно-компульсивном расстройстве пациентами не выполняются.

Навязчивые ритуалы — движения или действия, выполняемые против воли и вопреки разуму для предотвращения воображаемого несчастья или с целью его преодоления; возникают при фобиях, навязчивых сомнениях и опасениях. Ритуалы имеют значение заклинания, защиты. Например, при чтении книги больной пропускает, например, 11-ю и 35-ю страницы, ибо цифры соответствуют возрасту его сына и жены и пропуск указанных страниц «предохраняет» их от смерти. Пациенты понимают всю бессмысленность и нелогичность своих ритуалов и обычно сопротивляются желанию их совершить. Выполнение ритуала облегчает состояние. Его невыполнение дается лишь исключительными усилиями и влечёт за собой тревогу и беспокойство, не позволяющие думать о чём-либо и чем-либо заняться. Часто пациенты бывают обеспокоены тем, что их симптомы могут быть признаком тяжёлого и прогрессирующего психического заболевания; от таких опасений больных легко можно избавить, объясняя истинную природу симптомов.

Навязчивая медлительность — частый результат навязчивых мыслей и ритуалов — проявляется в чрезвычайно медленном выполнении повседневных дел (одевание, приём пищи, бритье и т.д.). В этой группе преобладают мужчины. Уровень тревоги, несмотря на выраженность симптомов, может быть относительно невысоким.

Навязчивые мысли и ритуалы могут обостряться в определённых ситуациях; например, навязчивые мысли о совершении насилия над другими людьми могут усиливаться на кухне, где хранятся ножи. В результате больные стараются избегать мест и ситуаций, в которых усиливаются подобные мысли. Избегание ситуаций, провоцирующих страх, — характерное клиническое проявление фобических расстройств. По этой причине навязчивые мысли, вызывающие у больных страх, определяют термином навязчивые фобии.

Тревога — важный симптом обсессивно-компульсивного расстройства, выраженность которого в большинстве случаев уменьшается после совершения ритуала, но через некоторое время вновь усиливается. У пациентов с навязчивостями часто наблюдают депрессивные состояния.

Фобическое расстройство иногда трудно отличить от обсессивно-компульсивного расстройства. И те, и другие пациенты испытывают страх перед угрожающим стимулом, но отвращение свойственно скорее обсессивным, чем фобическим больным. Последние также значительно более успешны в избегании угрожающих стимулов.

Толчком, способствующим манифестации невроза, может послужить случайное и малозначащее обстоятельство, которое, тем не менее, получает отражение в картине болезненных переживаний. Так, страх перед поездкой в городском транспорте возникает после того, как по случайным обстоятельствам (жара, духота в автобусе, период менструации, предшествующая алкогольная интоксикация) у субъекта в автобусе появляется вегетативная сосудистая реакция в виде легкого обморока. С этого времени не только езда в городском транспорте, но и сама мысль о необходимости воспользоваться автобусом вызывает резкий страх, дрожь во всем теле, онемение конечностей, сердцебиение, одышку, обильный холодный пот, у больного возникает предчувствие, что сейчас он потеряет сознание, упадет, умрет, у него остановится сердце. Это заставляет его полностью отказаться от использования транспорта. По такому же механизму патологического условного рефлекса у пациента может образоваться связь между наступлением фобического приступа и какими-либо случайными обстоятельствами, как например, пребывание на высоте, при переходе улицы, в тесном и наполненном людьми помещении. Не всегда эту связь легко выявить, и в ряде случаев врачу приходится ограничиваться предположением, что такая связь существует, но она не осознается самим больным, вследствие чего не находит отражения в его самоотчете.

При менее остром развитии заболевания появлению фобий предшествует длительный период тревожности, связанной с ипохондрическими опасениями заболеть тяжелым, неизлечимым заболеванием. На этом фоне какое-то случайное обстоятельство, например смерть родственника от рака, прочитанная брошюра об инфекционной теории злокачественных новообразований, дают начало навязчивому страху заразиться такой же болезнью, притронувшись к предметам, с которыми раньше имел дело покойный. Происхождение социальных фобий (боязнь покраснеть, потерять мысль при публичном выступлении) бывает связано с предшествующими навязчивыми опасениями показаться смешным, неловким в обществе и постоянными сомнениями в своей способности вести себя <как все>, быть принятым обществом. Чем меньше бывает эмоциональное напряжение и острота фобических приступов, тем более отчетливо выступает их навязчивый характер: больные активно борются со своими навязчивыми страхами и опасениями и способны критически оценивать их болезненное происхождение. При тяжелых аффективных расстройствах самосознание больных глубоко страдает, и способность их к критическому осмыслению своих психических нарушений практически отсутствует.

Болезнь обычно приобретает длительное, затяжное течение, по мере которого острота аффективных расстройств постепенно уменьшается, происходит генерализация фобий - страх умереть от остановки сердца переходит в страх смерти вообще, от разных причин, уменьшается психологически понятная связь фобий с вызвавшим их обстоятельством. Усиление астенических симптомов приводит к снижению активности больных, их желания общаться с окружающими, к сосредоточению внимания исключительно на собственном здоровье. Защитное поведение, например сопротивление попыткам окружающих вывести больную из дома на прогулку, упорная привычка постоянно мыть руки из опасений заразиться, приобретает инертный, стереотипный характер. Усиливается выраженность таких черт характера, как мнительность, неуверенность в себе. Появляется стойкий субдепрессивный фон настроения.

Н.М. Асатиани (1967) описаны три этапа динамики навязчивых страхов, отражающих разные степени тяжести заболевания. К первому этапу этой динамики отнесены проявления навязчивых страхов лишь при действии наличного травмирующего раздражителя. На этом этапе больные обычно имеют возможность, избегая патогенных воздействий , получать просветы в болезненном состоянии. Этот этап динамики имеет место в начале болезни и при обратном развитии фобий .

На втором этапе фобии возникают не только в патогенной ситуации, но и в ожидании столкновения с травмирующим раздражителем. В этом периоде болезнь значительно утяжеляется, многие больные со страхами смерти, сумасшествия, суицидофобией, проявляющимися в ситуации одиночества, обычно не имеют просвета в болезненных переживаниях.

На третьем этапе фобические переживания появляются и в объективно индифферентной ситуации . Имеет место наплыв навязчивых представлений, во время которых болезненное состояние выражается пассивно-оборонительными реакциями , составляющими картину « постельного периода болезни» . Длительность таких состояний колеблется от нескольких часов до нескольких суток. Обычно больные в это время утрачивают способность контактировать с окружающими, почти не спят и отказываются от еды, лежат в постели лицом к стене. Возможны повышение АД, озноб, слезы , учащение пульса и дыхания, падение массы тела.

К числу наиболее частых и тяжелых навязчивых страхов относятся мизофобия, агаро- и клаустрофобия, в результате которых больные не могут выходить из дома, пользоваться лифтом и метро, без конца моют руки. Однако любая навязчивость может оказаться чрезвычайно мучительной и приводить к резкому снижению (если не к утрате) трудоспособности: например, арифмомания (навязчивый счет) у бухгалтера.

Для больных с ННС характерна «прямая защита», которая в случаях страха смерти может выражаться в постоянном обращении к врачам, в самощажении, в боязни прикосновения к вещам , бывшим в употреблении у «заразных больных», и т.п.

При неблагоприятном течении ННС , кроме генерализации страхов и усложнения ритуалов, может наблюдаться динамика и самого фобического синдрома. Так, к фобиям присоединяются навязчивые контрастные влечения – появляется желание совершить какое-либо недозволенное действие , противоречащее установкам данной личности.

6. Заключение. Профилактика и лечение неврозов.

Существует много способов лечения неврозов. Чаще всего применяют индивидуальную и групповую психотерапию, отдых, выключение из среды, спровоцировавшей заболевание, а также общеукрепляющие и психотропные препараты. В зависимости от формы и тяжести невроза их используют в различных комбинациях. Всегда важно во время беседы с больным вскрыть причину, травмирующую нервно-психическую сферу больного, попытаться устранить ее или, используя различные приемы психотерапии, уменьшить ее значимость.

В случаях неврастении, невроза навязчивых состояний, вегетоневроза и неврозоподобных реакций применяют преимущественно метод рациональной психотерапии (психотерапия убеждением). При лечении истерии и двигательных неврозов чаще используют метод внушения как в бодрствующем состоянии, так и в состоянии гипноза. Довольно широко применяют аутогенную тренировку. Врач подбирает нужные словесные формулы, и в дальнейшем (через 2— 3 сеанса) больной уже самостоятельно повторяет их про себя в течение 15—20 мин.

Аутотренинг лучше проводить 2 раза в день — утром и вечером в отдельной комнате. Больной должен лечь ни кушетку или сесть на стул и полностью расслабиться. Сеанс самовнушения начинают чаще с таких формул: «Я спокоен, я отдыхаю, я совершенно спокоен. Все мои мышцы расслаблены, я чувствую тяжесть и тепло в конечностях, они тяжелеют и тяжелеют все быстрее и больше. Моя нервная система находится в состоянии глубокого лечебного отдыха и покоя» и т. д. Далее следуют формулы, направленные на различные неполадки — раздражительность, головную боль, плохой сон, потливость, ощущение сдавления в грудной клетке, одышку и т. п. Завершить сеанс следует расширенной формулой спокойствия. Большинство неврозов можно лечить амбулаторно (лучше с последующим отдыхом в санаторно-курортных условиях).

Определяя срок больничного листа, следует учитывать, что для многих больных участие в труде является одним из основных методов лечения. Тяжелые формы истерии, двигательных неврозов требуют стационарного лечения.

Прогноз зависит от формы невроза и возраста больных. Он наиболее благоприятен в отношении неврастении, вегетативного невроза и неврозоподобных состояний (если последние не вызваны тяжелым и продолжительным соматическим заболеванием). Труднее поддаются лечению истерия, психастения и двигательные неврозы. Однако с возрастом многие истерические и психастенические симптомы обычно сглаживаются.

Уменьшению заболеваемости неврозами способствует ряд условий: правильное трудовое воспитание в семье и школе, нормальные отношения в производственном коллективе, регулирование нервно-психической физической нагрузки, своевременное лечение соматических болезней, широкое распространение спорта и туризма, а также борьба с алкоголизмом и курением.

Поскольку причиной неврозов являются психотравмирующие воздействия, предупреждение их играет большую роль в профилактике неврозов. Социальные мероприятия, ведущие к устранению неуверенности в завтрашнем дне, уважению личного достоинства человека, нормализации жилищных и бытовых условий и т. п., способствуют ликвидации некоторых источников травматизации, вызывающей заболевание, и тем самым предупреждают возникновение неврозов. Поддержание мира между народами является лучшим средством профилактики «военных неврозов».

Все факторы, ведущие к астенизации нервной системы, вместе с тем предрасполагают и к возникновению неврозов, поэтому в их профилактике большую роль играют борьба с острыми и хроническими инфекциями, травмами мозга, в том числе родовыми, острыми и хроническими интоксикациями, нарушениями питания организма и другими вредностями, а также нормализация режима труда и отдыха, достаточный сон. Недосыпание, особенно в детском возрасте, является одной из наиболее частых причин развития астенических состояний.

Большое значение для предупреждения неврозов имеет правильное воспитание ребенка: развитие у него таких качеств, как выдержка, настойчивость, трудолюбие, умение преодолевать трудности, преданность высоким общественным идеалам.

Ребенок, которому с детства было все дозволено, который рос избалованным, эгоистичным, не привыкшим считаться с интересами других, может в дальнейшем легче дать срыв в условиях, когда от него потребуется большая выдержка. При неправильном воспитании у ребенка могут возникнуть представления, которые делают его особенно чувствительным к действию определенных, адресованных ему раздражителей.

У ребенка, которого все время захваливают, развивают у него тщеславие, представление о его якобы превосходстве над другими, нервный срыв особенно легко может наступить под влиянием, неудачи, постигшей его при осуществлении этих стремлений. Вредно также прививать ребенку представление о его неполноценности, чрезмерно фиксировать внимание на имеющемся у него действительном или мнимом недостатке, а также подавлять его инициативу и требовать от него чрезмерного послушания.

Это может способствовать развитию таких черт характера, как неуверенность в себе, мнительность, боязливость, нерешительность, и предрасполагать к неврозу навязчивых состояний.

Для предотвращения нервности важно с самого раннего детства воспитывать ребенка так, чтобы он не получал ни прямых, ни косвенных выгод от нервности, вспыльчивости, тех или иных болезненных проявлений. Особого внимания заслуживает профилактика неврозов ятрогенной этиологии (обусловленных неосторожным высказыванием врача). Врач должен избегать всего, что может создать у больного представление о наличии у него тяжелого заболевания, а также не описывать болезненные симптомы, которых у больного нет, но которые встречаются при имеющемся у него заболевании. Часто ятрогении вызывают такие заболевания, как атеросклероз, загиб матки, миокардиодистрофия, психастения и др., особенно если они были написаны в виде справки на официальном бланке или поставлены авторитетным врачом.

К ятрогении могут привести и такие реплики врача: «Да, у вас совсем плохое сердце, ведь вы молодой человек, а тоны сердца у вас глухие, как у глубокого старика! Вы не замечали у себя одышки?».

Говоря больному об обнаруженном у него заболевании, очень важно сообщить ему об этом в такой форме, которая не вызвала бы у него представления о чрезвычайной тяжести, опасности для жизни или неизлечимости болезни. Целесообразнее начать беседу с заявления, что у него не обнаружено сколько-нибудь тяжелого заболевания, что со стороны здоровья ему ничего не угрожает и что он сможет жить до глубокой старости и сохранить трудоспособность. При этом следует указать на выявленные у него расстройства со стороны каких-либо органов, требующие принятия соответствующих мер, для того чтобы избавиться от этих нарушений и не допускать ухудшения состояния здоровья.

В лечебном учреждении желательно по возможности изолировать тяжелобольных от больных с легким течением того же заболевания, что особенно относится к больным в онкологических стационарах. Приходилось наблюдать развитие тяжелых реактивных депрессий с попытками самоубийства у больных в онкологическом отделении нейрохирургии, когда они видели послеоперационных больных с рецидивом опухоли.

Для профилактики рецидивов неврозов очень важно изменить отношение больного к психотравмирующим событиям, повлиять на те характерологические особенности, которые делают его к ним особо чувствительным. Это достигается беседами с больным. С успехом с этой целью могут быть использованы внушение и самовнушение.

Для предупреждения развития тяжелых и затяжных форм заболевания имеют значение также их раннее распознавание и лечение. Большую роль в этом отношении призваны сыграть психоневрологические диспансеры.

Семейные конфликты и половая дисгармония (дисгамия) являются частыми причинами неврозов.

Предупреждению их может способствовать добрачная подготовка молодоженов как в психологическом, так и в сексологическом плане, а также консультативная помощь семье в разрешении конфликтов.

**Список литературы**

1) В.Я.Гиндикин «Лексикон малой психиатрии». Москва. 1997

2) В.Я.Гиндикин «Психиатрия для клинических психологов и психотерапевтов» Москва.2001

3) Ю.В.Саенко «Специальная психология: учебное пособие» .Москва. 2006

4) Ю.В.Попов, В.Д. Вид «Современная клиническая психиатрия». СПб.2000

5) Чудновский В. С., Чистяков Н. Ф. «Основы психиатрии» .Ростов-на-дону.1997