Курсова робота з психології

Невротичні розлади у старшокласників.

ЗМІСТ

**Вступ ................................................................................................... 3**

Розділ 1. Теоретичні основи дослідження невротичних розладів у старшокласників.

1.1. Проблема невротичних розладів у науковій психолого-педагогічній та медичній літературі ........................................................... 7

1.2. Види невротичних розладів у старшокласників ................. 20

Розділ 2. Експериментальне дослідження.

2.1. Організація експериментального дослідження невротичних розладів у старшокласників ......................................................................... 36

2.2. Аналіз та узагальнення результатів дослідження ................ 44

Висновки ................................................................................................... 45

Бібліографія ............................................................................................... 46

**ВСТУП**

Вчення про невротичні розлади стало ареною невгамовної, і до цього часу, боротьби теоретичних поглядів, котрі є вираженням протилежних методологічних концепцій людини: моністично-матеріалістичного розуміння її суті як нерозривного поєднання соціального і біологічного начала при ведучій ролі соціального начала, з одного боку, і дуалістичного трактування людини, у котрому домінуюча роль відводиться біологічному началу, котре знаходиться у протиріччі із соціальним, з іншого.

Другий підхід розуміння суті людини в найбільш завершеному вигляді міститься у концепції психоаналізу З.Фройда, котрий по особливому вплинув на розробку психогенних захворювань, особливо невротичних розладів, у західних країнах. В найбільшій степені даний вплив виразився у багатьох західних країнах на розвиток вчення про невротичні розлади та психогенні захворювання. Однією із причин цього є популярність сформульованої З.Фройдом теорії розвитку дитячої сексуальності.

Ігнорування ролі соціальних факторів, індивідуальної свідомості та пансексуалізм стали причиною перегляду теорії Фройда і появи її різних модифікацій, яких об’єднує термін „неофрейдизм”. На відміну від Фрейда представники неофрейдизму – К.Хорні, Е Фромм, Г.Саліван пояснюють виникнення невротичних розладів не патогенним впливом витісненого сексуального потягу, а конфліктом між культурою суспільства, самосвідомістю та іманентним внутрішніми психічними силами.

В останні десятиліття деякі специфічні точки зору на природу невротичних розладів у закордонній психологіїї пов'язані з біхевіоризмом, екзистенціалізмом, гуманістичною психологією та ін. У розповсюдженій в даний час у багатьох західних країнах концепції біхевіор-терапії заперечується існування невротичного розладу в якості самостійної нозологічної одиниці. З погляду біхевіористів реально існують лише окремі невротичні симптоми як результат неправильного процесу научіння. Вони стверджують, що немає неврозу, який ховається за симптомом, це просто сам симптом. При цьому ігнорується роль свідомих соціальних факторів особистісного функціонування.

Ще далі йдуть екзистенціалісти, для яких невротичні розлади взагалі не є хворобою, що має свої нейрофізіологічні механізми. Подібно іншим психічним розладам, невроз являє собою тільки особливу форму відчуженого існування хворого. Для К. Роджерса, одного з представників гуманістичної психології, невроз – наслідок незадоволення імманентно властивій кожній людині потреби в самоактуалізації.

Самоактуалізація є одним із найважливіших процесів у підлітковому віці. Поряд із фізіологічними змінами в організмі підлітками, розвитком самосвідомості, примірюванням нових соціальних ролей, самоактуалізація є у великій мірі важливим і травматичним процесом особистісного розвитку, від якого залежить як саме і ким саме підліток вступить в доросле життя. На даному етапі розвитку підліткам потрібна емоційна стійкість, врівноваженість, підтримка з боку дорослих і все інше що може допомогти йому опанувати мистецтво дорослого життя.

Своєрідним пропуском до дорослого життя є випускні іспити у школі. Вони провокують переживання, тривогу за правильність вибору подальшого місця навчання (чи відсутність такого вибору). Цей серйозний стрес може випробувати нервову систему підлітка на міцність, і в якості пускового механізму може спровокувати невротичні розлади.

Соціально-психологічна значущість і актуальність проблеми обумовили вибір **теми дослідження** : “Невротичні розлади у старшокласників”.

***Об”єкт***– розвиток невротичних розладів в учнів підліткового віку.

***Предмет*** *––* невротичні розлади у старшокласників*.*

**Мета** – теоретично-експериментальне вивчення розвитку невротичних розладів в учнів старшого шкільного віку.

**Гіпотеза дослідження** полягає у припущенні, що старшокласники, зокрема випускники є більш схильними до невротичних розладів, ніж учні молодших та середніх класів.

Згідно з поставленою метою і висунутою гіпотезою було сформульовано такі **завдання**:

- провести аналіз проблеми невротичних розладів у науковій психолого-педагогічній та медичній літературі;

- дослідити основні компоненти невротичних розладів;

- проаналізувати ряд методик спрямованих на виявлення невротичних розладів, вибрати найбільш адекватну для даного вікового та соціального контингенту. Провести експериментальне дослідження, узагальнити та систематизувати його дані.

Для виконання поставлених завдань використовувались такі методи: аналіз та узагальнення висновків наукових літературних джерел; діагностика, узагальнення даних експериментального дослідження.

Поставлені завдання виконувались **поетапно**:

- на першому етапі було опрацьовано літературні джерела з проблеми невротичних розладів.

- на другому етапі було розроблена і проведена експериментальна частина роботи.

- на третьому етапі – систематизовано та узагальнено дані експериментальної частини.

**Методичною і теоретичною основою** дослідження виступають положення психологічної науки про причини, розвиток та пербігання невротичних розладів у підлітків.

**Вірогідність** наукових положень і висновків забезпечується методологічною обгрунтованістю вихідних позицій дослідження, опорою на сучасні досягнення психолого-педагогічної та медичної науки, відповідності використаних методів дослідження його цілям і завданням, якісним і кількісним аналізом даних, достатністю вибірки.

**Наукова новизна дослідження** полягає в організації та здійсненні процесу вивчення прояву та рівнів розвитку невротичних розладів на відповідному контингенті учнів; експериментально підтверджена гіпотеза.

**Практичне значення дослідження** полягає у підборі діагностичних засобів з метою визначення різнорівневих проявів невротичних розладів та психосоматичних порушень у старшокласників. Узагальнені результати дослідження можуть бути використані під час роботи педагогів та шкільних психологів з старшокласниками.

**Структура:** кваліфікаційної роботи зумовлена логікою дослідження і складається із вступу, 2-х розділів, висновку, бібліографії та додатків.

**Розділ 1. Теоретичні основи дослідження невротичних розладів у старшокласників.**

**1.1. Проблема невротичних розладів у науковій психолого-педагогічній та медичній літературі.**

Фундаментальним у розумінні невротичних розладів є поняття невроз (nevro-нерв, osis - захворювання) – це функціональне оборотне захворювання в основі якого лежить порушення, зрив вищої нервової діяльності, викликане перенапруженням основних кіркових процесів (гальмування або збудження) або перенапруженням їх рухомості в результаті впливу психічної травми або тривалої перевтоми.

Утворене таким чином порушення психічної діяльності може тривати протягом різних термінів – від тижнів до декількох місяців і навіть років, набуваючи того чи іншого клінічного вираження. Термін „невроз” запропонував у 1776р. шотландський лікар Cullen, під яким він розумів нервовий розлад (порушення відчуттів і моторики), котрий не супроводжується лихоманкою і не пов’язаний із місцевими ураженнями одного із органів, а обумовлений „загальним стражданням, від якого спеціально залежать рухи і дії”.

Патофізіологічні механізми розвитку невротичних розладів були відкриті експериментальними дослідженнями на тваринах І.П.Павловим і його учнями. Було визначено роль у механізмі виникнення невротичних розладів гіпноїдно-фазових станів у корі головного мозку, на фоні яких під впливом психогенних подразників можуть утворюватися “хворі пункти” – вогнища патологічного застійного збудження і гальмування. При вивченні сили і рухливості основних нервових процесів – збудження і гальмування, вияснили, що патофізіологічною основою є “зрив” вищої нервової діяльності, який виникає або у випадку перенапруження одного з цих процесів, або в результаті “зіткнення” їх.

Англійський науковець М.Т.Хезлем давав наступне визначення поняття невроз: „Це захворювання, котре супроводжується аффективним станом, який називається тривожність”.[24,293]

Зигмунд Фройд писав : “…я отримав в результаті просту формулу, котра виражає, мабуть, найважливішу генетичну різницю між неврозом і психозом: невроз являється конфліктом між “Я” (Ego) і “Воно”(Id), а психоз являється аналогічним порушенням в стосунках між “Я” та зовнішнім світом. (джерело). В етіології невротичних розладів Фройд виходить з уявлення «доповнюючого ряду» «спадковість» і «набутість» доповнюють один одного; чим сильніша спадковість тим слабшою може бути набутість і навпаки. Доповнюючих рядів є два. Преший складає вроджена схильність (диспозиція) і ранні психосексуальні преживання (фіксація потягів). Спільно вони створюють схильність до невротичного розладу. Другий ряд представляє собою набута схильність (предиспозиція) і психосексуальна травма. Чим більше виражена схильність, тим слабшою може бути травма, і навпаки.

Радянські науковці А.В.Петровський та М.Г.Ярошевський під неврозом розуміють нервово – психічне захворювання, психогенне за своєю природою, в основі якого лежить непродуктивне і нераціональне вирішення протиріччя між особистістю і важливими для неї сторонами діяльності, котре супроводжується виникненням болісних переживань невдачі, незадоводелених потреб, недосяжності життєвих цілей, непоправності втрати і т.д. Це протиріччя невротичний конфлікт – закладається переважно в дитинстві в умовах порушення стосунків з мікросоціальним середоовищем, в першу чергу з батьками. Психогенний характер неврозів говорить про те, що вони викликані дією переважно психологічних факторів (переживання невротичного конфлікту) і повязані з активізацією симптомів розладів в психотравмуючих ситуаціях. [9]

Загалом вчення про невротичні розлади історично характеризується двома тенденціями. Одні дослідники виходять з визнання детермінованості невротичних феноменів певними патологічними механізмами біологічної природи, хоча і не заперечують ролі психічної травми як пускового механізму і можливої умови виникнення захворювання. Проте сама психотравма при цьому виступає як одна з можливих і рівноцінних экзогеній, що порушують гомеостаз. Наприклад, в 40-х роках з’явились перші роботи E. Slater, котрий з кінця 30-х років займався генетикою неврозів. Зокрема, він вивчив дані стосовно 2000 солдат, і довів, що 50% з 55% хворих, у котрих був діагностований невротичний розлад (невроз), мали обтяжливу спадковість нервово-психічними захворюваннями батьків чи сиблінгів. Із цього факту він вивів гіпотезу, що загальна схильність до розвитку невротичного розладу вела до появи невротичних симптомів в умовах, коли хворий піддавався стресу. ( 3,242)

Друга тенденція у вивченні природи невротичних розладів полягає в припущенні про те, що вся клінічна картина невротичного розладу може бути виведена з одних лише психологічних механізмів. Прихильники цього напряму вважають, що інформація соматичного характеру є принципово неістотної для розуміння клініки і терапії невротичних станів.

В даний час у світовій літературі найбільшого поширення набувають концепції поліфакторної етіології невротичних розладів. Признається єдність біологічних, психологічних і соціальних механізмів. При оцінці ролі того або іншого етіологічного чинника, виникають істотні труднощі. Психотравматизація є однією із провідних причин невротизації, але її патогенне значення визначається найскладнішими взаємостосунками з безліччю інших привертаючих умов (генетично обумовлений “грунт” і “набутий нахил”), які є результатом всього життя людини, історії формування її організму і особистості.

Важко врахувати всі природжені і прижиттєві обставини, отримати валідні дані, адже для цього необхідно провести порівняння з аналогічними характеристиками у здорових людей. Психічною травмою для людини є те, що загрожує її майбутньому, породжує невизначену ситуацію і заставляє приймати термінове рішення. Психічною травмою для людини може бути інформація про сімейно-побутові і службові труднощі, смерть близьких, загроза життю і здоров’ю, щастю і добробуту, нездійснення надій, не налагоджене особисте життя, погані взаємини в житті, звільнення з навчального закладу або з роботи.

Про те, характер психотравматизації може бути дуже різним. Зокрема В.В Ковальов виділяє наступні типи психотравм:

1. Шокові психічні травми;
2. Ситуаційні психотравмуючі фактори відносно короткочасної дії;
3. Хронічно діючі психотравмуючі ситуації.

Як правило, фактори першої групи пов’язані із загрозою життю та благополуччю людини, діючи безпосередньо на інстинкт самозбереження. До факторів цієї групи відносяться стихійні лиха, неочікувані напади на дитину людей чи тварин, неочікуване падіння чи травма (соматична), темнота, різкий звук, наприклад сигнал поїзда чи автомобіля, неочікувана поява незнайомої людини чи великої тварини.

На основі безпосередньої дії на інстинктивну і нижчу афективну сферу шокові психотравмуючі фактори не усвідомлюються в повній мірі і в наслідок швидкості дії не викликають свідомої обробки їх змісту і значення. На відміну від шокових ситуаційні психотравми діють на більш високі, свідомі рівні особистості. Психотравматичні ситуації можуть бути відносно короткочасні, хоча у той же час суб’єктивно сильними і значущими: важка хвороба або смерть одного із батьків, розлучення батьків, шкільний конфлікт із вчителем, конфлікти з друзями. Ситуаційні психотравми мають більше значення для дітей та підлітків.

Хронічно діючі психотравмуючі ситуації являють собою: ситуації довгих суперечок і розлучень батьків, у тому числі пов’язаних із побутовим пияцтвом та алкоголізмом одного чи двох батьків; неправильне виховання у вигляді суперечливого виховного підходу, батьківський деспотизм, систематичне застосування фізичних покарань і т.п.

Особливу групу психотравмуючих факторів складають фактори емоційної депривації, тобто різні неблагополучні умови, у котрих діти та підлітки повністю або частково залишені необхідних їм емоційних впливів (емоційної ласки, батьківського тепла, уваги, піклування). [ 23, 32-36]

Причини виникнення невротичних розладів складні і різноманітні. І.П.Павлов характеризував їх як “сутичку нервової діяльності, що настає при зіткненні організму з надзвичайними умовами зовнішнього середовища”. Часто поштовхом до невротизації бувають різні психотравмуючі ситуації, при яких відбувається зрив компенсації: надмірне хвилювання, негативні емоції, гострі конфлікти, погані звички (алкоголь, куріння), перевтома. [28]

Захворюванню сприяють обставини, які послаблюють організм: нерегулярне і неповноцінне харчування, хвороби внутрішніх органів, травми мозку, інфекційні захворювання, інтоксикації тощо. Соматичні захворювання (атеросклероз, гіпертонічна хвороба, пухлини мозку) можуть спричинити до неврозоподібних станів.

Факторами розвитку невротичного розладу можуть бути події, які ведуть до виникнення невирішеного конфлікту для цієї людини між обов’язком і бажанням, захопленням і ситуацією, і потребує боротьби протиріччя почуттів (любові і ненависті і т.д.).

Причиною розвитку невротичного розладу може бути відсутність інформації, яка має особливе значення для цієї людини (немає повідомлення про близьких, рідних, любимих людей). Чекання неприємної події викликає нервове напруження, більше ніж сама подія. Щоб привести до невротичного розвитку психогенний фактор повинен бути великої сили і\чи тривалої дії. Сила дії на психіку не визначається фізичною інтенсивністю, а значенням інформації для цієї людини.

Невротичні розлади за своїм характером можуть бути ендогенними або представляти собою реакцію на зовнішні подразники, можуть викликатися сьогоднішнім стресом або переживаннями глибокого дитинства. Захворювання може бути готрим або хронічним. Важливими факторами формування невротичного розладу є темперамент і характер. Шлях у невротичний розлад може розпочинатись з пригнічення темпераменту. Згідно природі людина повинна прожити своє життя у відповідності із темпераментом. Виховання в сім’ї формує характер і це може проходити у відповідності із темпераментом і без неї. Останній процес веде до формування передневротичного характеру. Можна виділити три види передневротичного характеру:

* Скигля.

Характерні полохливість, пасивність, схильність до капітуляції перед труднощами. За прогнозами може розвинутись – неврастенія.

* Перестрахувальник.

Характерні страхи, надумливість, сумніви, педантичність, замкнутість. За прогнозом може перейти у обсесивно-компульсивний розлад.

* Егоїст.

Характерні несамостійність, егоїзм, невдоволення, капризність, вимогливість, протест, підвищенна сугестія. За прогнозом можуть розвинутись дисоціативні (дисоціативні (конверсійні) розлади).

Як відомо у кожного хворого невротична ситуація складається по іншому і зробити певні узагальнення досить важко. На практиці найчастіше застосовується метод детального вивчення скарг хворого, а згодом проводиться детальний аналіз ситуації хворого в сім’ї та на роботі. В одній із цих сфер життєдіяльності людини можна знайти джерело невротичного конфлікту, адже саме в цих двох середовищах існує найбільша кількість емоційних зв’язків. У жінок невротична ситуація частіше складається у сім’ї, а у чоловіків на роботі.

Можна припустити, що батьківська сім’я емоційно є найбільш насичена і саме в ній знаходиться велика кількість невротичних конфліктів. Стосунки між дітьми та батьками також дуже часто стають джерелом невротичного конфлікту. Особливо “небезпечним” моментом цих стосунків є відділення дитини від сім’ї для створення своєї власної. Цей процес є болісний як для дітей так для батьків, але він безперечно необхідний, адже трагічні образи багатьох дорослих жінок та чоловіків котрі вчасно не звільнились від стосунків із батьківською сім’єю можуть бути прикладом.

Молоде покоління прагне звільнитися з під контролю дорослих, стати вільними у виборі свого майбутнього шляху по життю, дати батькам сигнал про свою самостійність. А батьки у свою чергу прагнуть як най довше втримати тісний зв’язок з молодим поколінням, для того, щоб передати свій досвід, вберегти від життєвих неприємностей. Невротична ситуація може скластися також так, що дитина у сім’ї почуває себе чужою, непотрібною або небажоною (так звана “абортована дитина”), і це стає джерелом невротичних переживань, або ж дитина буде звертати на себе увагу усіма прийнятними і неприйнятними для цього способами.

Серед особистісних особливостей, сприяючих виникненню невротичного способу відреагування у підлітків, варто назвати ряд акцентуацій і патологічних рис характеру.

Трактування в психіатрії таких клінічних категорій, як “невротичний розвиток”, “набута психопатія”, “акцентуація характеру” , ускладнило задачу розмежування невротичних розладів і психопатій. Це стосується також поняття “невроз характеру” , “невротичний характер” .

На відміну від невротичних розладів під психопатіями, як природженими, так і набутими, слід розуміти постійний для особи патохарактерологічний стан, який має свою динаміку. Коли ж говорять про невротичний розвиток, то мають на увазі формування характерологічних змін особистості в період рорзладу або після нього, які можуть поступово переходити в ту або іншу форму психопатії. На відміну від психопатій при невротичних розладах страждає лише частина особистості; зберігається критичне ставлення до хвороби, відсутнє при психопатіях; при невротичних розладах визначальне значення набувають соціальні чинники.

Якщо у минулому вельми поширеною була точка зору, що “постачальниками” невротичних розладів, як правило, є психопати, а основні форми невротичних розладів є декомпенсаціями відповідних їм типів психопатій або акцентуації (дисоціативні розлади - істероїдна психопатія, неврастенія - астенічна психопатія, обсесивно-компульсивний розлад – психопатія психастенічного характеру), то в даний час в психіатрії переважає думка, що невротичні розлади можуть виникати у осіб, які не страждають акцентуаціями, а також без певних проявів психопатії. Якщо йти по шляху зближення психогенних декомпенсацій психопатій з невротичними розладами у вузькому значенні, то, природньо, у разі психопатій невротичний розлад виступає як рецидивуюче захворювання, оскільки психогенні зриви можуть виникати в звичайних життєвих умовах, стаючи як би переважаючим типом реагування. У людини ж без психопатичних особливостей невротичний розлад може бути і єдиним епізодом в житті, виникаючим, проте, під впливом дійсної патогенної психотравмуючої ситуації.

Можна вважати, якщо при вираженому психофізичному стресі невротичний стрес можливий у будь-якої людини, то його характер і форма залежать не стільки від патогенного чинника, скільки від індивідуальної схильності і особливостей даного соціального середовища [3]

Невротичний зрив може бути у будь-якої людини, проте у деяких людей є схильність до виникнення невротичних розладів. Це частіше всього люди, що страждають психопатіями або акцентуаціями. [2]

Важливим є також питання про роль в невротичному генезисі, крайніх варіантів норми - акцентуації характеру. Як і у разі психопатії, наявність акцентуації характеру в умовах психотравматизації може стати сприятливим грунтом для виникнення невротичних розладів. За даними А. Е. Лічко, певним типам акцентуації характеру властиві певні форми невротичних розладів. Астено-невротичні і лабільні типи акцентуації призводять у відповідних умовах до виникнення неврастенії, сенситивний, психоастенічний і рідше астеноневротичний являються сприятливим грунтом для розвитку обсессивно-компульсивного чи тривожно-фобічного розладу. Дисоціативний розлад виникає на фоні істероїдної акцентуації або рідше при деяких змішаних з істероїдною типах - лабільно-істероїдному, істероїдно-епілептоїдному, рідше шизоїдно-эпілептоідному. Від типу акцентуації залежать не тільки особливості клінічної картини невротичного розладу, але і вибіркова чутливість до певного роду психогенних чинників, оскільки очевидно, що невротична декомпенсація може бути полегшеною психотравматизацією, пред'являючої надмірні вимоги до “точки найменшого опору” даного типу акцентуації.

Проте, навряд чи можна погодитися з точкою зору, що невротичні розлади завжди або як правило виникають за наявності патологічних або акцентуйованих рис характеру. У разі надання переваги їх генетичній обумовленості, чітко прослідковується тенденція до біологізації природи невротичних розладів.

Проте клінічний досвід переконливо свідчить про величезне значення життєвих впливів на формування передневротичної і невротичної особи з появою в певних умовах акцентуйованих або навіть патологічних рис в характері індивіда.

Порівняльна характеристика акцетуйованих рис особистості за А.Е. Лічко та К. Леонгардом (див. таб)

|  |  |
| --- | --- |
| **По А.Е Лічко** | **По К. Леонгард** |
| Гіпертимний тип (Г) | Гіпертимный тип (Г) |
| Циклоїдний тип (Ц) | Циклоїдний тип (Ц) |
| Лабільний тип (Л) | Лабільний тип (Л) |
| Астено-невротичний тип (А) | Астено-невротичний тип (А) |
| Сензитивний тип (С) | Сензитивный тип (С) |
| Психастенічний тип (П) | Тривожно-педантичний тип (Т) |
| Шизоїдний тип (Ш) | Інтровертований тип (И) |
| Эпілептоидний тип (О) | Збудливий тип (В) |
| Істероїдний тип (И) | Демонстративний тип (Д) |
| Нестійкий тип (Н) | Нестійкий тип (Н) |

\* Класифікація акцентуацій характеру по А.Е. Лічко передбачена спеціально для підліткового віку.

При психогенних захворюваннях не виникають нові риси характеру, але проявляється поведінка, яка була властива цій людині в більш ранньому віці, і втрачаються деякі риси, які були властиві їй до хвороби. При цьому свідомість реагує у вигляді своєрідної захисної перебудови, переробляє переживання і нейтралізує їх негативний вплив.

Невротичні розлади є наслідком невдач, фрустрацій і міжособистісних сутичок і в той же час служить їх причиною, так що виходить замкнуте коло: конфлікти призводять до невротизації, а вона, у свою чергу, провокує нові конфлікти.

При невротичних розладах відбуваються порушення в психічній сфері людей, які мають певну схильність, а травматизуючі зовнішні чинники провокують виникнення психічного захворювання.

Крім спадкового чинника, істотний вплив на стан психіки має навколишнє середовище. Зовнішні чинники, у тому числі і ті, які безпосередньо не впливають на розвиток патологічних процесів, можуть формувати схильність до хвороби, сприяти її виникненню під впливом провокуючої дії, якою може бути і гостра хронічна травма, і хронічних стрес. Ситуація постійного або часто повторюваної эмоційної і розумової напруги, психологічного стресу провокує різні відхилення в психічній діяльності і фізіологічних функціях організму, які умовно можна розділити на 2 групи - субклінічні і клінічні. Субклінічні - це психічні порушення, з якими людина звичайно справляється сама, без допомоги психіатра, психотерапевта чи клінічного психолога. Клінічні – це більш виражені розлади, де вже потрібна допомога вище зазначених спеціалістів.

При субклінічному реагуванні на психологічну травму відбувається своєрідна захисна психологічна перебудова, яка називається психологічним захистом.

Психологічний захист має на увазі зміну в системі психічних цінностей, спрямовану на нейтралізацію і усунення негативної дії психологічної травми, запобігання розвитку хворобливих відхилень в психічній і фізіологічній діяльності організму. І цим людина як би сама себе лікує.

Варіанти психологічного захисту можуть бутиє різним залежно від виду психологічної травми і характеру самої людини. Але здатність до психологічного захисту у різних людей різна. Одні володіють психічною опірністю і здатні переробити в своїй свідомості ступінь важливості негативної дії, створити нові установки. Вони можуть подолати психологічні травми незвичної сили і у них не виникають важкі розлади настрою, або ж такі з'являються лише на короткий час. Таких людей називають психологічно добре захищеними (або конкордантно-нормальними).

А інші пасують навіть перед незначною перешкодою на їх шляху, щонайменша неприємність викликає у них зміну настрою і відчуття неповноцінності, вони погано пристосовуються до швидких змін життя, а при значній психологічній травмі їх механізми захисту і компенсації виявляються слабкими, відбувається дезинтеграція психічної діяльності і може відбутись невротизація. У таких людей можливості субклінічного реагування обмежені, і їх називають психологічно погано захищеними (або дискордантно-нормальними).

При затяжному перебігу невротичних розладів вельми помітна динаміка механізмів психічної адаптації. Спочатку нестійкі захисні психологічні механізми зміняються все більш стійкими, набуваючими ригідного характеру, патологічними захисними механізмами, тісно пов'язаними з переважно пасивною позицією хворих, їх особистісними особливостями і симптоматикою.

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

Друга стадія невротичного розвитку - стадія власне невротичного розладу, в основі якого лежить порушення значущих частин особистості. Невпевненість в собі, пошуки визнання як риси невротичної особистості, фіксоване і стійке ставлення до себе.

На третій стадії невротичного розвитку - при затяжній течії невротичного розладу - відзначається посиленням цих рис до ступеня характерологічних акцентуації і психопатичних особливостей, які багато в чому визначають поведінку людини і її дезадаптацію.

Важливою особливістю невротичних розладів є те, що людина усвідомлює свою хворобу і прагне її подолати. Дані розлади мають, як правило, яскраво виражений характер і підлягають лікуванню. У разі запущеної хвороби говорять про затяжний невротичний стан або навіть про невротичний розвиток особистості.

При невротичних розладах первинні особистісні риси, пов'язані з особливостями темпераменту, проявляються перш за все в афективній сфері; вторинні риси виявляються у порушенні системи відносин і є глибинними особовими порушеннями, які мають внутрішньоособистий характер; третинні особові риси виявляються вже на поведінковому рівні і можуть проявлятися в труднощах і проблемах “з іншими і для інших”. Третинні особистісні утворення у хворих невротичним розлодом виконують певним чином захисні функції, функцію збереження існуючої системи відносин, збереження хоча б зовнішньої позитивної самооцінки і упевненості в собі.

**1.2 Види невротичних розладів у старшокласників.**

**Неврастенія** (F48.0) – невротичний розлад, що характеризується вегетативними, соматичними й емоційними порушеннями, що перебігають за типом дратівливої слабості, безсоння, підвищеного стомлювання, відволікання уваги, знищення настрою, постійним невдоволенням собою і оточенням. Може бути наслідком тривалого емоційного стресу, перенапруження нервової системи, перевтоми або виникати на соматично ослабленому тлі. [10,169]

У 1869р. американський лікар Beard опублікував в „Boston medical and surgical Journal” статтю з обговоренням дратівливої слабкості, котра почала часто виникати у працівників промислових підприємств розвитих країн. Даний симптом (хворобу) він назвав „американським неврозом”. І згодом у у 1880р. Неврастенія була описана Beard в монографії. Він вбачав причини хвороби в реакції організму на стиль життя „Нового Світу” з його культом науково-технічного прогресу і інтенсифікацією праці. Слід зазначити, що історично це був перший з науково класифікованих неврозів.

Неврастенія є найбільш розповсюдженою формою невротичних розладів. Клініка неврастенії складається з симптомів підвищеної нервової збудливості, з одного боку, і виснажуваності - з іншого, причому у одного хворого можуть переважати симптоми підвищеної виснажуваності, а у іншого – симптоми підвищеної збудливості. Сукупність цих двох видів симптомів і становить клінічну суть хвороби.

В етіології неврастенії у дітей і підлітків, як показують дослідження у клініці Н.А.Лобікової (1972-73рр.), основна роль належить довготривалим або навіть хронічним психотравмуючим ситуаціям, частіше всього пов’язаних із конфліктною ситуацією в сім’ї (систематичні сварки між батьками, конфлікти, обумовлені алкоголізмом батьків, ситуації пов’язані із розлученням батьків). Згідно даних певних досліджень (Захаров А.И., 1976), важливу роль в виникненні неврастенії у дітей та підлітків мають деякі форми неправильного підходу батьків до виховання, зокрема надмірні вимоги і заборони, які перевищують можливості дитини. [23]

В.В.Ковальов описує окремо невроз виснаження та реактивну неврастенію. За його словами емоції грають важливу роль при обидвох варіантах хвороби. Проте емоційний фактор при реактивній неврастенії відрізняється від емоційного фактора при неврозі виснаження. Реактивна неврастенія представляє собою типовий реактивний стан із всіма його особливостями (відобрження патогенного фактора в картині хвороби, визначальна роль психогеній в його динаміці). При неврозі виснаження патогенна ситуація практично не відображається в симптоматиці. Цей варіант неврастенії представляє собою не конфлікт-реакцію, а стан виснаженості. До симптомів підвищеної нервової збудливості належать: підвищенна дратівливість, яка виявляється в різкому тоні, реакціях гніву, сльозах.

Хворим на неврастенію дуже важко, а іноді й неможливо стримати, побороти емоційну реакцію. Вони стають не витривалими до очікування. Такі хворі виявляють підвищену чутливість до подразників звичайної сили, звичних для здорової людини: важко переносять стукання дверима, стук кроків, шум вуличного руху, розмову сусідніх хворих, яскраве світло, гучну музику, дотик холодного і гарячого, важко переносять незначні больові подразнення (ін’єкції тощо). Неврастенія може розвиватися за двома сценаріями : гіпостенічним та гіперстенічним. В першому варіанті хворий стримує негативні емоційні прояви і загалом у нього переважає виснаження над збудженням, а другий варіант проходить навпаки.

Порушення сну є одним з найчастіших симптомів неврастенії. З настанням ночі, хворі повні уявлень про події минулого дня, довго не можуть заснути, думки їх повертаються до найдрібніших і неістотних подій минулого дня. Вони хочуть спати, але не можуть заснути протягом багатьох годин. Заснувши, вони згодом прокидаються від найменшого шуму, шурхоту і вже не можуть заснути знову. Сон у них поверхневий, тривожний і з великою кількістю сновидінь, частіше неприємного змісту, що не дає звичного почуття бадьорості і відпочинку. Протягом дня хворі залишаються млявими і сонливими.

При дослідженні неврологічного статусу виявляється пожваленність сухожильних рефлексів, рефлексів із слизових оболонок (підвищення глоткового рефлексу), тремор повік, пальців рук, яскрава вегето-судинна нестійкість: шия, лице вкриваються червоними плямами, долоні, стопи та інші частини тіла швидко пітніють, пульс частішає, хворі скаржаться на найрізноманітніші неприємні відчуття, що з різних частин тіла - стискання серця, болі в шлунку, кишечнику, головні болі, запаморочення.

Перелічені симптоми підвищеної нервової збудливості переплітаються у того ж самого хворого з симптомами надмірної нервової виснажуваності, що виявляється в легкій стомлюваності в роботі, нестійкості і швидкій виснажуваності уваги, малій інтелектуальній продуктивності. Хворим важко зосередитися на звичному занятті, думки швидко перебігають, відвертаються, не утримується зміст прочитаного. Це викликає у хворого впевненість, що він “втратив пам’ять”, що він не зможе більше працювати, через що хвилювання і неможливість зосередитися на триваліший час ще більше посилюється. У співбесіді з хворим виявляється важкість передачі в хронолігчній послідовності дат особистого та громадського життя: хворі забувають дати основних подій, імена знайомих.

Зниження працездатності, порушення сну, неприємні, хворобливі відчуття в різних частинах тіла, зниження статевої функції (імпотенція) супроводжуються заниженим настроєм з тривожністю і занепокоєнням за благополучне закінчення такого стану.

Патофізіологічною основою описаних хворобливих симптомів є недостатність внутрішнього гальмування. Саме слабкістю останнього пояснюється симптом підвищеної нервової збудливості і симптом підвищеної виснажуваності. Від неврастенії як самостійного захворювання у формі невротичного розладу потрібно відрізняти неврастенічний синдром, який часто супроводжує соматичні захворювання.

На закінчення, слід відмітити, що неврастенія як нозологічна одиниця не входить у американську класифікацію DSM-IV.

**Обсесивно-компульсивний розлад** (F42) – це розлад, що характеризується обсесивними (нав’язливими) думками або компульсивними діями, які повторюються [10,133].

Обсесіями називають нав’язливі, періодично повторюванні побоювання, роздуми чи імпульси. Найбільш часто тематика обсесій зосереджена на страху, агресії (нанесення образ чи пошкоджень іншим людям, скоєння протиправних дій і т.д), зараження мікробами та різного роду інфекціями (часто через тактильний контакт), екологічного зараження (асбестом, токсичними відходами, радіацією і т.д), сексуальних ситуацій (перверсійні сексуальні думки і т.д) на втраті значної власності, на релігії, на порядку і симетрії, і на сумнівах (невпевненість що роблю).

Компульсіями називаються вчинки, котрі виконуються у формі ритуалів. Вони представляють собою дії, виконанні стереотипно чи у відповідності до певних правил, які мають на меті зниження чи нейтралізацію тривоги, пов’язаної (спровокованої) з обсесіями. Зазвичай компульсіями стають прибирання і миття, перепровірка, повторення, рахування і т.п.

Це вид невротичного розладу, що рідко зустрічається. У 90% хворих з цим розладом прослідковуються, як обсесії, так і компульсії (ритуали), в той час коли у 10% описуються тільки нав’язливі думки без явних чи скритих ритуалів. (Диагностика и лечение ст 62.) Психотравмуючий чинник при даному типі невротичного розладу може бути і не таким значним з погляду інших людей, але для „недовірливої” людини цей подразник є достатнім для невротизації.

Загальним для всіх нав’язливостей є їх постійність, повторюваність і неможливість їх позбутися чи позбутись лише у незначному ступені. Сама людина до них відноситься критично, розуміє, що вони необгрунтовані, безглузді, але вони виникають не з її волі і бажання та сприймаються як хворобливе, чуже, обтяжливе для людини явище [2].

Зазвичай обсесії провокують тривогу, котра, у свою чергу, приводить до компульсивних дій. Нав’язливі феномени, як правило, бувають тісно пов’язанні із страхом. Обсесивно-компульсивна модель поведінки, в ситуації, що може викликати страх, є механізмом для зменшення страху.

Патофізіологічною основою нав’язливих станів є вогнище інертного збудження в корі великих півкуль головного мозку. В основі контрастних нав’язливих станів лежить механізм ультрапарадоксальної фази, при якій негативні, гальмівні подразники викликають в корі процес збудження. Обсесивно-компульсивний розлад поділяється на:

* Переважно нав’язливі думки або міркування (F42.0) – це розлади, що характеризуються наявністю повторюваних і стійких ідей, думок, уявлень, різних за змістом,але неприємних для суб’єкта.
* Переважно компульсивні дії (F42.1) – розлади, що характеризуються усвідомленою, стандартизованою та рецидивуючою поведінкою, такою як рахунок, перевірка або уникнення.
* Змішані обсесивні думки та дії (F42.2) – розлади, що характеризуються як наявністю обсесивного мислення, так і компульсивної поведінки.

**Тривожно-фобічні розлади** (F40) – група розладів, при яких тривога пов’язана з конкретними ситуаціями або об’єктами, що у дійсний момент не є небезпечними, але переживаються або з почуттям страху, або уникаються хворими [10].

Основний симптом — відчуття тривоги (страху), яка відрізняється дифузністю і постійністю. Вона виявляється відчуттям внутрішньої напруженості, занепокоєння, невизначеної загрози, очікуванням неясної небезпеки. Виникнення тривоги не залежить від яких-небудь конкретних умов, об’єктів (предметів) ситуацій, уявлень («вільно плаваюча тривога»). Інтенсивність тривоги коливається від легкої внутрішньої напруженості до відчуття неминучої катастрофи, що насувається. Звичайно напади гострої тривоги періодично виникають на фоні менш виражених, але більш постійних тривожних розладів.

В період загострення тривога може знаходити конкретну фабулу, тобто змінятися страхом, проте при цьому відчуття тривоги первинне, а конкретний зміст повторний і часто мінливий. Так, якщо на висоті тривоги виникає страх смерті від якого-небудь захворювання (наприклад, інсульту), то, взнавши від лікаря про відсутність ознак такого захворювання, хворий може тут же висунути іншу гіпотезу, що пояснює незникаюче відчуття неминучої катастрофи і близької загибелі.

Різниця між страхом та тривогою виникає випадково. Раніше перекладачі Фройда неправильно переклали „angst” – німецьке слово, котре означає страх, як тривогу. Сам Фройд зазвичай ігнорував різницю між тривогою, пов’язаною з подавленим, несвідомим об’єктом, і страхом, який відносився до відомого, зовнішнього об’єкту. Очевидно, що страх може відноситись до несвідомого подавленого внутрішньому об’єкту, який переноситься на іншу річ у зовнішньому світі.

Згідно твердження психоаналітиків, розподіл на страх і тривогу психологічно виправданий. Страху придається більше гострий характер, а тривозі, у свою чергу, хронічний. Так Ч.Дарвін підтримував точку зору, що страх походить від чогось миттєвого і небезпечного [15,367].

Тривожність, як усі емоції, має три рівня: нейроендокринний рівень, рухово-вісцеральний та рівень усвідомленого розуміння. В цілому у суб’єкта, відчуваючого тривожність, відмічаються тільки неприємні відчуття і він рідко відчуває сильний дискомфорт; людина зазвичай не усвідомлює причини своєї тривожності.

Тривожно-фобічні розлади найбільш часто виникають при фрустрації (зазвичай хронічній), пов'язаній із незадоволеністю навчальною (службовою), сімейною, сексуальною ситуацією, особливо в тих випадках, де ця фрустрація обумовлена інтрапсихічним конфліктом. Частіше розвиваються у осіб, які і в преморбідному періоді відрізнялися високим рівнем тривожності, недовірливістю, боязливою.

Найбільш розповсюдженими тривожно-фобічними розладами є агорафобія (F40.0), соціальні фобії (F40.1) і спеціальні (моносимптомні) фобії (F40.2). Соціальні фобії часто виникають у підлітковому віці, у зв’язку із підвищенням значущості, для підлітка, певних соціальних ситуацій (випускні-вступні екзамени, вибір професії, стосунки із протилежною статтю і т.п). Змістом даної фобії є страх появи сорому в присутності оточуючих. Хворі бояться і уникають ситуацій, у котрих повинні робити певні дії на очах у інших людей, припускаючи негативну оцінку цих дій – говорити, писати, їсти, відвідувати загальний туалет, взаємодіяти у малих групах і т.д. Початку такого розладу може передувати психотравмуюча соціальна ситуація, але і можливий розвиток без допоміжних пускових механізмів.

Агорафобія, також як і соціальні фобії, розвивається у пубертатному періоді, але у багатьох випадках можлива поява симптомів у 25-30 років з подальшим більш швидким розвитком. Серед пацієнтів котрі страждають агорафобією переважають представники залежного типу характеру (психастенічного, астено-невротичного і сенситивного типів акцентуації по А.Е. Лічко) [14,164] Американські автори відзначають, що даний розлад завжди починається із панічного припадку, за котрим, в більшості випадків, розвивається фобічна поведінка. З „європейської” точки зору розлад може розпочатись і з першочергової появи фобічних симптомів.

Клінічна картина агорафобії може складатись із панічним розладом чи без нього. Так само і панічний розлад може включати агорафобію, а може протікати без неї. Хворі бояться бути поза домівкою без супроводу близької людини, опинитись в місцях звідки важко швидко вибратись. Це може бути вуличний натовп (в перекладі агорафобія означає страх ринкової площі), театральні зали, мости, тунелі, ліфти, закритий транспорт, особливо метро і літак.

**Реакція на важкий стрес і порушення адаптації** (F 43 ) – дана група розладів відрізняється виразною екзогенною природою, причинним зв’язком із зовнішнім стресором, без дії якого психічного порушення не було б. Типовими важкими стресорами є бойові дії, природні і транспортні катастрофи, нещасні випадки, присутність при насильницькій смерті інших людей, розбійний напад, тортури, згвалтування, пожежа.

Систематично цими розладами першочергово вимушені були займатись військові психіатри. Перший психіатричний опис (Da Costa, 1871) був зроблений на основі спостережень бойових дій часів громадянської війни у Америці. Цей стан тоді набув визначення „солдатське серце”, тому основну уваги притягували кардіологічні симптоми. А під час першої світової війни його називали „снарядним шоком” – були міркування, що він являється наслідком черепно-мозкової травми в результаті артилерійського обстрілу [14,193].

Слід відмітити, що даний синдром розвивається у 50-80% людей, які перенесли важкий стрес. Розвиток розладу визначається дією ряду факторів: інтенсивність стресу, соціальна ситуація у котрій він діє, особливості особистості жертви і її біологічна ранимість. Соціальна підтримка відіграє дуже важливу роль у попереджені стресової реакції. Усвідомлення того, що такі ж самі страждання розділяють інші люди, допомагає їх легше переносити, але у той же час почуття вини залишившогося у живих, коли інші загинули, може суттєво ускладнити картину пост травматичної стресова реакція (ПТСР).

В картині захворювання можуть бути представленні загальне притуплення відчуттів (емоційна анестезія, відчуття віддаленості від інших людей, втрата інтересу до попередніх занять, неможливість відчути радість, ніжність, оргазм) або відчуття приниження, вини, сорому, злоби. Можливі дисоціативні стани (навіть ступор), у котрих знову переживається травматична ситуація, приступи тривоги, рудиментарні ілюзії і галюцинації, транзиторне зниження пам’яті, зосередження і контролю бажань (стимулів).

Переживання травми стає центральним в житті хворого, змінюючи стиль його життя, звичну поведінки, суспільне функціонування. Більш інтенсивною і довготривалою є реакція на людський стресор (згвалтування), ніж на природну катастрофу (паводок). В затяжних випадках пацієнт стає фіксованим вже не на самій травмі, а на її наслідках (інвалідність і т.д).

**Дисоціативні (конверсійні) розлади** (F 44) – являють собою групу синдромів, що характеризуються раптовим, тимчасовим порушенням нормально інтегрованих функцій свідомості, усвідомлення істинності свого „Я”.

Ці розлади людству ще із давніх часів. Схожі стани описані в давньогрецьких папірусах близько 2000 р. До н.е., де їх поява у жінок пов’язувалась з „блуканням матки” (звідси і походить термін – істерія). Гіппократ і Гален пов’язували їх утриманням від статевого життя. В 19ст.французкий лікар Briquet вперше визначив їх як дисфункцію нервової системи в результаті психологічного стресу.

Charcot вважав істерію наслідком дегенеративних змін ЦНС і, не дивлячись на таке органічне пояснення, з успіхом лікував її психологічно – гіпнозом. Janet (1989) висунув теорію психічної дисоціації, згідно якій в результаті конституціонально-генетичних причин може знижуватись синтетична діяльність психіки, при цьому певні афективні компоненти перестають усвідомлюватись, проявляючись у сенсомоторних ефектах через підсвідомі механізми. Breuer (1985), на відміну від Janet, вважав процес дисоціації не пасивним, а ініційованим самим пацієнтом. (Сучасна психіатрія Від Попов)

Дуже важливим було виявлення Фройдом основи механізму дисоціації – активного процесу психологічного захисту, феномену витіснення із свідомості загрожуючих чи небажаних змістовних елементів. Емоція, котра не могла бути виражена, виявилась перетвореною у фізичний симптом, представляючий собою, таким чином, компроміс між неусвідомленим бажанням виразити думку чи почуття і страхом можливих наслідків. Симптоми, як вияснилось, дозволяли не тільки маскувати небажані емоції, але й представляли собою самопокарання за заборонене бажання або усунення себе із страхітливої ситуації.

Дисоціативний конфлікт відрізняється надмірно завищеними претензіями людини, відсутністю критичного ставлення до себе і своєї поведінки. Його симптоми частіше за все нагадують прояв самих різних захворювань, яких насправді немає. Емоції як би розповсюджуються не тільки на область психічних, але і соматичних функцій. Він частіше за все виникає у осіб демонстративних, з великою навіюваністю і самонавіюваністю. [4].

Будь-яким дисоціативним порушенням властиве яскраве емоційне забарвлення, яке розраховане на співчуття оточуючих. Ці люди охоче розказують про свої переживання, хвороби, скарги, використовуючи відповідні інтонації голосу, міміку, жестикуляцію. Думки їх звичайно поверхневі, мислення конкретне, всі емоції торкаються тільки власної особи. Подібна поведінка у них поєднується з егоцентризмом, відсутністю співчуття. Дисоціативні розлади характеризується також нестійкістю емоцій, швидкою зміною настрою. Навіть дисоціативні судоми ніколи не виникають, якщо хворий знаходиться наодинці. Йому завжди потрібні глядачі, публіка. У відсутності глядачів він може і “забути” про свої недуги.

Особливістю конверсійних порушень є і те, що практично завжди вони зникають в гіпнотичному стані, чого не спостерігається при справжніх, органічних розладах.

Клініка конверсійних розладів дуже різноманітна і різна щодо зовнішнього вияву. Ось основні конверсійні синдроми :

1. Дисоціативні судоми (псевдоприпадки) (F44.5)

Трапляються зазвичай вдень, на людях, а не під час сну. У більшості випадків розвиткові передують неприємного змісту переживання, психотравмуюча ситуація. Необхідно вміти відрізнити дисоціативні судоми від епілептичного припадку.

Хворі конверсійними розладами, зазвичай падають, але не забиваються. На відміну від епілептичних припадків дисоціативні судоми безладні, театральні, химерні, вони являють собою виразні рухи (гримасу плачу, страждання, пристрасні пози у вигляді дуги, з бажанням притягнути увагу і співчуття оточуючих). Тривалість припадку найрізноманітніша – від декількох хвилин до декількох годин, залежно від поведінки присутніх, тобто чим більше свідків навколо, чим більше уваги до хворого, тим довше триває припадок.

Дуже важливо, що в той час, як після короткочасного епілептичного припадку настає оглушеність, розгубленість і тривалий сон, тривалі дисоціативні судоми не супроводжуються оглушеністю і наступною амнезією, і після закінчення припадку хворий як ні в чому не бувало продовжує перервану діяльність. Також при дисоціативних відсутні наслідки епілептичного припадку (важкі синці, прикус язика, мимовільне сечовиділення, чи в рідких випадках, дефекації).

1. Дисоціативний ступор (F44.2).

Стан загальної рухової загальмованості, що виявляється в нерухомості. Хворі в стані ступору, залишаються цілком нерухомими, застигають в одній позі, не відповідають на запитання, відмовляються від їжі.

Хворий не відповідає на запитання, пояснюється жестами, письмом.

1. Дисоціативна глухонімота – сурдомутизм (від лат. Surditas – глухота, mutismus – німота). Хворий не чує і не говорить, намагається розмовляти жестами, знаками, письмом. При дослідженні голосових зв’язок і органу слуху патологічні зміни відсутні. Іноді сурдомутизм не проходить безслідно, і змінюється заїканням.
2. Дисоціативні розлади моторики (F 44.4)

Найчастіше зустрічаються паралічі обох ніг, однієї ноги, однієї руки, і т.п. Паралічі і парези обєднуються з втратою чутливості. Спостерігається анестезія типу “панчохи”, “рукавички”, а також астазія – абазія - неможливість стояти і ходити при збереженій силі в ногах і координації рухів.

1. Синдром Ганзера (F 44.80)

Розлад представляє собою навмисну демонстрацію хворим грубої психіатричної симптоматики. Остання відповідає не якій-небудь окресленій нозологічній картині (хоча може продукуватись і психічно хворою людиною), а скоріше уявленнями погано інформованого індивіда про те, як може виглядати психіатрична патологія. Синдром частіше всього зустрічається у чоловіків( в особливості в тюремному ув’язненні), психопатія являється важливим фактором, який передую розвиткові даного синдрому. Закінчення епізоду миттєве із демонстрацією амнезії на період епізоду.

1. Дисоціативна фуга (F 44.1)

Фуга характеризується неочікуваною поїздкою чи навіть подорожі в стані відповідаючому дисоціативній амнезії.

1. Транси і стани одержимості (F 44.3)

Ці стани відомі ще з глибокої древності. Найбільш типовим прикладом у європейській культурі являється стан медіума, котрий проводить спіритичний сеанс і вважає, що його голосом, без його волі говорять визвані ним духи.

**Соматоформні розлади** (F 45) дана група розладів характеризується появою на фоні психосоціального стресу соматичних скарг у відсутності морфологічної зміни відповідних тканин (у багатьох випадках виявляються неспецифічні і функціональні розлади). Це відрізняє соматоформні розлади від так званих психосоматичних розладів, у клінічній картині яких також присутні психогенні фактори, але об’єктивно виявляється патологія тих чи інших органів.

* Соматизований розлад (F 45.0)

У клініці даного розладу найчастіше зустрічаються такі симптоми: нудота і блювання, труднощі при ковтанні, біль у кінцівках, ускладнення при вагітності і місячних, задишка, не пов’язана із навантаженням. Також присутня вторинна емоційна нестійкість, імпульсивність і тривожно-депресивні прояви. На цьому фоні можуть виникати суїцидальні думки, про те актуальні спроби поза вживанням психоактивних речовин не часті.

В структурі особистості переважають істероїдні та ананкастичні риси, це проявляється у бесідах з лікарями, коли хворі демонстративно та театрально подають скарги на власне здоров’я і запевняють лікаря про наявність соматичних відхилень. Про те, не дивлячись на зайву деталізованість, скарги доволі розмиті, неточні і не пов’язані із часом. У більшості хворі вихідці із соціопатичних і алкоголізованих сімей.

* Іпохондричний розлад (F 45.2)

В основі психодинамічної моделі захворювання лежить дія механізмів психологічного захисту, котрі трансформують агресивність до зовнішнього світу у соматичний симптом. Цим хворим притаманний егоцентризм, обмежений емаптичний потенціал і слабкий потребами оточуючих. Вони зазвичай вважають себе розчарованими, ображеними, покинутими, нелюбимими оточуючими.

На відміну від хворих із соматизованим розладом, іпохондричні пацієнти обтяжені не тільки симптоматичним дискомфортом, але відчувають страх наявності у них якогось, ще не найденого серйозного загрожуючого життю захворювання. Найчастіше симптоми торкаються систем кишково-шлункового тракту і серцево-судинної. Характерним є монотонне, емоційно не насичене пред’явлення скарг, які підкріпляються обширною медичною документацією.

* Соматоформна вегетативна дисфункція(F 45.3)

Широку групу вегетоневротичних розладів характеризує суб’єктивне віднесення хворими скарг до певної системи організму чи до окремого органу. Скарги носять специфічний характер вегетативного роздратування, а також можуть бути, у більшій степені, неспецифічними, сенестопатичними.

* Хронічний соматоформний больовий розлад(F 45.4)

Поведінка хворих близька до поведінки іпохондричних хворих, з частими і багаторазовими візитами до інтерністів; в особливості характерні наполягання на хірургічне втручання. Нерідко зустрічається зловживання алкоголем і іншими психоактивними речовинами. Наявність яких-небудь психологічних конфліктів заперечується. Із депресивних симптомів більш характерні не зниження ваги і психомоторна заторможеність, а ангедонія, зниження лібідо, порушення сну і роздратованість.У пацієнток із психогенними болями в районі живота підвищена наявність конфліктів, пов’язаних із вагітністю і материнством, корелюючих із такими симптомами як нудота, блювання.

До даного захворювання найбільш схильні люди сидячих професій.

* Синдром деперсоналізації-дереалізації (СДД) (F 48.1)

Даний синдром може викликатись галюциногенами. Сам по собі СДД часто зустрічається в рамках інших захворювань, а у якості окремого розладу доволі рідко. Як симптом у психіатричній клініці займає третє місце поступаючись депресії та тривозі. Слід відмітити, що у якості основної скарги даний синдром зустрічається дуже рідко. (Попов, Вид ст.230)

Найбільш характерно для СДД специфічне особливість нереальності і відчуження, котре супроводжує свідомий досвід. Відчужуватись може усе тіло загалом, або його частини, акти мислення та звичної поведінки. Такі хворі порівнюють свій стан з перебуванням у сні, говорять, що стали роботом, автоматом, який погано контролює тонкі і раніше звичні рухи. Тіло може сприйматись не тільки відчуженим, але й і зміненим у розмірах (соматопсихічна деперсоналізація, розлади схеми тіла).

Свідомість може переміститись за межі тіла, коли воно сприймається суб’єктом з боку, чи роздвоюється, даючи одночасно сприйняття зсередини і ззовні. Інколи хворі відчувають себе у двох різних місцях одночасно , навколишнє середовище можуть сприймати доволі мінливим, оточуючих людей – мертвими, штучними, автоматоподібними. Часто дезорганізується сприйняття плину часу.

**Розділ 2. Експериментальне дослідження.**

**2.1. Організація експериментального дослідження невротичних розладів у старшокласників.**

Мета: Виявити та порівняти рівень невротизації в учнів 8-го та 11-го класів загальноосвітньої школи№5.

Завдання:

1. Вивчення пов'язаних з проблемою теоретичних, літературних джерел і практичних досліджень;
2. Вибір методу проведення дослідження;
3. Проведення дослідження;
4. Обробка і аналіз результатів;
5. Перевірка висунутої гіпотези;
6. Формулювання висновків витікаючих з проведеного дослідження.

Предмет дослідження: Предметом нашого дослідження є рівень невротизації у підлітків.

Об'єкт дослідження: Підлітки двох груп віком 13-14 та 16-17 років.

Характеристика об’єкту експериментального дослідження.

У фізіологічному плані межі підліткового віку приблизно співпадають з навчанням дітей в 5-11 класах середньої школи і охоплює вік від 11-12 до 15-17 років. Особливе положення підліткового періоду в циклі розвитку відображено в інших його назвах: "перехідний", "важкий", "критичний" в них зафіксована складність і важливість що відбуваються в цьому віці процесів розвитку, пов'язаних з переходом від однієї епохи життя до іншої.

Перехід від дитинства до дорослого життя складає основний зміст і специфічну відмінність всіх сторін розвитку в цей період фізичного, розумового, етичного, соціального.

Важливість підліткового віку визначається і тим, що в ньому закладаються основи і намічаються загальні напрями формування моральних і соціальних установок особистості [25,35].

Психологічні особливості підліткового віку отримали назву "підліткового комплексу". Підлітковий комплекс включає: чутливість до оцінки сторонніх своєї зовнішності, здібностей, вміння поєднуватися з крайньою самовпевненістю і безапеляційними думками відносно оточуючих; уважність деколи співіснує з вражаючою черствістю, хвороблива соромливість з розбещеністю, бажання бути визнаним і оціненим іншими - з показною незалежністю, боротьба з авторитетами, загальноприйнятими правилами і поширеними ідеалами - з обожнюванням випадкових кумирів, а плотське фантазування з сухим мудруванням. [26]

Однією з основних причин психологічних труднощів цього віку є статеве дозрівання, яке зумовлює нерівномірність розвитку по різних напрямах. Характерною межею цього віку є допитливість розуму, прагнення до пізнання, підліток жадібно прагнути оволодіти якомога більшою кількістю знань, при цьому не звертаючи належної уваги на їх систематичність. Підлітки направляють розумову діяльність на ту сферу, яка найбільше їх захоплює. Цей вік характеризується емоційною нестійкістю і різкими коливаннями настрою (від екзальтації до депресії). Самі афектні бурхливі реакції виникають при спробі ущемити самолюбність. Характерна для підлітків полярність психіки:

* Цілеспрямованість, наполегливість і імпульсна, нестійкість;
* Підвищена самовпевненість, безапеляційність в думках швидко зміняється ранимою і невпевненістю в собі;
* Потреба в спілкуванні + бажання усамітнитися;
* Розбещеність в поведінці + соромливість;
* Романтизм + цинізм, обачність;
* Ніжність, ласкавість + жорстокість.

Важливим етапом дозрівання є процес формування самосвідомості. В його основі лежить здатність людини відрізняти себе від своєї життєдіяльності, усвідомлене відношення до своїх потреб і здібностей, потягів, переживань і думок.

У підлітків суб'єктивний образ "Я" складається більшою мірою від думки оточуючих. Обов'язковим компонентом самосвідомості є самооцінка. Часто у підлітків самооцінка неадекватна: вона або має схильність до підвищення, або самооцінка значно понижена. Формування особистості у хлопчиків і дівчаток різні в інтелектуальному і емоційному плані. У хлопчиків яскравіше виражена здібність до абстрагування, значно ширше коло інтересів, але разом з цим, вони безпомічні в реальних життєвих ситуаціях. У дівчаток - більш високо розвинута словесно-мовна діяльність, здібність до співчуття і переживання. Вони більш чутливі до критики своєї зовнішності, ніж до критичних оцінок їх інтелектуальних здібностей.

Підліток прагне самостійності, але в проблемних життєвих ситуаціях він прагне не брати на себе відповідальність за ухвалювані рішення, і чекає допомоги з боку дорослих.

Провідною діяльністю в цьому віці є комунікативна, спілкуючись в першу чергу з своїми однолітками підліток одержує необхідні знання про життя. Дуже важливою для підлітка є думка про нього групи, до якої він належить. Сам факт приналежності до певної групи додає йому додаткову упевненість в собі. Положення підлітка в групі, ті якості, які він придбає в колективі істотним чином впливають на його поведінкові мотиви. Ізольованість підлітка від групи, може викликати фрустрацію і бути чинником підвищеної тривожності.

В сучасній західній літературі широке розповсюдження отримала концепція Еріка Еріксона про кризу ідентичності як головної особливості підліткового віку (під ідентичністю розуміється визначення себе як особистості, як індивідуальності). Еріксон називає цю кризу "Ідентифікація або плутанина ролей". Підліток активно "приміряє" на себе різні соціальні ролі, визначає вимоги, можливості і права, властиві кожному новому образу. Безумовно, в рольовому віялі будуть присутні і негативні об'єкти, саме існування яких може провокувати конфліктні ситуації.

Суть "підліткового комплексу" складають свої, властиві цьому віку і певним психологічним особливостям - поведінкові моделі, специфічні підліткові поведінкові реакції на вплив навколишнього середовища.

Соціальний статус підлітка мало чим відрізняється від дитячого. Психологічно цей вік дуже суперечливий, для нього характерні диспропорції рівнів і темпів розвитку. Підліткове "відчуття дорослості" головним чином новий рівень домагань, котрий переганяє положення, якого підліток фактично не досяг. Для підлітка дуже важливо, щоб його дорослість була помічена оточуючими, щоб форма його поведінки не була дитячою. Цінність роботи для підлітка визначається її дорослістю, а виникаючі уявлення про норми поведінки провокують обговорення поведінки дорослих, звичайно вельми не упереджено, звідси і типові вікові конфлікти. [27 ,52].

Цей вік також є особливо інтересним у зв'язку з тим, що для більшості хлопців ще не наступив момент самовизначення; не встала ще гостро проблема подальшого вибору - або діставати вищу освіту у ВУЗі, або суміщати освіту з отриманням професії в середніх спеціальних установах, таких як коледжі, технікуми і ін. Таким чином велика група дітей знаходиться як би в стані "соціального спокою": дорослі по відношенні до підлітка поводяться як з дитиною, ще слабо пред'являються вимоги відповідальності за скоювані вчинки і ухвалювані рішення. При вже достатньо сформованому характері ще в слабому ступені вираження соціальні нашарування. Проекція ж сімейних взаємостосунків і установок служать підлітку орієнтиром в повсякденному житті і міжособових контактах.

Враховуючи непросту соціально-економічну ситуацію в суспільстві, його нестабільність і невпевненість в завтрашньому дні у переважної більшості дорослого населення призводить до підвищеного фону тривожності, не говорячи уже про підлітків які є менш стійкими до не завжди приємних соціальних катаклізмів. Про те, на нашу думку, діти старшого підліткового віку, а саме старшокласники, є більш вразливими внаслідок потреби приймати важливі рішення відносно свого подальшого життя, професійної самореалізації та підвищення вимог з боку дорослих.

**Методичний апарат дослідження.**

При діагностиці рівня невротизації підлітків, в ході експериментального дослідження, був використаний опитувальник визначення рівня невротизації та психопатизації (РНП) інституту ім. М.В.Бєхтєрєва.

Характеристика методу експериментального дослідження.

В даний час багато галузей трудової діяльності людини пов'язано з нервово-психічною напругою. Урбанізація, прискорення темпу життя, інформаційні перевантаження, посилюючи цю напругу, часто сприяють виникненню і розвитку пограничних форм нервово-психічної патології, що виводить питання психогігієни і психопрофілактики в ряд найважливіших задач охорони психічного здоров'я людини. Рішення цих проблем пов'язано перш за все з необхідністю ранньої діагностики субклінічних проявів такого роду станів, зокрема, невротизації, психопатизації і схильності до них, що є складним завданням у зв'язку з нечіткими межами клінічної картини різних форм пограничних станів, з одного боку, і складністю організації ретельного психоневрологічного дослідження великого контингенту.

Розгортання дослідницької і практичної роботи в галузі психогігієни і психопрофілактики захворювань, пов'язаних з особливостями праці і специфікою умов життя, зокрема невротичних станів і психопатичних декомпенсацій, ставить перед психологом завдання створення експрес – методів, які, будучи обгрунтованими і чутливими при достатній простоті, забезпечили б можливість обстеження великих контингенту на предмет виявлення «групи ризику», що підлягає детальному дослідженню психоневрологією.

У зв'язку з цим в Ленінградському інституті ім. В.М. Бєхтєрєва у 1974 році був складений і в подальші роки апробований опитувальник, призначений для визначення рівня невротизації і психопатизації (РНП).

**Коротка характеристика основних шкал**

Змістовний аналіз шкал РНП показав, що твердження які входять в шкалу невротизації, містять такі характерні прояви невротичних станів, як швидка стомлюваність, порушення сну, іпохондрична фіксація на неприємних соматичних відчуттях, зниження настрою, підвищена дратівливість, збудливість, наявність страхів, тривоги, невпевненості в собі.

Твердження шкали психопатизації охоплюють лише деякі з рис, характерних для психопатичних осіб: байдужість до принципів боргу і моралі, байдужість до думок оточуючих, підвищений нонконформізм, прагнення виділитися серед оточуючих, лицемірство, запальність, підозрілість, підвищена самолюбність і самовпевненість.

Більш повне розкриття психологічного змісту шкал і опис механізмів формування аналізованих властивостей було отримано за допомогою визначення місця, яке ці властивості можуть займати в психологічній структурі особисатості.

В результаті проведеного дослідження були отримані дані, що невротизація формується під впливом трьох класів психічних явищ. Перш за все її рівень опосередкований емоційно. 1 Мотиваційними особливостями особистості, що містяться в факторах «С», «Н», «Q3», «QЧ», опитувальника Кеттелла, які на більш високому рівні узагальнення інтерпретуються як тривожність або спрямованість на себе, а також такою основной складовою темпераменту, як нейротизм (за Айзенком). Далі шкала невротизації вбирає в себе всю ту психосоматичну симптоматику, яка присутня в 20 шкалах MMPI, зокрема, шкала невротичної тріади, психостенічних особливостей особистості і додаткових: тривоги, нейротизму, загальної поганої пристосованості і т.д. Цей же зміст мають кореляції з типами акцентуації по А. Е. Лічко (неврастенічний, психостенічний, сенситивний, меланхолійний). І, нарешті, третім чинником, що визначає рівень невротизації, є власний стан людини, її самопочуття, основний тон її переживаннь. Оскільки рівень невротизації відображає як особливості людини (стани), що динамічно змінюються, так і відносно більш статичні (властивості особистості), то невротизацію можна класифікувати як варіативну особистісну змінну. Типовий для конкретної людини рівень невротизації, в основному обумовлений її особливостями, і визначає вірогідний діапазон змін рівня невротизації, що викликаються різними психо-, сомато- і соціогенними чинниками.

Дещо інше місце в психологічній структурі індивіда може займати властивість, що вимірюється шкалою психопатизації. Перш за все звертає на себе увагу факт, що оцінки по цій шкалі значущо корелюють з даними інших методик, що характеризують різні, здавалося б не зв'язані між собою, особові властивості. Це чинники «А» і «О», Кеттелла, гіпертимна, і шизоїдна акцентуація по А. Е. Лічко, шкали психопатичних відносин і поведінкових девіацій MMPI. Ці кореляції свідчать про те, що часткові особливості перерахованих властивостей особистості роблять вплив на стиль інтерперсональних взаємодій або беруть участь в його формуванні. Оскільки оцінки рівня психопатизації не корелюють з різними оцінками стану людини, то те що вимірюється нашою шкалою психопатизацію можна розглядати як відносно стійку особистісну властивість.

Дані кореляційного аналізу, а також контент-аналіз створюючих шкали тверджень дозволили скласти психологічні характеристики особам, що мають крайні оцінки по розроблених шкалах.

Слід зазначити, що чим далі від полюсу шкал розташовуватимуться індивідуальні оцінки, тим у меншій мірі індивідам будуть властиві характеристики, що приводяться нижче.

При високому рівніневротизації (висока по абсолютній величині негативнаоцінка) може спостерігатися виражена емоційна збудливість, що продукує різні негативні переживання (тривожність, напруженість, турбота, розгубленість, дратівливість). Безініціативність цих осіб формує переживання, пов'язані з незадоволеністю бажань. Їх егоцентрична особова спрямованість виявляється як в схильності до іпохондричної фіксації нанеприємних соматичних відчуттях, так і в зосередженості на переживаннях своїх недоліків. Це, у свою чергу, формує відчуття власної неповноцінності, утрудненість в спілкуванні, соціальну боязкість і залежність.

При низькому рівніневротизації (висока по абсолютній величині позитивнаоцінка) відмічається емоційна стійкість і позитивний фон основних переживань (спокій, оптимізм). Оптимізм і ініціативність, простота в реалізації своїх бажань формують відчуття власної гідності, соціальну сміливість, незалежність, легкість в спілкуванні.

Високий рівеньпсихопатизації свідчить про безпечність і легковажність, байдужому ставленні до людей, напористості, впертості в міжособових взаємодіях. Цим особам властива тенденція до виходу за рамки загальноприйнятих норм і моралі, що може приводити до непередбачуваності їх вчинків і створення конфліктних ситуацій.

Низький рівеньпсихопатизації може говорити про обачність, поступливість, орієнтованості на думку оточуючих, про прихильність до суворого дотримання загальноприйнятих правил і норм поведінки.

Розроблена методика є достатньо простим, валідним і чутливим інструментом, який може бути використаний як в цілях первинної діагностики пограничних станів, особливо в цілях об'єктивізації динаміки стану в клініці невротичних розладів, так і для виявлення «групи ризику» при профвідборі і профперегляд осіб, що працюють в особливо важких умовах, тобто бути корисним для одного з напрямів медичної психології – психопрофілактики.

**2.2. Аналіз та узагальнення результатів дослідження.**

В ході експериментального дослідження нами було опитано 24 учня 11-го класу ЗОШ №5 та 19 учнів 8-го класу тієї ж школи. Загальна кількість опитуваних складала 43 учні. Вік учнів 8-го класу 13-14 років, а 11-го класу 16-17років. Результати проведеного дослідження показали, що в учнів 8-го класу рівень невротизації вище норми зареєстрований у 26% опитуваних, рівень психопатизації вище норми зареєстрований у 42,5%, і нормальний рівень за обома шкалами у 31,5%. У свою чергу високій рівень за шкалою невротизації в учнів 11-го класу зареєстрований у 29,1%, за шкалою психопатизації у 20,9%, і нормальний рівень за обома шкалами у 50% учнів.

Опрацювавши дані отримані за допомогою опитувальника РНП, ми прийшли до висновку, що виставлена нами гіпотеза підтверджується, про те, потребує детальнішого вивчення на більшому контингенті школярів різного віку та з використанням більшого пакету методик спрямованих на діагностику рівня невротизації, наявності невротичної симптоматики і т.п.

Також хотіл б звернути увагу, що серед учнів 8-го класу відсоток тих підлітків показники яких за шкалою психопатизації є вище норми або високі складає 42,5%, а в свою чергу в 11-му класі тільки 20,9% учнів мають вищі норми або високі показники за даною шкалою.

Бібліографія

1. Ганнушкин П. Б. “Клиника психопатий, их статистика, динамика”, М., 1964;
2. Єнікеева Д. Д. “Популярные основы психиатрии”, Д., “Сталкер”, 1997;
3. Карвасарский Б. Д. “Неврозы”. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медецина, 1990.
4. Карвасарский Б. Д. “Психотерапия”, М., “Медицина”, 1985;
5. Кискер К. П. и др. “Психиатрия. Психосоматика. Психотерапия”, М., “Алетейа”, 1999;
6. Леонгард К. “Акцентуированные личности”, Ростов н/Д., “Феникс”, 1997;
7. Личко А. Е. “Психопатии и акцентуации характера у подростков”, Л., 1983;
8. “Неврозы: экспериментальные и клинические исследования”, Л., “Наука”, 1989;
9. "Психология: словарь", изд. "Политиздат", М., 1990;
10. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих, клінічний посібник, РФВ «АРСІС ЛТД» Харків;, 2000р.
11. Психотерапия детей и подростков, під редакцією Х.Ремшмідта, вид-во «Мир»,М, 2000.
12. Диагностика и лечение тревожных расстройств (Руководство для врачей), під.ред Александровського Ю.А, American Psychiatric Press,Inc.
13. В.П. Петрунек, Л.Н. Таран, Нелёгкий шаг к юности, М; «Педагогика»1984р.
14. Ю.В. Попов, В.Д.Вид, Современная клиническая психиатрия – М.: «експертное бюро - М», 1997. – 496с.
15. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. В 2 т. Т.1. Пер. з англ. – М.: Медицина, 1994, 672с.
16. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. В 2 т. Т.2. Пер. з англ. – М.: Медицина, 1994, 528с.
17. Телешевская М.Э. Неврастения. – К.: Здоров’я, 1988. – 168с.
18. Лакосина Н.Д. Трунова М.М. Неврозы, невротические развития личности и психопатии: Клиника и лечение. – М.: Медецина, 1994. – 192с.
19. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медецина, 1987. – 304с.; ил.
20. Свядощ А.М. Неврозы. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медецина, 1982. – 368с.
21. Айрапетянц М.Г. Вейн А.М Неврозы в експерименте и в клинике. М.: Наука, 1982.
22. Клиническая психиатрия/ Бачериков Н.Е., Михайлова К.В., Гавенко В.Л. и др.; Под ред. проф. Н.Е. Бачерикова. – К.: Здоров’я, 1989.- 512с.
23. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей: изд.2-е перераб. и доп. – М.: Медецина, 1995. – 560с., ил.
24. Хезлем М.Т. Психіатрія: Вступний курс\ Пер. з англ. – М.: „Фірма”Видавництво АСТ”, Львів: Ініціатива, 1998. – 624с.
25. Ремшмидт Х. "Подростковый и юношеский возраст" // Мир 1994 г.
26. «Психология современного подростка» під ред. Д. І.Фельдштейна. - М.: Педагогіка, 1987 р.
27. Поліванова Л.Б. "Психологическое содержание подросткового возраста"// Вопросы психологии N5 1992 .
28. Чайченко Г.М, Харченко П.Д Физиология высшей нервной деятельности:. – Киев: Вища школа., 1981.