ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ

ВЛАДИВОСТОКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ЭКОНОМИКИ И СЕРВИСА

ИНСТИТУТ ЗАОЧНОГО И ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ

КАФЕДРА ПСИХОЛОГИИ

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА

по дисциплине «Клиническая психология»

Классификация неврозов: формы, течение, терапия, прогноз

Студент

гр. ЗПС-04-01-37204 Т.А.Карпова

Преподаватель

Владивосток 2007

Содержание

Введение………………………………………………………………..………….3

1 Неврозы, их формы и течение………………………………………....……….6

1.1 Неврастения……………………………………………………………...……8

1.2 Невроз навязчивых состояний……………………………………………….9

1.3 Истерический невроз……………………………………………………...…11

2 Терапия и прогноз……………………………………………………………..15

Заключение………………………………………………………………….........16

Список использованных источников……………………………………….......18

Введение

В конце XIX века психология стала постепенно утрачивать характер умозрительной науки, в её исследования вносят методы естествознания. Экспериментальные методы В.Вундта и его учеников проникли психологические клиники. Экспериментально-психологические лаборатории были открыты и в России – лаборатория В.М.Бехтерева в Казани (1885), С.С.Корсакова в Москве (1886), затем лаборатории В.Ф.Чижа в Юрьеве, И.А.Сикорского в Киеве и др.

Уже на рубеже нашего века некоторые учёные говорят о возникновении новой отрасли психологической науки. Так, В.М.Бехтерев пишет в 1904 году: «Новейшие успехи психиатрии, обязанные в значительной степени клиническому изучению психических расстройств у постели больного, послужили основой особого отдела знаний, известного под названием патологической психологии, которая уже привела к разрешению весьма многих психологических проблем и от которой, без сомнения, ещё большего в этом отношении можно ожидать в будущем».

Расстройства психики рассматривались как эксперимент природы, причём затрагивающий большей частью ложные психологические явления, к которым экспериментальная психология ещё не имела подхода. Принятый в школе В.М.Бехтерева принцип качественного анализа нарушений психологической деятельности стал традицией отечественной психологии В.М Бехтеревым, С,Д.Владычко, В.Я.Анфимовым и другими представителями школы было разработано множество методик экспериментально-психологического исследования душевнобольных, некоторые из которых вошли в число наиболее употребляемых в советской патопсихологии.

Видную роль в определении направления отечественной экспериментальной психологии сыграл ученик Бехтерева А.Ф.Лазурский, организатор собственной психологической школы. Л.С.Выготский писал, что Лазурский относится к тем исследователям, которые были на пути превращения психологии эмпирической в научную. А.Ф.Лазурский был новатором в экспериментальной-методической области: он раздвинул границы эксперимента в психологии, применяя его в обычных условиях повседневной жизни, и сделал предметом экспериментального исследования конкретные формы деятельности и сложные проявления личности. Естественный эксперимент, разработанный А.Ф.Лазурским, вначале для педагогической психологии, был внедрён в клинику. В клинике «естественный эксперимент» применялся в ходе организации досуга больных, их занятий и развлечений – со специальной целью давались счётные задачи, ребусы, загадки, задания по восполнению пропущенных букв и слогов в тексте.

Вторым центром, в котором развивалась клиническая психология, была психиатрическая клиника С.С.Корсакова в Москве. В этой клинике была организована с 1886 г. вторая в России психологическая лаборатория, которой заведовал А.А.Токарский. Как и все представители прогрессивных направлений в психиатрии, С.С.Корсаков придерживался того мнения, что знание основ психологической науки даёт возможность правильного понимания распада психической деятельности душевнобольного человека. Не случайно он начинал чтение курса психиатрии с изложения основ психологии.

Большую роль в становлении патопсихологии как определённой области знаний сыграли идеи о предметной деятельности выдающегося советского психолога Л.С.Выготского, которые были в дальнейшем развиты в общей психологии его учениками и сотрудниками А.Н.Леонтьевым, А,Р,Лурия, П.Я.Гальпериным, Л,И.Божович, А.В.Запорожцем и др.

Выготский высказал положения, что 1) мозг человека располагает иными принципами организации функций, нежели мозг животного; 2) развитие высших психических функций не предопределено одной лишь морфологической структурой мозга; психические процессы не возникают в результате одного лишь созревания мозговых структур, они формируются прижизненно в результате обучения, воспитания, общения и присвоения опыта человечества; 3) поражение одних и тех же зон коры имеет разное значение на разных этапах психического развития. Эти положения во многом определили путь патопсихологических и нейропсихологических исследований.

Изменяя психическую деятельность человека, болезнь приводит к различным формам патологии личностных особенностей. В психиатрической литературе имеются исключительные по яркости и правдивости описания нарушения личности, характерные для различных заболеваний и состояний. Однако анализ этих нарушений проводится в основном в терминах житейской либо устаревшей эмпирической психологии. Поэтому исследование личностных сдвигов в понятиях современной материалистической психологии является в настоящее время одной из наиболее перспективных задач. Эти исследования нужны не только психиатрической практике, они полезны и для разрешения теоретических вопросов психологии личности.

В настоящее время широко проводятся исследования изменений иерархического построения мотивов, их смыслообразующей функции; исследуется так называемая внутренняя картина болезни при разных психических заболеваниях. Используя теорию установки Д.Н.Узнадзе, ряд психологов и психиатров Грузии изучают нарушения установки при различных формах психических заболеваний. Все эти исследования позволяют подойти к изучению поставленного в своё время Л,С,Выготским вопроса о соотношении развития и распада психики, вопроса, имеющего методологическое значение.

Участие психологов становится сейчас не только необходимым, но часто ведущим фактором как в восстановительной работе, так и в области профилактики психических заболеваний.

1 Неврозы, их формы и течение

Неврозы – обратимые пограничные психические нарушения, осознаваемые больными, обусловленные воздействием психотравмирующих факторов и протекающие с эмоциональными и соматовегетативными расстройствами.

Основной причиной невроза является психическая травма, однако имеют значение и пеморбидные особенности личности. Чем больше предрасположенность к развитию невроза, тем меньше имеет значение психическая травма. Понятие «преморбитная личностная предрасположенность к неврозам» включает унаследованные от родителей такие черты характера, как эмоциональная неустойчивость, тревожность, ранимость; особенности формирования личности и уровень её зрелости; различные астенизирующие факторы, предшествующие возникновению невроза (например, соматические болезни, переутомление, недосыпание).

Большое значение имеют особенности формирования личности. Так, отмечено, что психические травмы, перенесённые в детском возрасте, способствуют появлению невроза у взрослых. При этом играет роль и возраст, в котором ребёнок оказался в психотравмирующей ситуации, так как черты, свойственные этому периоду могут сохраниться у взрослого. Например, у взрослого человека в возрасте 7 – 11 лет потерявшего родителей, перенесшего длительную разлуку с ними или переболевшего тяжёлым соматическим заболеванием с длительным пребыванием в больнице, могут отмечаться такие личностные особенности, как чрезмерная непосредственность в общении, эмоциональная лабильность, то есть черты, свойственные детям 7 – 11 лет. Наличие их у взрослого человека создаёт трудности в общении с окружающими и ведёт к нарушению адаптации.

В возрасте 11 – 14 лет формируется интеллектуальная деятельность. С этого периода подросток может самостоятельно строить сложные умозаключения, планировать поступки. Обычно становление интеллектуальной деятельности сопряжено с усложнением эмоциональной сферы. При психотравмирующих ситуациях живость, активность, заинтересованность в происходящем, наблюдающиеся в норме, подавляются неприятными переживаниями. Развивающаяся интеллектуальная деятельность может приобретать отвлечённый характер. Подросток, переживший психическую травму, становится как бы более взрослым. Он начинает много читать, рассуждать о сложных проблемах в ущерб контактам со сверстниками и интересам, свойственным детям его возраста. При этом расстройства психики отсутствуют, но гармоничность процесса формирования личности нарушается.

Большую роль в неправильном формировании личности играют дефекты воспитания. Родители, чрезмерно опекающие ребёнка, подавляют его активность, навязывают ему собственные интересы, решают за него все проблемы, часто предъявляют повышенные требования к школьным успехам, унижают его. В таких условиях формируются такие черты характера, как робость, нерешительность, неуверенность в своих силах, появляются затруднения в общении со сверстниками. Эти черты, сохранившиеся у взрослых, могут предрасполагать к неврозам. Когда же ребёнок становится кумиром семьи, не знает никаких запретов, любым его поступком восторгаются, все желания немедленно удовлетворяются, у него не формируется целеустремлённость, способность преодолевать трудности, сдержанность и другие качества, необходимые в общении с окружающими.

Принято различать три основные клинические формы неврозов: неврастению, истерический невроз, невроз навязчивых состояний. В 70-80-е годы отечественные психиатры стали выделять также невротическую депрессию (депрессивный невроз). В Международной классификации болезней представлено большее число неврозов. Например, невротические фобии, невроз страха (тревоги), ипохондрический невроз. Клиническая практика и длительные катамнестические наблюдения свидетельствуют о том, что эти формы могут оцениваться как этапы в динамики основных форм неврозов.

1.1 Неврастения

Неврастения, сопровождаясь физическим истощением, характеризуется расстройством функций вегетативной нервной системы, повышенной раздражительностью, утомляемостью, слезливостью, подавленным настроением (депрессия).

В начальный период заболевания возникают вялость, пассивность или двигательное беспокойство с суетливостью, отвлекаемостью и истощаемостью внимания, усиливается утомляемость к концу дня или недели. Появляются необоснованные страхи, недовольство, подавленность настроения, непереносимость резких или громких звуков, запахов, температурных колебаний и других раздражителей. Жалобы на головную боль, неприятные ощущения в различных участках тела. Характерны также расстройства сна в виде трудности засыпания, стойкой бессонницы, сновидений с ночными страхами. Иногда у больных неврастенией отмечают нарушение аппетита, тошноту, необъяснимые расстройства стула, нейродермиты, энурез, тик, заикание, обморочные состояния. Основными симптомами неврастении является раздражительная слабость и повышенная истощаемость, в связи с преобладанием первой или второй выделяют:

а) гиперстеническую форму неврастении, основой которой является ослабление внутреннего торможения, что проявляется в раздражительности, эксплозивных реакциях, несдержанности, импульсивности;

б) гипостеническую, в основе которой лежит истощение раздражительного процесса с явлениями запредельного охранительного торможения. В клинике преобладают чувство усталости, слабости, сонливости, некоторая психомоторная заторможенность. Эти формы могут быть разными стадиями.

Течение обычно благоприятное. Хроническая психотравмирующая ситуация может быть причиной затяжных форм неврастении, приводящих к невротическому астеническому формированию личности.

1.2 Невроз навязчивых состояний

Невроз навязчивых состояний характеризуется появлением после тяжёлой психотравмы различных по содержанию навязчивостей, фобий, повышенной тревоги, угнетённого настроения, различных вегетативных расстройств.

Невроз навязчивых состояний встречается реже, чем неврастения, чаще возникает у людей с тревожно-мнительными чертами характера, особенно при ослаблении организма соматическими и инфекционными заболеваниями. Доминирующими в картине невроза навязчивых состояний являются разнообразные навязчивые расстройства. В зависимости от характера преобладающих навязчивых расстройств несколько условно различают три разновидности невроза: обсессивный – характеризующийся навязчивыми мыслями, идеями, представлениями; компульсивный – навязчивыми влечениями и действиями; фобический – навязчивыми страхами.

В детском возрасте выделяют невроз навязчивых движений, невроз навязчивых мыслей и страхов, невроз навязчивых состояний смешанного типа.

Невроз навязчивых движений чаще встречается в возрасте 3-7 лет, реже – 7-12 лет и выражается в тикоидных гиперкинезах или движениях (учащённое мигание, повторяющиеся гримасы, облизывание или кусание губ, движение головой, подёргивание плечами, хмыкающие или хрукающие звуки, подпрыгивание, шаркание или периодические остановки при ходьбе). Навязчивые движения являются «очистительным актом», освобождающим ребёнка в возрасте сознательного» детства от неприятного чувства внутреннего напряжения, тревоги, страха, в основе которых лежат конфликтные невротические переживания. При затяжном течении навязчивые движения становятся привычными, теряют защитный смысл и исчезает эмоциональное отношение к ним. Навязчивые движения нередко сочетаются с повышенной истощаемостью, утомляемостью, раздражительностью, эмоциональной лабильностью, двигательной расторможенностью, нарушением сна, аппетита. С возрастом отмечается тенденция к постепенному исчезновению привычных действий. Примерно 2/3 больных к юношескому возрасту оказываются практически здоровыми.

Невроз навязчивых мыслей и страхов может проявляться страхом болезни и смерти, острых предметов, высоты, закрытых помещений, заражения, загрязнения, «упустить» мочу или кал в обществе, устного ответа в школе и т.п. Для временного уменьшения интенсивности страхов больные совершают навязчивые защитные (ритуальные) действия, прямо или символически связанные с содержанием страхов (навязчивое мытьё рук, отряхивание их, отплёвывание, повторение совершаемых действий определённое число раз, обведение, подчёркивание букв при письме и т.п.). К этому неврозу относят также невроз ожидания, проявляющийся тревожным ожиданием неудачи при выполнении привычных действий и физиологических функций – речи, чтения, ходьбы, глотания, мочеиспускания – и затруднениями при необходимости совершить их. При длительном течении происходят стойкое снижение настроения и переход в невротическое развитие личности обсессивно-фобического типа. Полное выздоровление к юношескому возрасту отмечается у половины больных.

Невроз навязчивых состояний смешанного типа проявляется чаще у детей в возрасте 10-13, реже – 7-9 лет сочетанием идеаторных навязчивостей (представления, счёт, воспоминания, мысли и др.) с аффективными и двигательными. Отмечаются страхи типа опасений, пугающих представлений, воспоминаний, тревожных сомнений; защитные действия символического характера или сложного многоступенчатого построения (длящиеся часами ритуалы одевания, раздевания, отхода ко сну и т.д.), реже идеаторные ритуалы типа «загадывания» и «заклинания». Так же, как и при других формах невроза навязчивых состояний, встречаются депрессивные и ипохондрические синдромы, признаки вегетососудистой неустойчивости. В большинстве случаев невроз переходит в невротическое (обсессивное) развитие личности с чертами нерешительности, неуверенности и педантизма, тревожности, склонности к застреванию на неприятных переживаниях, тормозящих привычную деятельность больных.

Больные не могут освободиться от навязчивых переживаний усилием воли, хотя у них сохраняется чёткое критическое отношение к навязчивым переживаниям, сознание их нелепости и болезненности. Состояния, объединяемые в невроз навязчивости, по сравнению с другими разновидностями неврозов, склонны к затяжному течению. Оно может проявляться рецидивами, чередующимися с периодами полного выздоровления, или протекать непрерывно с периодическими ослаблениями и обострениями болезненной симптоматики. Иногда проявление невроза может ограничиться однократным приступом.

1.3 Истерический невроз

Истерический невроз значительно чаще встречается в молодом возрасте, причём чаще у женщин, чем у мужчин, и легче возникает у психопатических личностей истероидного круга. Многообразие и изменчивость истерических расстройств в определённой степени объясняются характерными для этих больных основными истерическими чертами – большой внушаемостью и самовнушаемостью.

В клинической картине истерического невроза наблюдаются двигательные, сенсорные и вегетативные нарушения.

Двигательные нарушения проявляются в виде истерических припадков, гиперкинезов, параличей и парезов. С давних времён одним из классических проявлений истерии считается истерический припадок. Последний чаще всего возникает после ссоры, неприятного известия, волнения и т.п., как правило, в присутствии «зрителей» и крайне редко, когда больной бывает один. При истерическом припадке сознание утрачивается не полностью. В отличие от эпилептического при истерическом припадке общего тонического сокращения мышц не наступает, поэтому падение происходит в виде обессиленного постепенного опускания на пол. Затем возникают судороги клонического характера. Во время припадка больной выгибается, опираясь на затылок и пятки (истерическая дуга), стучит ногами, однообразно кричит, выкрикивает отдельные фразы, рвёт на себе волосы. Истерический припадок отличается также хаотичностью, театральностью и размашистостью, «требует» много места. Реакции зрачков на свет, на болевые и обонятельные раздражители сохраняются. Так, если больного облить холодной водой или дать ему понюхать нашатырный спирт, то можно оборвать приступ.

В настоящее время в связи с патоморфозом истерических расстройств развёрнутые истерические припадки встречаются редко. В современных проявлениях они напоминают гипертонический криз, стенокардию, диэнцефальные расстройства, возникающие в связи с психотравмирующей ситуацией.

Примером функциональных гиперкинезов могут служить тики, грубый и ритмичный тремор головы, хореиформные движения и подёргивания, дрожание всего тела, усиливающиеся при фиксации внимания, ослабевающие при спокойной обстановке и исчезающие во сне.

Истерические парезы и параличи в одних случаях напоминают центральные спастические, в других – периферические вялые параличи. Здесь, не смотря на кажущийся полный паралич конечностей, в них возможны непроизвольные автоматические движения. Нередко возникают расстройства походки, известные под названием «астазия-абазия». При этом больные не в состоянии стоять и ходить, в то же время в лежачем положении они могут производить ногами любые движения. В основе истерической афонии – потери голоса – лежит паралич голосовых связок. В отличие от органических при истерических параличах сухожильные рефлексы сохраняются, не изменяется и мышечный тонус.

К сенсорным нарушениям относят психогенно обусловленные нарушения, симулирующие расстройства со стороны того или иного органа чувств: истерическая слепота, глухота, потеря обоняния, вкуса.

Часто встречающиеся расстройства чувствительности в виде анестезии, гипо- и гиперестезии обычно не соответствуют законам иннервации и локализуются по типу «перчаток», «чулок», «куртки» и т.д. Иногда нарушения кожной чувствительности, отличаясь причудливым расположением и конфигурацией, локализуются в области конечностей.

Истерические боли (алгии) могут локализоваться в любой части тела: головные боли в виде обруча, стягивающие лоб и виски, вбитого гвоздя, боли в суставах, конечностях, в области живота и т.д. В литературе имеются многочисленные указания на то, что подобные боли могу стать причиной не только ошибочных диагнозов, но и оперативных вмешательств.

При истерическом неврозе больные, с одной стороны, всегда подчёркивают исключительность своих страданий, говоря об «ужасных», «непереносимых» болях, необыкновенный, неповторимый, неизвестный ранее характер симптомов, с другой – проявляют как бы безразличие к «парализованной конечности», не тяготятся «слепотой» или невозможностью говорить.

Симптомы, связанные с нарушениями вегетативной нервной системы, отличаются большим разнообразием. К ним относятся: истерический комок в горле при волнении, чувство непроходимости пищи по пищеводу, психогенная рвота, сочетающаяся со спазмом пилорического отдела желудка, спазмы в горле, сопровождающиеся одышкой и чувством нехватки воздуха (истерическая астма), сердцебиение и тягостные болевые ощущения в области сердца (истерическая стенокардия) и др. Следует особо заметить, что больные истерическим неврозом легко поддаются самовнушению. В литературе описан случай псевдобеременности, вызванной самовнушением. У больной, пытавшейся таким путём добиться смягчения судебного приговора, наблюдалось увеличение живота (истерический метеоризм) и грудных желез.

2 Терапия и прогноз

Лечение больных неврозами должно быть комплексным, включать наряду с психотерапией медикаментозное лечение психофармакологическими и общеукрепляющими средствами (витамины, ноотропные препараты, рациональная диета, прогулки, физические упражнения, массаж и др.), назначение психотропных средств. Большое значение имеют социальные мероприятия, направленные на устранение психотравмирующих факторов и нормализацию психологического климата вокруг больного. Для достижения этого целесообразно лечение проводить в стационарных условиях. Психотерапевтическое воздействие применяется дифференцированно, с учётом особенностей проявления невроза. Оно включает в себя как индивидуальные беседы, внушения в состоянии бодрствования и гипноза, так и групповую и семейную психотерапию. Если на высоте острого невротического состояния психотерапия призвана способствовать успокоению, уменьшению внутренней напряжённости и тревоги, то на последующих этапах её следует направить на перестройку нарушенных межличностных отношений.

Прогноз в отношении жизни благоприятный. Для восстановления работоспособности и социальной адаптации требуется длительное время, но при правильной организации комплексного лечения может наступить полное выздоровление.

Заключение

Итак, основной причиной возникновения неврозов является психическая травма. Здесь в отличие от реактивных состояний невротические реакции возникают при длительно действующих психотравмирующих факторах, приводящих к постоянному эмоциональному напряжению. Возникновение невроза нередко обусловлено не прямой и непосредственной реакцией личности на неблагоприятную ситуацию, а длительной переаботкой ею сложившейся ситуации и неспособностью адаптироваться к новым условиям. Другими словами, для развития невроза, кроме психической травмы, необходимо наличие своеобразной структуры личности. Чем больше предрасположенность, тем меньшая психическая травма достаточна для развития невроза. По И.П.Павлову в патогенезе неврозов важная роль принадлежит воздействию на центральную нервную систему чрезмерных по силе или длительности внешних факторов, вызывающих срыв высшей нервной деятельности. При развитии невроза отмечается определённая последовательность появления симптомов. Так, на первых этапах ведущими являются вегетативные нарушения, в дальнейшем присоединяются сенсомоторные (соматические), эмоциональные и идеаторные. Эти расстройства при разных неврозах имеют свои особенности. Например, идеаторные расстройства при неврастении выражаются в невозможности сосредоточиться, повышенной отвлекаемости, истощаемости интеллектуальной деятельности, невозможности усваивать необходимый материал. При истерическом неврозе – в эмоциональной логике, когда в основе поступков, оценок и выводов лежит эмоциональная оценка окружающего, а не адекватный анализ событий. При неврозе навязчивых состояний – в усложнении навязчивостей, присоединении к фобиям «умственной жвачки», навязчивых сомнений. Значительная выраженность идеаторных нарушений свидетельствует о затяжном характере невроза и переходе их в невротическое развитие личности.

Список использованных источников

1 Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. – М., 1997

2 Хьел Л., Зиглер Д. Теории личности. – Питер, 2005

3 Гулямов М.Г. Психиатрия. – Душанбе, 1993

4 Детская психоневрология / Под ред. проф. Л.А.Булаховой. Киев, 2001

5 Ясперс К. Общая психоатология. – М., 1997