

УДК: 616.891.4

ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ, ДИНАМІКА ТА ВИХІД НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ (огляд літератури)

Гнатюк Р.М.

*Тернопільська державна медична академія ім. І.Я.Горбачевського, м. Тернопіль***Ключові слова:** невротичні розлади, неврози, причини виникнення, динаміка, вихід

В останні роки спостерігається стійка тенденція до зростання невротичних розладів, які є найбільш розповсюдженими психічними захворюваннями. За даними різних дослідників невротичні порушення зустрічаються від 2,0 до 88,5 на 1000 населення [12], причому жінки хворіють вдвічі частіше, ніж чоловіки [32]. Невпинне збільшення невротичних станів зумовлено впливом нових соціально-економічних та конституційно-біологічних чинників [10, 16, 28, 48, 52]. Так, за даними ВООЗ, кількість невротичних розладів за останні 65 років зросла в 24 рази, а кількість психічних захворювань - лише в 1,6 рази [9]. На Україні збільшення кількості неврозів обумовлено неблагоприємними екологічними умовами, змінами виробничих відносин, соціально-психологічних стереотипів і цінностей в умовах ринкових перетворень [22, 29, 42]. Тобто дана патологія тісно пов'язана зі стійкою соціально-обумовленою психогенно-травмуючою ситуацією. На думку Ю.А. Александровського [4] сама дійсність стала природною експериментальною моделлю даної не описаної раніше клінічної групи порушень психічного здоров'я, яку він назвав соціально-стресовими розладами.

Невротичні розлади приводять до значних трудових [49] та економічних втрат [16, 24, 48, 53]. Висока поширеність цього захворювання серед людей працездатного віку, довготривала втрата працездатності, інвалідизація хворих на неврози, зв'язок даної патології із соціально-політичними, економічними змінами свідчать, що це не тільки медична, а й важлива соціальна проблема. Неврози, незважаючи на їхню зворотність [16, 40, 45], нерідко приймають затяжний характер [2, 35, 45], і, навіть, при успішному лікуванні можуть давати рецидиви [23, 39]. Відомо, що лише 25 % хворих на дану патологію лікують психіатри, в переважній більшості випадків їх обслуговують лікарі загальної медичної мережі [12, 16, 36]. Це пов'язано зі страхом контакту з психіатричною лікарнею та з істотними видозмінами клінічної картини невротичних порушень, стійкою їх тенденцією до соматизації хворобливих проявів [12, 19, 48].

Більшість вчених визнають психогенну природу невротичних розладів. В.Н. Мясищев [31] зауважує, що невроз – це хвороба особистості, яка виникає тоді, коли психотравма підходить

індивідууму “як ключ до замка”. Психотравма – значима для людини негативна (патогенна) ситуація або інформація, що вступає в протиріччя з особистістю, приводить до нерозв'язуваного для даного індивідууму внутріособистісного чи міжособистісного конфлікту і внаслідок непродуктивного або нерационального його вирішення – до розвитку нервово-психічного захворювання [16]. Патогенними можуть бути ситуації, які принижують гідність особистості, викликають афект страху, являють загрозу життю людини; втрата морального престижу; повідомлення про смерть рідних і т.п. [6, 38].

Постійна емоційна напруга приводить до перевантаження адаптивних механізмів і сомато-вегетативної сфери [3]. Поведінка людини визначається вже не стільки реальною ситуацією, як функціонуванням системи психологічного захисту. При цьому з'являються невротичні реакції, які можуть ставати все більш вираженими чи аномальними. Після психотравми може виникнути зрив системи психологічного захисту, адаптивних та сомато-вегетативних механізмів [7, 23, 33, 40] і розвивається психопатологічна симптоматика, яка стає особливою формою психологічного захисту [15, 37].

Поняття “невроз” можна визначити як наслідок гострої чи хронічної емоційної дії (з дуже високим ступенем особистісної значимості), завжди небажаної, яка порушує можливість реалізації важливих для даної людини потреб і, в зв'язку з цим, викликає виражені негативні емоції, що призводять до появи, поруч з емоційними розладами, вегетативного та ендокринного дисбалансу [32]. З загальнобіологічних позицій невроз розглядають як модель хронічного емоційного стресу. При цьому важливу роль відіграють психосоціальні стресори, які здатні викликати значні порушення гомеостазу [8, 30].

В 20-50 роках нашого сторіччя клінічно та експериментально було встановлено, що подразнення або руйнування структур лімбіко-ретикулярного комплексу (ЛРК) супроводжується різними емоціональними реакціями та супутніми вегетативними, ендокринними і поведінковими змінами [32]. На стан ЛРК впливають чисельні фактори: конституційні особливості, фізіологічні гормональні стани (пубертатний період, вагітність, клімакс), перенесені та існуючі хвороби, травми,

гіпоксія, алергія, інтоксикація і т.п. У випадках вродженого та набутого порушення функцій структур ЛРК можливе формування індивідуальних особливостей, які сприяють загостреному реагуванню на емоційні дії. В зв'язку з перерахованим, виникає підвищена схильність до розвитку невроту [7, 32].

Сучасні дослідники при експериментальному вивченні невротів підтвердили, що в їх патогенезі важливе значення мають розлади вищих форм пристосовної діяльності психоемоційної та психофізіологічної адаптації, порушення адаптивних механізмів, які локалізовані у лімбічній системі головного мозку і зумовлюють функціональний стан симпатичної, парасимпатичної та нейро-ендокрино-гормональної систем [26, 43]. При цьому було доведено, що основним проявом невротичного процесу на всіх етапах його зародження, формування й розвитку є порушення емоційного відреагування [47, 50].

Як показують чисельні дослідження базою невротичного конфлікту виступає особистість людини [11]. Вчені, що займаються цією проблемою виділили декілька принципових параметрів преневротичної особистості. Зокрема, В.Н.Мясищев бачив початки невротів у порушенні системи відношень особистості, яка формує суб'єктивно підвищені значимі цінності [11, 17, 31]. Існує також думка [48], що в основі невроту лежить, не порушення, а неадекватність системи відношень, обумовлена розвитком індивідуума, який хворіє на невроз. Ситуація ж відіграє роль пускового механізму, який актуалізує існуючу неадекватність системи відношень.

Таким чином, при однаковій психотравмі невротизація частіше виникає у осіб, які мають певні індивідуальні особливості: гіперсенситивність, нестійкість та непостійність настрою, вразливість, схильність до депресій, істеричних реакцій, що важко адаптуються до соціальних змін. Необхідно також пам'ятати, що особливості індивідуума формуються під впливом спадково-конституційних рис та факторів довкілля. Значну роль у виникненні невротичних станів відіграють психотравми, що з'являються в дитинстві [9, 54]. Істотно сприяють розвитку невротів такі чинники, як особливості фізичного стану організму в період дії на нього емоційного стресу (хронічна перевтома, голодування, довготривала депривація сну, соматичні хвороби, ендокринні розлади, екзогенні інтоксикації).

А.М.Вейн [9] вважає, що невроз це психогенне захворювання, яке виникає на фоні конкретних особливостей індивідуума і приводить до формування психічного конфлікту та розвитку зворотних порушень в емоційній, соматичній та вегетативній сферах. Критеріями діагностики невротів повинні бути: 1) наявність психотравмуючої ситуації; 2) наявність відповідних особливостей структури особи; 3)

наявність психічного конфлікту; 4) певні клінічні прояви хвороби [3].

В генезі невротів необхідно також враховувати фактор психічного захисту та безсвідомого психічного життя особи. Згідно психоаналітичної теорії Зігмунда Фрейда, в ранньому дитинстві у людини з'являються потяги сексуального характеру. В процесі виховання дитина дізнається про заборону цих потягів і вони пригнічуються та витісняються у "безсвідоме". Сили, які ведуть до пригнічення заборонених бажань, даний автор позначив терміном "цензура", а сам процес пригнічення "витісненням". Потяги, які витісняються в "безсвідоме", отримали назву комплексів. Якщо послідовно переживання посилять ці комплекси, тоді може виникнути невроз [38, 47]. Отже, з психоаналітичних позицій захисні механізми особи зводяться до витіснення психічного конфлікту в безсвідому сферу. Д.Н.Узнадзе [44] при психологічних дослідженнях виявив роль системи установок, які є на безсвідомому рівні, і показав, що наявність рухомих, швидко пристосовуваних до мінливих умов установок є фактором, що протидіє виникненню невротів.

Сьогодні невирішеною є систематика невротичних розладів. Це підтверджується мінливістю в міжнародних статистичній класифікації хвороб, травм та причин смерті. Так, в МКХ-9 були виділені наступні форми невротів: страху, істеричний, невротичні фобії, obsесивно-компульсивний, неврастенія, деперсоналізаційний синдром, іпохондричний, інші невротизації, не уточнені невротизації. А.М.Вейн [9] вказує, що у вітчизняній літературі традиційно існують три класичні форми невротів: неврастенія, невроз настирливих станів, істеричний невроз. А.С.Нікіфоров [42] називає такі варіанти даної патології: 1) реактивний невроз, який зазвичай є реакцією на гострий емоціональний стрес; 2) невротичний стан або власне невроз (тривалість його від 2 місяців до 1 року); 3) невротичний розвиток особи, що проявляється в основному при хронічній дії психотравмуючого чинника на людину, яка не може до нього адаптуватися. Згідно міжнародної статистичної класифікації хвороб 10 перегляду (МКХ-10) невротизації входять до розділу "Невротичні, пов'язані зі стресом, і соматоформні розлади". Сюди включені розлади, які можна розглядати як невротичні: а) тривожно-фобічні (агарофобія, соціальні фобії, інші тривожно-фобічні розлади); б) інші тривожні (панічний розлад, тривожний невроз і ін.); в) obsесивно-компульсивні (obsесивно-компульсивний невроз); г) дисоціативні (конверсійні), які включають істерію, конверсійну істерію [24]. МКХ-10 відображає практику діагностики психічних захворювань в різних країнах і має сприяти більшому взаєморозумінню між лікарями цих країн [38].

В останні роки психіатрами все частіше піднімаються питання патоморфозу невротів [1, 34, 40, 48, 52]. Літературні дані [4, 14, 16, 20, 49] свідчать про те, що зараз посилюється тенденція до соматизації невротичних проявів із виникненням складних вегетативно-вісцеральних розладів та затяжним перебігом захворювання. При цьому часто не виявляються ведучі симптоми і синдроми того чи іншого невроту, а з'являється розлита симптоматика, поєднання симптомів у різних несподіваних комбінаціях, конверсія синдромів та синдромогенез.

Сучасними вченими також обговорюються різні аспекти, які сприяють формуванню резистентності невротичних розладів, зокрема, важкість в діагностиці, із-за стирання границь між основними формами невротів, збільшення в їх клінічній картині соматичних проявів, а також зростання кількості невротів, що виникають на фоні неврологічного дефіциту чи соматичної обтяженості [21, 27, 28, 36, 48]. Увага звертається на обтяження невротичних проявів, на зміну реактивності до медикаментозних засобів, збільшення в клініці проявів важкокурабельних психопатологічних синдромів.

Хоча невротам і присвячені чисельні наукові праці, проте є дуже мало матеріалу, де б описувався вихід в залежності від типу перебігу, ведучого синдрому, психопатологічних феноменів в клініці даної патології. В літературі приводяться такі приклади виходів невротичних станів: 1) виздоровлення, 2) резидуальні невротичні порушення, 3) клінічно оформлені і стабільні невротичні стани, 4) невротичний розвиток особистості, 5) поглинання невротичної симптоматики прогресуючими психічними розладами церебрально-органічного, соматичного і пізньовікового генезу [41].

Виздоровлення та невротичний розвиток особистості – загальноприйняті виходи невротів з очевидним клінічним змістом. Резидуальні невротичні порушення [19, 48] виражаються в рудиментарних, розрізненних симптомах перенесеного невроту [5], які не піддаються синдромологічній оцінці. K.Ernst et al. [65] розглядають резидуальні невротичні стани як зміни особистості з «редукцією енергетичного потенціалу», збідненням міжлюдських відносин і духовних інтересів. Катамнестичними дослідженнями підтверджено, що формування таких станів часто пов'язане з затяжним чи рецидивуючим перебігом невротичних розладів [13, 19]. Особливим виходом невротів є клінічно оформлені та стабільні невротичні стани, що зберігаються роками і не виявляють при цьому ні прогресу, ні регресу. Інший вихід невротів – це заміщення їх проявів більш масивною симптоматикою прогресуючої психічної патології церебрально-органічного, соматичного чи пізньовікового генезу.

Згідно думки І.І.Сергєєва [41] до затяжних правомірно віднести невротизми, що тривають рік і більше, оскільки приступоподібні невротичні порушення можуть мати зворотній розвиток протягом 6-12 місяців. Невротичні розлади, які не редукувались протягом першого року, у багатьох хворих набувають багаторічного хронічного перебігу. Невротизми з неблагоприємним затяжним перебігом зазвичай розвиваються у людей з певною особистісною диспозицією в преморбіді [35]. В більшості випадків (68 %) в анамнезі таких хворих можна виявити наявність явної чи скритої акцентуації характеру [25]. Спостерігається спадкова обтяженість якими-небудь психічними (алкоголізм, невротизми, психопатії, психози та ін.) або соматичними (бронхіальна астма, гіпертонічна та виразкова хвороби, ендокринопатії) захворюваннями [35]. Вважають, що для хворих із затяжними невротизмами характерна втрата зв'язку з психотравмою, усвідомлення хворобливості стану, синдромологічне посилення, а в подальшому – наростання дезадаптації, формування невротичного розвитку особистості [42].

При затяжному перебігу невротів із загостреннями, але без тенденції до прогресування їх проявів, частота загострень може посилитися в зв'язку з погіршенням психотравмуючої ситуації або додатковими біологічними шкідливостями. Невротизми зі стаціонарною динамікою властиві одноманітність, стабільність, бідність симптоматики, яка тривалий час зберігається в, майже, незміненому вигляді. Затяжний перебіг невротів із загостреннями та з тенденцією до прогресування характеризується як посиленням та ускладненням розладів, так і становленням невротичного розвитку особистості.

На даний час описано цілий рід клінічних ознак невротичного розвитку особистості: поступове поглиблення і ускладнення симптоматики невроту, ослаблення психологічно зрозумілих зв'язків психогенних порушень з травмуючою ситуацією, виникнення стійких розладів настрою і психохарактерологічних зсувів [45]. На думку І.І.Сергєєва [41] перераховані показники, за виключенням психохарактерологічних змін, не є безумовним доказом наявності невротичного розвитку особистості. Дані ознаки нерідко виявляються ще на 1-2-му році існування недуги і вказують лише на тенденцію до затяжного прогресуючого перебігу невроту та на ризик його переходу в невротичний розвиток особистості.

Нерідко, дуже рано проявляються і аномальні форми поведінки, які лише з часом закріплюються та переростають в патохарактерологічні зміни. Отже, тенденція до прогресування невротичних розладів може проявитися, навіть, на ранньому етапі “реакцій”, а невротичний розвиток особистості є наслідком вищезазначеної тенденції і ознакою неблагоприємного виходу невроту [41].

Б.Д.Карвасарський [16] та Г.К.Ушаков [45] зауважують, що при затяжному перебігу неврастенії з'являється ряд особливостей, характерних вже для невротичного розвитку (тривалість хвороби більше 5-7 років; недостатня ефективність терапевтичних міроприємств, навіть, при вирішенні психотравмуючої ситуації; перехід від мононевротичної симптоматики до поліморфних невротичних розладів на фоні стійких депресивних порушень; поява нових, не характерних раніше, для пацієнта рис характеру; схильність до афективних реакцій; певний "відрив" хворобливих переживань від психогенії).

При затяжному неблагоприємному перебігу неврозів настирливих станів поступово ускладнюється клінічна картини хвороби, яка змінюється невротичним розвитком особистості. В цих випадках відмічається посилення тривожності, підозріливості і нерішучості. З'являються фобії, далі приєднуються настирливі контрастні бажання і потяги, настирливі побоювання і сумніви типу "розумової жвачки" [45]. При тривалому

збереженні патогенної конфліктної ситуації, яка обумовлює істеричний невроз, можливий перехід його в істеричний розвиток особистості. Найбільш частими його проявами відмічають затяжні невротичні стани з істеричною іпохондрією [16].

Висновок. Отже, бачимо, що проблемі неврозів присвячені наукові роботи чисельних авторів [3, 7, 9, 16, 21, 38, 45, 48 та ін.], в яких вивчалися різні аспекти захворювання. Невротичні стани останніх років значно змінилися: відбувся їх патоморфоз, з'явилися нові чинники, що зумовлюють виникнення даної патології. Вихід неврозів передбачає збільшення тривалості захворювання, за рахунок зміни особистісного компоненту, появу резистентності до лікування, поступовий перехід в невротичний розвиток особистості. Стійке збільшення кількості неспсихотичних станів вказує на те, що і на сьогодні існує ціла низка невивчених та суперечливих питань, які стосуються невротичних розладів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абабоков В.А. Патоморфоз неврозів. - С.-Петербург: Питер, 1993. – 339 с.
2. Абрамов А.В. Приоритетні напрямки виробничої реабілітації психічно хворих на Україні // Тез. доп. Пленуму Правління науково-медичного товариства. - Чернівці - Харків, 1993. – 75 с.
3. Айрапетянц М.Г., Вейн А.М. Неврозы в эксперименте и клинике. - М.: Медицина, 1982. - 272 с.
4. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. - 1992. - №2. - С. 5-11.
5. Асатиани Н.М., Матвеева Е.С., Соколова Т.Н. Резидуальные состояния в клинике неврозів // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 1984. – Вип. 11. - С.1675-1679.
6. Боро М.П. Механизмы развития невротических расстройств у детей // Український вісник психоневрології. - 1998. - Т.6, вип.3 (18) – С. 102-104.
7. Вальдман А.В., Александровский Ю.А. Психотерапевтическая реабилитация невротических расстройств. - М.: Медицина, 1987. – 288 с.
8. Вальдман А.В., Козловская М.М., Медведев О.С. Фармакологическая регуляция стресса. - М.: Медицина, 1979. – 136 с.
9. Вейн А.М. Неврозы // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 1998. - №11. - С.38-41.
10. Волошин П.В., Воробьева Т.М., Сухоруков В.И. Роль биологических и социально-психологических факторов в происхождении истерического невроза // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 1990. - №5. - С.59-64.
11. Говоруха О.Ф. Исследование иерархии ценностно-смысловой сферы у больных неврозами // Український вісник психоневрології. - 1998. - Т.6, вип.3 (18) – С. 28-29.
12. Гнатишин М.С. Індивідуальні критерії оцінки нервово-психічного перевантаження у жіночого населення та його профілактика // Вісник Вінницького державного медичного університету. – 1997. - № 2. – С. 84-85.
13. Жуков В.Ф. Клиника отдаленных этапов невроза навязчивых состояний с затяжным течением. Автореф. дис. канд. мед. наук. - М., 1981.
14. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков. - Л.: Наука. 1988. - 230 с.
15. Зачепиский Р.А. Социальные и биологические аспекты психологической защиты // Труды научно-исследовательского института им. В.М. Бехтерева. "Социально-психологические исследования в психоневрологии". - Том 93. - Л.: Наука, 1980. - С. 22-27.
16. Карвасарский Б.Д. Неврозы. – М.: Медицина, 1990. – 576 с.
17. Капустин С.А. // Весник МГУ. – Сер. 14 "Психология". – 1993. - № 1.
18. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – Киев: Факт, 1999. – 272 с.
19. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М., 1989. – 320 с.
20. Коркина М.В., Цивильов М.А., Мориллов В.В. Булимические расстройства при нервной анорексии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 1991. – Т.91, №5. - С.43-47.
21. Лакосина Н.Д., Костюнина З.Г., Панкова О.Ф. Патоморфоз и динамика невротических состояний // Тезы докл. VIII Всесоюзного съезда невропатологов, психиатров и наркологов. – М., 1988. - Т.3. - С. 201-201.
22. Лапин И.П., Анналова Н.А. Соматические заболевания и психические расстройства // Харьков. мед. журн. – 1996. - №3. – С.9-12.
23. Литвак М.Е. Если хочешь быть счастливым. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1995. - 640 с.

24. Липгарт Н.К. Дифференциальная диагностика неврозов и невротоподобных состояний органического генеза. Метод. рекомендации. - Харьков, 1983. - 22с.
25. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. - Л.: Медицина, 1985. - С. 416.
26. Марута Н.А. Особенности эмоциональных нарушений у больных неврозами // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 1992. - Т.92, №9-12. - С. 81-93.
27. Марута Н.А. Невротическая болезнь // Международный медицинский журнал. - 1997. - Т.3. - №3. - С.16-20.
28. Марута Н.А., Чабан О.С. Современные факторы патоморфоза неврозов // Український вісник психоневрології. - 1996. - Т.4, вип.2 (9). - С. 117-119.
29. Михайлов Б.В., Козідубова В.М., Кутько І.І. Соціальна психіатрія, психіатрія, психотерапія та медична психологія в Україні // Акт.пробл.мед.науки: ювіл.наук.збірник, присвячений 75-річчю заснування Харк. ін-ту удоскон.лікарів. -Харків, 1998. - С.237-244.
30. Мягер В.К. Дизэнцефальные нарушения и неврозы. - Л.: Медицина, 1976. - 120с.
31. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. - Л.: Наука, 1960. - 405 с.
32. Никифоров А.С. Неврозы // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 1998. - №11. - С. 33-37.
33. Петраков Б.Д., Петракова Л.Б. Психическое здоровье мира в XX веке // Медицина и здравоохранение. Сер.: Соц. гигиена и организация здравоохранения. - М., 1984. - Вып.5. - 70 с.
34. Пивень .Н., Голдобина О.А. Клинический патоморфоз неврозов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 1997. - №11. - С.12-15.
35. Подкорытов В.С. Причины и условия развития затяжных неврозов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 1984. - №11. - С.1670-1674.
36. Пшук Н.Г., Сосін І.К. До питання профілактики психосоматичних взаємовідношень в загально медичній практиці // Роль загально практикуючого лікаря у розв'язанні проблем профілактики неінфекційних захворювань: Матеріали наукових праць респ. наук.- практ. конф. - Харків, 1997. - С. 110-111.
37. Ротенберг В.С., Аршавский В.В. Поисковая активность и адаптация. - М.: Наука, 1984. - 192 с.
38. Свядощ А.М. Неврозы. - Санкт-Петербург: Питер Ком, 1998. - 448 с.
39. Семичев С.Б. Предболезненные психические расстройства. - Л.: Медицина, 1987. - 84 с.
40. Семке В.Я. К проблеме систематики пограничных состояний // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова - 1987. - №11. - С. 1673-1684.
41. Сергеев И.И. Динамика и исходы неврозов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова - 1989. - №11. - С. 57-60.
42. Сердюк А.И. Соматопсихиатрические соотношения у больных с непсихотическими расстройствами психики //Международный медицинский журнал. - 1999. - №2. - С.36-39.
43. Судаков К.В. Общая терапия функциональных систем. - М.: Медицина, 1984. - 224 с.
44. Узнадзе Д.Н. Психологические исследования. - М.: Наука, 1966. - 451 с.
45. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства.- М.: Медицина, 1987. - 304 с.
46. Фрейд З. Остроумие и его отношение к бессознательному. - Санкт-Петербург: Университетская книга, 1997. - 320 с.
47. Хананашвили М.М. Патология высшей нервной деятельности (поведения). - М.: Медицина, 1990. - 388 с.
48. Чабан О.С. Патоморфоз неврозов. - Тернополь: Збруч, 1996. - 161 с.
49. Чугунов В.С. Современные подходы к организации комплексного лечения больных неврозами // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова - 1990. - Т. 90, №5. - С. 116-120.
50. Croghan T.W. Effect of antidepressant therapy on health care utilization and costs in primary care // Psychiatr. Serv. - 1997. - V.48, №11. - P.1420-1426.
51. Ernst K., Kind H., Rotach-Fuch M. Ergebnisse der Verlangenvorchung der Neurosen. Berlin, 1968. - 110 s.
52. Grenado O., Martin J.J., Madruga S.B. Comorbidity in Obsessive Compulsive Disorder // X world congress of Psychiatry. - Madrid, 1996. - Vol. 1. - P. 21-22.
53. Linden M. Exposure Treatment for focal fobias. A Riview // Arch. gener. Psychiatr. - 1981. - V.38, №7. - P.769-775.
54. Yablonsky L. Psychodrama. Resolving emotional problems though role-playing. - New-York: Gardner Press. - 1990. - 293 p.

SUMMARY

THE REASONS OF OCCURRENCE, DYNAMICS AND OUTCOMES OF NEUROTIC DISORDERS

R.M.Hnatyuk

Neurotic disorders is important problem of present time. Neurotic disorders have changed fast years. There are many new reasons of occurrence of neurosis: socially-economic reasons, ecological, informational in particular. Has taken place pathomorphosis of diseases today. The outcomes of neurosis includes increase of term of illness both resistance to traditional therapy and change of person into neurotic type.

Key words: neurosis, neurotic disorders, the reasons of occurrence, dynamics, outcome