***Зміст***

Вступ

Розділ 1. Сучасні погляди на проблему реабілітації хворих з неврозами

1.1 Етіологія та патогенез неврозів

1.2 Клініка та симптоматика неврозів

1.3 Методи лікування та діагностики неврозів

Висновки до першого розділу

Розділ 2. Методи і організація досліджень

2.1 Методи досліджень

2.2 Організація досліджень

Розділ 3. Результати власних досліджень

3.1 Клініко-фізіологічне обґрунтування засобів фізичної реабілітації при неврозах

3.2 ЛФК при неврозах

3.3 Лікувальний масаж при неврозах

Висновки до розділу 3

Висновки

Практичні рекомендації

Список використаних джерел

# ***Вступ***

Проблема захворювань нервової системи завжди була дуже гострою. Це пов’язано з соціальними умовами суспільного життя, які постійно змінюються, ускладнюються, і висувають підвищені вимоги до адаптації та соціалізації особистості. Останнім часом все більше утверджується реабілітаційний напрям, стрижнем якого є етапне, відновне комплексне лікування захворювань і ушкоджень, зокрема, й нервової системи. Вона поліпшує якість лікування, запобігає можливим ускладненням при захворюваннях і травмах, прискорює відновлення систем і органів, тренує і загартовує організм, повертає працездатність, зменшує ймовірність інвалідизації.

Немає у людини цінності більшої за здоров’я. Здоров’я людини характеризується на основі об’єктивних даних, анатомічних, фізіологічних, біохімічних та клінічних досліджень. Про здоров’я можна судити і по кількісних показниках. Мова йде про здібності організму пристосовуватись до змін навколишнього середовища. Схильність організму до адаптації тісно пов’язано зі ступенем його тренованості, але при цьому необхідно враховувати спадковість і конституційні особливості, соціальну та інші сфери, мають значення також і вік людини - по мірі старіння послаблюється пристосування організму.

Хвороба розвивається тоді, коли порушені функції органу, фізіологічні системи або всього організму, або ж втрачено їх взаємна погодженість. В результаті хвороби порушується рівновага між організмом і навколишнім середовищем.

Неврози являють собою захворювання, які виникають внаслідок гострого або тривалого перенапруження нервової системи, перевтоми, порушення режиму праці і відпочинку, перенесених психічних травм та інших захворювань.

Найчастіше стресові ситуації є причиною неврозів. За даними всесвітньої організації охорони здоров’я (ВООЗ), на неврози сьогодні хворіє 85% населення земної кулі, однак кількість їх постійно зростає. Невроз - це хвороба адаптації, наслідок зриву пристосувальних механізмів нашого організму після того, як вичерпалися всі резерви протидії стресу. Неврози є зворотними патологічними порушеннями, які пов’язані з функціональними, а не органічними порушеннями в організмі. Для неврозів характерні розлади сну, головний біль, що виникає при розумовому, фізичному і емоційному напруженні, може виникати запаморочення або нудота. Згодом може виникнути прискорення частоти пульсу, або його зниження, короткочасне підвищення або зниження артеріального тиску, підвищення або зниження пітливості.

Актуальність теми. Біологічними передумовами неврозів є зниження біотонусу організму, соматична обтяженість, невропатія, в основі якої Є.І. Кириченко і Л.Т. Журба знаходять функціональну недостатність вегетативної регуляції. У роботах С.В. Лебедєва встановлено статистично достовірний зв’язок невропатії з неврозами. У дітей з уродженою і придбаною фізичною неповноцінністю часто виявляються психогенні реакції і патологічні зміни характеру чи патологічний розвиток особистості. Невротичні реакції можуть також виникати на тлі затримки психічного розвитку і резидуальної церебральної органічної недостатності. Останнім часом зростає інтерес до проблем порушення сну при неврозах у дітей. Існує думка, що ці захворювання завжди супроводжуються розладами сну [11].

Вікові особливості виникнення неврозів вивчали Г.Е. Сухарева і Л.С. Юсевич [28]. Автори вказують на наростання з віком конфліктів внутрішнього порядку, обумовлених розвитком самооцінки, вимогливості до себе і здатності до інтрапсихічної переробки [13]. За В.Н. Мясищевим, сутність неврозу полягає в невідповідності між можливостями, що знаходяться в розпорядженні особистості, і тими обов’язками, що виникають з наявності визначених соціальних відносин. Для його виникнення необхідне сполучення 3 ланок: психічної травми, особливого складу особистості і її невротичного розвитку під впливом травми. Автор вважає центральним у генезі неврозу порушення контактів з оточуючими, а саме захворювання розглядається як більш-менш компенсований зрив особистості при її розвитку і спробах ствердження в деяких позиціях. [22]

Актуальним залишається питання застосування реабілітаційних заходів з використанням традиційних і нетрадиційних засобів реабілітації для пацієнтів з неврозами.

Враховуючи зазначене вище, ми обрали тему "Фізична реабілітація при неврозах".

Мета дослідження полягає в обґрунтуванні програми фізичної реабілітації при неврозах.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати стан дослідження з проблеми фізичної реабілітації при неврозах.

. Визначити етіологію, патогенез та клінічні прояви неврозу.

. Проаналізувати зміст реабілітаційних заходів з використанням традиційних і нетрадиційних засобів і методів фізичної реабілітації при неврозах.

Об’єкт дослідження - фізична реабілітація при неврозах.

Предмет дослідження - засоби і методи фізичної реабілітації при неврозах.

Методи дослідження: аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури.

Практичне значення отриманих результатів полягає у розробці практичних рекомендацій щодо використання засобів і методів фізичної реабілітації при неврозах.

Структура та обсяг роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел. Робота викладена на 40 сторінок тексту, бібліографічний показник вміщує 29 джерел.

фізична реабілітація невроз симптоматика

# ***Розділ 1. Сучасні погляди на проблему реабілітації хворих з неврозами***

# ***1.1 Етіологія та патогенез неврозів***

За останні роки надто зріс темп життя <http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%96%D0%B8%D1%82%D1%82%D1%8F>. Разом з цим збільшилось психоемоційне навантаження на нервову систему <http://uk.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9D%D0%B5%D1%80%D0%B2%D0%BE%D0%B2%D1%83\_%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D1%83&action=edit&redlink=1> людини відповідно до індивідуальних особливостей психіки та типу вищої нервової діяльності <http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%B8%D1%89%D0%B0\_%D0%BD%D0%B5%D1%80%D0%B2%D0%BE%D0%B2%D0%B0\_%D0%B4%D1%96%D1%8F%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C>. Кожна людина <http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D1%8E%D0%B4%D0%B8%D0%BD%D0%B0> намагається встигнути адаптуватись до сучасного технічного прогресу, інформаційного перевантаження, соціальних, політичних, екологічних умов. Під час цієї адаптації виникає стрес, як особливий психо-фізіологічний стан, який забезпечує захист організму від загрозливих та руйнуючих впливів, як психічних, так і фізичних, тобто це неспецифічна реакція організму у відповідь на дуже сильну дію (подразник) ззовні, яка перевищує норму, а також відповідна реакція нервової системи. Виникнення стресу означає, що людина включилась в певну діяльність, спрямовану на протидію небезпечним для неї впливам. При цьому в організмі розвивається функціональний стан, який характеризується комплексом реакцій нервової, гормональної та інших систем організму. Таким чином, стрес - це нормальна реакція <http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B5%D0%B0%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F> здорової людини, захисний механізм біологічної системи. Але здатність до адаптації не безмежна. У тому випадку коли інтенсивність впливу та його тривалість перевищують функціональні можливості протидій організму людини, коли вплив має різко негативний характер виникають різноманітні захворювання та розлади нервової системи [28].

В процесі еволюції при зіткненні організму з труднощами, було доведено, що він виробляє такі основні типи реагування: активний − це боротьба; пасивний − це втеча; компромісний − це терпіння. Незалежно від того, який тип реагування вибере організм, перша реакція буде однотиповою − мобілізація функціональних можливостей для подолання надто високих потреб. Часто при цьому виникають так звані реактивні стани.

Реактивними станами називаються тимчасові оборотні розлади психічної діяльності, що виникають як реакція у відповідь на вплив психічної травми.

Термін "реактивні стани" прийнятий переважно у вітчизняній психіатричній літературі. У західно-європейській і американській літературі аналогічні стани описуються різними авторами під різними назвами: аномальні реакції, психогенні реакції, стрес-реакції і т.п. [2].

Реактивні стани становлять дві основні підгрупи:

) неврози;

) реактивні (або психогенні) психози.

Основною клінічною ознакою другої підгрупи є продуктивна психотична симптоматика, що відсутня при неврозах. Неврози розвиваються найчастіше під впливом тривалого впливу психогенних факторів, у той час як реактивні психози - у результаті гострої, сильної психічної травми. Виходячи з теми нашої роботи, зупинимося на характеристиці неврозів.

Неврози належать до захворювань і травм центральної нервової системи. Це захворювання нервової системи, обумовлені тривалим психічним перенапруженням [17]. Проявляються різноманітними нейропсихічними розладами. Останнім часом неврози стали досить поширеними захворюваннями. Вони частіше виникають в осіб з уродженою або набутою слабістю нервової системи. Неврози можуть розвиватися й на ґрунті перенесених захворювань і травм [11].

За І.П. Павловим, в основі розвитку неврозів лежать зрив вищої нервової діяльності, зумовлений перенапруженням подразнюючого або гальмівного процесів, порушення їхньої рухливості. Головною причиною неврозів є гостра або хронічна психічна травма. Вони можуть виникати також унаслідок травми голови, хронічної інтоксикації, тривалих інфекційних захворювань, патології залоз внутрішньої секреції, неправильного виховання [20, с.441].

Перенапруження подразнюючого процесу виникає внаслідок різних тяжких переживань, складних життєвих ситуацій, як результат мікросоціальних конфліктів, постійного відчуття страху та небезпеки, безвихідних, на думку пацієнтів, життєвих обставин. Перенапруження гальмівного процесу спричиняє необхідність постійно і тривалий час стримуватись, не виявляти своїх думок, почуттів, бажань.

Отже, як фактор ризику неврозів варто назвати:

− фізичне перенапруження;

− соматичні хвороби;

− травми;

− неблагополуччя в родині;

− професійну незадоволеність;

− зловживання алкоголем;

− безконтрольне вживання снодійних засобів.

Розглядаючи етіологію неврозів варто зазначити, що найбільше визнання отримала поліфакторна модель, заснована на комплексній оцінці ролі біологічних (спадковість, конституція, вагітність і пологи) психологічних (преморбідні особливості особистості, психічні травми в дитячому віці, психотравмуючі ситуації, їх актуальність і тривалість) і соціальних (батьківська сім’я, освіта, професія, умови виховання та ін.) факторів.

З точки зору сучасних дослідників, існує генетична схильність, з одного боку, до розвитку певних рис особистості, з іншого - до вибіркової нетерпимості деяких впливів, а також генетичний контроль за формуванням нейрофізіологічних функцій. При виникненні неврозів мають значення і ускладнення вагітності у матері хворого, патологічні пологи, стать і вік особи, яка страждає на невроз. Вивчення хвороб і захворювань неврозами показало, що невротичні розлади переважають у чоловіків і жінок старших 30 років. Невротичні розлади у жінок протікають тяжче і закінчуються інвалідизацією значно частіше, ніж у чоловіків [5].

Психопатія або акцентуація характеру може слугувати джерелом для виникнення неврозів в несприятливій психічній ситуації. Неврози виникають швидше тоді, коли нервова система послаблена інфекційними захворюваннями, інтоксикацією (особливо алкоголізацією), черепно-мозковою травмою, перевтомою. Роль супутніх соматичних хвороб характерна для сучасних неврозів, які виникають в умовах постійного психоемоційного напруження. В кризові періоди життя (пубертатний і клімактеричний) особистість більш вразлива до неврозів.

В основу патогенезу неврозів лягло розроблене І.П. Павловим вчення про типи вищої нервової діяльності з визначеними співвідношеннями першої і другої сигнальних систем, кори і підкірки. Під неврозом І.П. Павлов розумів тривале порушення вищої нервової діяльності, викликане перенапруженням нервових процесів в корі півкуль великого мозку дією неадекватних за силою або тривалістю зовнішніх подразників. Для даної концепції неврозів характерне, по-перше, психогенне виникнення зриву вищої нервової діяльності, що створює кордони між неврозами і зворотніми розладами не психогенної природи; по-друге, зв'язок клінічних форм неврозів з типами вищої нервової діяльності, що дозволяє розглядати класифікацію неврозів не тільки з клінічної, але й з патофізіологічної точки зору. Неврози розвиваються частіше у людей, яких за типом темпераменту можна віднести до холериків <http://uk.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A5%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%BA%D1%96%D0%B2&action=edit&redlink=1> та меланхоліків <http://uk.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9C%D0%B5%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%B8%D0%BA%D1%96%D0%B2&action=edit&redlink=1> [23].

Загальний патогенез неврозів можна представити в такий спосіб:

1) зниження біотонусу і зміна реактивності в результаті дії захисних сил організму, що послабляють пери - і постнатальних факторів;

) своєрідність преморбідного розвитку у виді головним чином сензитивності і латентності, що подовжують процес соціалізації і підсилюють сприйнятливість до дії стресових факторів. Наявність важкосумісних сполучень деяких рис темпераменту і характеру, що порушують баланс взаємодії внутрішніх сил розвитку;

) загострення конституціонально-генетичних особливостей під впливом стресових факторів;

) формування невдалого особистісного досвіду, переломлюваного занепокоєнням, напругою й афективно-захисним типом реагування;

) виникнення внутрішнього нерозв’язного конфлікту під впливом невдалого і драматично пережитого досвіду міжособистісних відносин і обумовлена цим дезінтеграція процесу формування особистості;

) перенапруга психофізіологічних, адаптаційних можливостей організму і критичне наростання емоціональної напруженості під впливом стресових умов розвитку, подавленого зовнішнього вираження переживань і невирішеної особистої та сімейної ситуації;

)"зрив" вищих нейрорегуляційних функцій з появою розгорнутої клінічної картини неврозу. У якості "пускового" фактора виступає гостра психічна травма. Під впливом дисстресу, що підриває захисні сили організму, декомпенсуються "місця найменшого опору" на органічно-дефіцитарному і конституціонально-генетичному рівні, у ще більшому ступені знижуються біотонус, життєва активність і віра в себе, зникає самобутність і припиняється процес творчого саморозвитку [22].

Отже, неврози - це група захворювань, що виникають внаслідок впливу психічної травми і супроводжуються порушенням загального самопочуття, нестійкістю настрою та сомато-вегетативними проявами. Невротичний зрив, в принципі, можливий у будь-якої людини, однак, його характер і форма визначаються цілою низкою чинників. З одного боку, формування неврозу знаходиться в безпосередній залежності від особистісних особливостей людини, її спадкової витривалості, зовнішніх впливів, рівня пристосувальних можливостей організму. З іншого боку, виникнення того чи іншого неврозу визначається характером психічної травми, яка може бути гострою, одномоментної (наприклад, раптова смерть близької людини) або довгостроково існуючої несприятливою ситуацією (конфліктна напружена обстановка в сім’ї, на роботі). Проте, в будь-якому випадку, психогенна ситуація повинна бути емоційно значущою для хворого, мати певну життєву цінність. Крім цього, неврози частіше виникають у осіб, які перенесли психічну травму в дитячому віці, які виховувалися у несприятливих сімейних умовах, які часто хворіють соматичними хворобами.

# ***1.2 Клініка та симптоматика неврозів***

Як ми уже зазначали, до неврозів відносять тільки ті захворювання, при яких оборотність нейропсихічних розладів поєднується з відсутністю видимих патоморфологічних змін у нервовій системі. При неврозах відзначаються численні вегетативно-вісцеральні порушення (розлад серцевої діяльності, дихання, шлунково-кишкового тракту, голодний біль, сексуальні порушення) [17, с.143].

Запропоновано численні класифікації неврозів. Найбільш вдалим варто вважати поділ неврозів на такі форми: неврастенія, істерія, невроз нав’язливих станів і синдром неврозу [17]. Виникнення того або іншого неврозу значною мірою залежить від особливостей особистості хворого. Так, особи, у яких переважає перша сигнальна система (зі схильністю до безпосередніх емоційних реакцій), частіше хворіють на істеричний невроз. У осіб з перевагою сигнальної системи (з тенденцією до абстрактних міркувань, тривалого обмірковування подій, що відбуваються) частіше виникає невроз нав’язливих станів. Особи з середнім типом вищої нервової діяльності частіше страждають на неврастенію.

Детальніше розглянемо клініку та симптоматику кожного з цих захворювань.

Істерія - це функціональний розлад вищої нервової діяльності, при якому порушується співвідношення між першою і другою сигнальними системами з перевагою першої. Виникає вона, переважно, в осіб із художнім типом нервової системи, під впливом сильної психічної травми та тривало діючих психотравматуючих чинників. Першопричиною цього виду неврозу може бути неправильне виховання у дитинстві, що сприяє розвитку самолюбства, егоїзму, надмірній думці про свою особистість за відсутності життєвих навичок, працелюбності. Хворим на істерію властиві підвищена емоційна збудливість, невмотивовані прояви емоцій, вередливість, переоцінка своїх можливостей, конфліктність з оточуючими, легка навіюваність і само навіюваність, манірність, схильність до перебільшень і обманів, бажання звернути на себе увагу [15].

Клінічна картина істеричного неврозу надзвичайно різноманітна. Схематично всі істеричні прояви можна розділити на чотири основні групи:

) рухові розлади;

) сенсорні порушення й порушення чутливості;

) вегетативні порушення;

) психічні розлади.

В останні десятиліття ці порушення поступилися місцем менш вираженим розладам рухів у вигляді слабості окремих кінцівок. Частіше відзначається істеричний параліч голосових зв'язувань, істерична афонія (втрата звучності голосу), істеричний спазм одного або обох вік. При істеричній німоті зберігається здатність письмової мови й не порушуються довільні рухи. Дуже характерні останнім часом істеричні гіперкінези, які проявляються в тремтінні кінцівок різної амплітуди. Тремтіння підсилюється при хвилюванні й зникає в спокійному стані, а також у сні. Іноді спостерігаються тіки у формі судорожних скорочень окремих груп м’язів. Судорожні явища з боку мови проявляються в істеричній заїкуватості.

Сенсорні порушення найчастіше проявляються в зниженні або втраті шкірної чутливості. Відзначаються також болючі відчуття в різних частинах тіла й різних органів. Досить часто зустрічаються порушення діяльності окремих органів чуття: істерична сліпота (амавроз), глухота. Нерідко істерична глухота сполучається й з істеричним мутизмом, виникає картина істеричної глухонімоти (сурдомутизм).

Вегетативні порушення займають велике місце в клінічній картині істеричного неврозу. Часто, що відзначається спазм, гладкої мускулатури визначає такі характерні симптоми, як почуття стиску горла, відчуття непрохідності стравоходу, задухи. Нерідко зустрічається істерична блювота, не пов'язана з яким-небудь захворюванням шлунково-кишкового тракту й обумовлена спазмом шлунка. При хвилюванні відзначаються прискорене серцебиття, порушення серцевого ритму, задишка, поноси й інші функціональні розлади внутрішніх органів.

В психічних порушеннях переважають емоційні порушення: страхи, коливання настрою, стану пригніченості, депресії. При цьому за зовнішньою виразністю ховаються часто дуже поверхневі емоції.

Нерідко провідне місце займають страхи із приводу свого здоров'я. Іноді помічаються при істеричному неврозі функціональні порушення внутрішніх органів (наприклад, серцебиття, блювота й т.п.), виникаючи звичайно в травмуючих ситуаціях, сприяють виходу із цієї ситуації. Таким чином, ці істеричні прояви здобувають характер "умовної бажаності". Надалі вони можуть зафіксуватися й повторно відтворюватися в суб’єктивно важких ситуаціях по істеричних механізмах "втечі у хворобу". У ряді випадків реакція на ситуацію, що травмує, проявляється в посиленні фантазування. Зміст фантазій відбиває заміщення дійсності контрастними по змісту вимислами, що відбивають прагнення до відходу від непосильної ситуації.

Найяскравішим проявом істерії є істеричний напад, що починається з відчуття підкочування клубка до горла, далі - плач із викриками, який переходить у регіт. Емоційна розрядка набуває характеру рухового збудження з судомами, вигинання тіла дугою тощо. Напад триває 2-3 хв. та більше. На відміну від епілептичного нападу, особа не втрачає свідомості, тілесних ушкоджень собі не завдає. Напад звичайно має демонстративний характер у відповідь на небажану ситуацію або дію. Істеричний напад виникає в присутності сторонніх осіб і не виникає, коли хворого ніхто не може побачити і почути [20].

Істерія може симулювати органічні захворювання нервової системи у вигляді парезу або паралічу (моно-, пара - або геміплегії), що супроводжується пониженням або підвищенням тонусу м’язів у паралізованих кінцівках, але рефлекторних порушень при цьому не помічається. Хворі охоче демонструють свою безпорадність і не роблять ніяких спроб подолати цей параліч. Істеричні контрактури відзначаються в м’язах кінцівок, іноді м'язах шиї, тулуба. Серед рухових проявів істеричного характеру може з’являтися абазія-астазія (відмова від стояння й ходьби при повній схоронності опорно-рухового апарата). Такі хворі, лежачи в постелі, роблять довільні рухи кінцівками, змінюють положення тіла. Однак при спробі їх поставити вони валяться, не опираються на ноги. Іноді при довгостроково існуючих паралічах наступають вторинні атрофії.

У період між нападами у хворих не спостерігається ні неврологічних, ні психічних розладів. Істерія - складний невроз, основу якого становлять особливості поведінки, що залежать від підвищеної емоційності й сугестивності. Частіше хворіють жінки віком 20-40 років. Хоча, істеричні напади частіше спостерігаються у жінок у віці від 15 до 25 років. Вони загострюються несприятливими життєвими ситуаціями, але з віком істеричні риси звичайно згладжуються. Однією з головних рис поведінки є прагнення бути предметом уваги, викликати подив, захоплення, заздрість тощо. Це досягається крикливою манерою одягатися, розповідями про своє нібито незвичайне минуле, трагічні події і захворювання. Настрій протягом дня багато разів змінюється від поганого й пригніченого до надмірно радісного, навіть захопленого [17].

Отже, істерія − результат слабкого типу нервової системи. Вона характеризується перевагою емоційнах реакцій, близьких до безумовних рефлексів <http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%B5%D0%B7%D1%83%D0%BC%D0%BE%D0%B2%D0%BD%D0%B8%D0%B9\_%D1%80%D0%B5%D1%84%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D1%81>. Тобто процеси збудження різко переважають над процесами гальмування. В такому стані людина плутає вигадане з дійсним, втрачає критичне відношення до свого оточення, стає дуже знервованою, образливою. Психостенія <http://uk.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BD%D1%96%D1%8F&action=edit&redlink=1> виявляється в недовірі до своїх здібностей, пам'яті, зниженні самооцінки, перебільшенні своїх вигаданих страждань. Ці прояви мають надто нав'язливий характер [22].

Неврастенія є найпоширенішою формою неврозів, розвивається частіше в осіб з астенічною конституцією в умовах тривалої нерозв’язної конфліктної ситуації, що викликає постійну психічну напругу. Характерні неадекватні реакції на невеликі подразники й невміння їх пригнічувати, тобто розлади стосуються насамперед сфери емоцій [17]. У клінічній картині провідне місце займає астенічний синдром, для якого характерні вегетативні розлади й порушення сну [11]. Астенія характеризується явищами психічного й фізичного виснаження. Підвищена стомлюваність супроводжується постійним почуттям втоми. Підвищена збудливість, яка спочатку з’являється змінюється, нестриманістю, сполучається з виснаженням, дратівливістю, слабкістю, невитривалістю до звичайних подразників - гучних звуків, шуму, яскравого світла. Надалі стають усе більше вираженими компоненти властиво астенії, психічного й фізичного виснаження. Постійне почуття втоми, млявість лежать в основі зниження працездатності. Поганий настрій може набувати депресивного відтінку й у міру його розвитку іноді формується невротична депресія. Постійними проявами неврастенії є також різноманітні вегетативні розлади, головні болі, порушення сну, фіксація уваги на своїх неприємних фізичних відчуттях.

Спостерігаються різні форми неврастенії: гіперстенічна, перехідна (дратівлива слабкість) і гіпостенічна.

Гіперстенічна неврастія характеризується переважанням процесу збудження над процесом гальмування. Таким хворим властива дратівливість, метушливість, нестриманість, занепокоєння, конфліктність, поганий сон, головний біль. У них часто спостерігається тремтіння пальців витягнутих рук, язика, повік, що підсилюється при хвилюванні.

Перехідна форма неврастенії характеризується швидким переходом від стану збудження до апатії. У другій половині дня хворі стають непрацездатними, сонливими, з’являється нестійкість настрою, вразливість. Вони скаржаться на зниження працездатності і швидку втому, прискорене серцебиття, коливання артеріального тиску, аритмію, статеву слабкість, що проявляється у передчасній еякуляції.

При гіпостенічній формі неврастенії працездатність хворих різко знижується, швидко настає розумова і фізична втома. Вони мляві, повільні, уникають оточення, задумливі, пригнічені, прислуховуються до своїх почуттів, вважають себе тяжко хворими. У таких осіб удень помічається сонливість, а вночі безсоння, спостерігаються вегетативні розлади, гіпотензія.

Перебіг неврастенії звичайно тривалий і залежить, з одного боку, від припинення або зниження дії ситуації, що травмує (особливо якщо ця ситуація викликає постійну тривогу, очікування неприємностей), з іншого боку, від особливостей особистості й загального стану організм. Якщо умови змінюються - симптоми неврастенії зникають [5].

Невроз нав’язливих станів характеризується порушеннями у сфері емоцій і волі, які проявляються нерішучістю, боязкістю, різного роду сумнівами, страхами й побоюваннями.

Нав'язливі явища розділяють на дві основні форми:

) нав'язливості, зміст яких носить відвернений, афективно-нейтральний характер;

) чуттєво-образні нав’язливості з афективним, звичайно вкрай тяжким змістом. У клінічній картині завжди представлені неврастенічні симптоми - зниження настрою, дратівливість, порушення сну.

До відвернених нав’язливостей відносять: нав’язливі спогади забутих імен, формулювань, термінів, нав'язливе мудрування (розумова жуйка).

Нав’язливості, переважно чуттєво-образні з тяжким афективним зміст більш різноманітні. До цієї групи відносять:

) нав'язливі сумніви, постійно виникаюча невпевність у правильності й закінченості виконаних дій;

) нав'язливі марення, які, незважаючи на їхню явну неправдоподібність, абсурдний характер, не можуть бути усунуті (наприклад, у матері, що поховала дитину, раптом з’являється чуттєво-образне марення, що дитина похована живою);

) нав’язливі спогади - непереборний, настирливий спогад якої-небудь неприємної події з минулого, незважаючи на постійні зусилля не думати про це;

) нав’язливі страхи (фобії) особливо різноманітні за змістом, характеризуються непереборністю й, незважаючи на їхню безглуздість, неможливістю з ними впоратися. Іноді виникає нав'язливий безглуздий страх висоти, відкритих просторів, площ або закритих приміщень. У деяких хворих переважає нав’язливий страх за стан свого серця (кардіофобія) або страх занедужати раком (канцерофобія);

) нав’язливі дії - рухи, виконані проти бажання хворих, незважаючи на всі прикладені зусилля, щоб їх стримати. Іноді первинні дії бувають цілеспрямованими (наприклад, покахикування при ларингіті або характерне витягування шиї, коли заважає занадто вузький комір і т.п.). Надалі вони фіксуються, втрачаючи зміст і цілеспрямованість.

Інша група нав’язливих рухів і дій супроводжує фобії, виникає одночасно з ними й носить характер ритуалів. Ці дії, що мають значення свого роду заклинань, спрямованих на запобігання можливого нещастя, мають захисний, охоронний характер. Незважаючи на критичне до них відношення, вони виконуються хворими всупереч розуму для подолання нав’язливого страху. У легких випадках, у зв’язку з критикою з боку оточуючих й усвідомленням хворобливого характеру цих явищ, хворі, що страждають неврозами приховують свої нав’язливості й не абстрагуються від життя [7].

Отже, невроз - в клініці - збірна назва для групи функціональних психогенних оборотних розладів, що мають тенденцію до затяжного перебігу. Клінічна картина таких розладів характеризується астенічними, нав’язливими та / або істеричними проявами, а також тимчасовим зниженням розумової та фізичної працездатності.

# ***1.3 Методи лікування та діагностики неврозів***

У попередньому підрозділі ми розглянули класифікацію неврозів. Тепер доцільно проаналізувати як здійснюється діагностика неврозів та які методи лікування застосовують при істерії, неврастенії та неврозах нав’язливих станів.

Неврози діагностують за переважаючими клінічними проявами. Труднощі розмежування окремих форм неврозів в останні роки значно збільшилися в зв’язку зі зміною їх клінічної картини, зменшенням частоти так званих класичних форм і збільшенням кількості неврозів зі складними вегетативно-вісцеральними порушеннями (порушеннями серцевої діяльності, дихання, рухові, шлунково-кишкові розлади, синдром нервової анорексії, професійні дискінезії, сексуальні порушення, головні болі та ін.) [8].

При призначенні засобів фізичної реабілітації необхідно враховувати форму захворювання, загальний стан хворого, основну симптоматику й різну адаптацію хворих до фізичного навантаження [17].

При лікуванні неврозів найчастіше застосовують комплексну терапію:

індивідуальну або групову психотерапію;

відпочинок;

вилучення із середовища, що спровокувало захворювання;

медикаменти;

лікувальну фізичну культуру;

масаж.

Важливо під час бесіди з хворим розкрити причину, що травмує його нейропсихічну сферу, і спробувати усунути її або, використовуючи різні прийоми психотерапії, зменшити її значущість. У випадках неврастенії, неврозу нав’язливих станів частіше застосовують метод раціональної психотерапії (або психотерапії переконанням), у разі істерії й рухових неврозів - метод навіювання у стані як неспання, так і гіпнозу. Досить широко застосовується аутогенне тренування, фізичні вправи й масаж.

Лікування неврозів комплексне і проводиться в психоневрологічних диспансерах, лікарнях, поліклінічних та санаторно-курортних закладах. Передусім слід усунути несприятливі чинники, що спричинили захворювання. Далі використовують психотерапію, медикаментозні препарати, що нормалізують співвідношення процесів збудження і гальмування, а також застосовують фізичну реабілітацію у вигляді лікувальної фізичної культури, лікувального масажу, фізіотерапії і працетерапії.

# ***Висновки до першого розділу***

На основі вивчення та аналізу науково-методичної літератури з питання фізичної реабілітації ми розглянули та визначили такі поняття, як "неврози" (це функціональні захворювання нервової системи, що характеризуються розладами вищої нервової діяльності), "реактивні стани" (тимчасові оборотні розлади психічної діяльності), "стрес" (захисний механізм біологічної системи організму), "неврастенія" (нервове виснаження, перевтома, що проявляється підвищеною дратівливістю і слабкістю), "істерія" (особливості поведінки, що проявляється в підвищеній емоційності), "нав’язливі стани" (порушення у сфері емоцій і волі, які проявляються нерішучістю, сумнівами, страхами і побоюваннями). Також нами було визначено, що найчастіше стресові ситуації є причинами неврозів; окреслено характерні симптоми, зокрема, розлади сну, головний біль, може виникати запаморочення та нудота; виділили фактори ризику виникнення неврозів (фізичне перенапруження, соматичні хвороби, травми, неблагополуччя в родині, професійна незадоволеність, зловживання алкоголем, безконтрольне вживання снодійних засобів); розглянули класифікацію неврозів, в якій неврози поділяють на такі форми: неврастенія, невроз нав’язливих станів та істерія; розкрили особливості діагностики неврозів, які полягають в діагностуванні за клінічними проявами; виділили та обґрунтували метод комплексної терапії при лікування істерії, неврастенії та неврозу нав’язливих станів (індивідуальна та групова психотерапія, відпочинок, вилучення із середовища, що спровокувало захворювання, медикаменти, лікувальна фізична культура, масаж).

# ***Розділ 2. Методи і організація досліджень***

# ***2.1 Методи досліджень***

На основі вивчення літературних джерел ми визначили основні категорії та поняття з теми "Фізична реабілітація при неврозах". Так як наше дослідження полягало в аналізі науково-методичної літератури, нами було проаналізовано 29 літературних джерел, з них 13 - вітчизняних.

При визначенні понять, що таке "неврози", "реактивні стани", ми посилалися на медичну літературу, зверталися до таких дисципліни як біологія, фізіологія; для глибшого розуміння питань "неврастенії", "істерії", "неврозу нав’язливих станів" користувалися літературними джерелами із області "Психіатрія", зверталися та пригадували вчення І.П. Павлова; аналізуючи поняття "стрес" "адаптація" опрацьовували як біологічну так і соціально-педагогічну та психолого-педагогічну літературу. Зокрема, в психології невроз визначається як парадоксальний засіб вирішення проблем, реактивно-захисний спосіб їхньої переробки, неусвідомлювана спроба позбутися від них і знайти внутрішню рівновагу. Нездійсненність такої спроби породжує песимізм, невіру у свої сили й особистісний регрес.

Під час написання курсової роботи ми працювали з підручниками, посібниками, словниками-довідниками, опрацьовували матеріали з конференцій, переглядали автореферати дисертацій, користувалися періодичною літературою.

Під час нашого дослідження ми використовували наступні методи:

. Аналіз літературних джерел

. Спостереження

. Узагальнення даних

. Вивчення першоджерел

. Узагальнення досвіду.

# ***2.2 Організація досліджень***

Наше дослідження пройшло такі стадії:

І етап - грудень: на цьому етапі було обрано тему курсової роботи, розроблено зміст, обґрунтовано актуальність, сформована мета та завдання, визначено предмет, об’єкт та методи дослідження, побудовано структуру роботи.

ІІ етап - січень: проаналізовано науково-методичну літературу з теми "Фізична реабілітація при неврозах" на основі чого було складено вступ та написано перший розділ курсової роботи.

ІІІ етап - лютий: за даними літературних джерел визначено та обґрунтовано використання засобів і методів фізичної реабілітації при неврозах.

ІV етап - березень-квітень: написаний третій розділ курсової роботи та розроблені практичні рекомендації.етап - травень: підведення підсумків і захист курсової роботи з мультимедійною презентацією.

# ***Розділ 3. Результати власних досліджень***

# ***3.1 Клініко-фізіологічне обґрунтування засобів фізичної реабілітації при неврозах***

Захворювання нервової системи стоять поряд з серцево - судинними захворюваннями і займають не останнє місце серед захворюваності населення. Важкість та розповсюдженість нервової патології потребує наполегливих пошуків шляхів до підвищення ефективності лікування і повернення хворих до активного життя.

Реабілітація дій засобів фізичного виховання призвана повернути людину з вадами у нервовій системі до нормального стану здоров’я, виявити і активізувати його функціональні резерви та забезпечити їх використання на оптимальному рівні. Крім того, методи реабілітації сприяють активізації захисно-пристосувальних механізмів, необхідних організму для боротьби з захворюванням, а також відіграють важливу роль в швидкому відновленні.

Реабілітація є комплексною проблемою, яка має багато направлень. Включає в себе фізичну, психічну, трудову, соціальну реабілітацію.

При розробці комплексу з фізичної реабілітації обов'язковим є налагодження режиму роботи та відпочинку. Відпочивати потрібно активно, займаючись улюбленою справою. Це може бути риболовля <http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B8%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%BB%D1%8F>, туристичний похід,плавання <http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BB%D0%B0%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F>, робота на дачній ділянці. Сон <http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BE%D0%BD> повинен тривати не менше вісьми - дев’яти годин. Корисно дотримуватись певної дієти <http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D1%96%D1%94%D1%82%D0%B0> згідно віку, статі, наявним хворобам разом з тим з підвищеним вмістом вітамінів <http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D1%96%D1%82%D0%B0%D0%BC%D1%96%D0%BD%D0%B8> та мікроелементів.

До специфічних методів, які використовуються при неврозах можна віднести:

) релаксацію - метод, за допомогою якого можна частково або цілком позбутися фізичної та психічної напруги. Релаксація є дуже корисним методом, оскільки опанувати нею досить легко. Але є одна неодмінна умова − мотивація, тобто людина повинна чітко знати для чого їй це потрібно;

) концентрацію - передбачає виконання спеціальних вправ на зосередження, уваги;

) аутогенне дихання - свідомо керуючи подихом, людина має можливість використовувати його для заспокоєння, зняття напруги, як м’язової, так і психічної;

) аутогенне тренування - це вплив визначених розумових установок людини на зміну власних уявлень, переживань, відчуттів та інших психічних процесів, а також на стан окремих систем організму з конкретною метою. Тобто, іншими словами, аутогенне тренування <http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%83%D1%82%D0%BE%D0%B3%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%B5\_%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F> - це психофізіологічна саморегуляція без лікаря <http://uk.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9B%D1%96%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%8C&action=edit&redlink=1>.

Лікування повинне бути комплексним і індивідуально орієнтованим. Необхідно провести аналіз психотравмуючої ситуації і по можливості позбавити хворого від перебування в ній. Все більшого значення набуває психоаналітична терапія з розкриття внутрішньоособистісних конфліктів та виявленню витіснених у підсвідомість комплексів (наприклад, при істерії, фобічному неврозі).

Загальзміцнювальна терапія включає в себе призначення вітамінів, ноотропів, фізіопроцедур, голкорефлексотерапії. З психотропних препаратів найчастіше використовують транквілізатори, в тому числі з вираженою снодійною дією (при порушеннях сну). У меншій мірі застосовують невеликі дози антидепресантів, "слабких" нейролептиків. Вибір адекватної терапії здійснюється в залежності від характеру неврозу і з урахуванням характерологічних особливостей. При проведенні психотерапії необхідно враховувати реальні можливості хворих та наявність відповідних соціальних умов. Формування нових інтересів і цінностей не повинно йти врозріз з основними життєвими установками хворого.

*Лікувальна фізична культура* - один з найбільш біологічно обгрунтованих методів лікування. При лікування хворих не неврози ЛФК розглядають як природний біологічний метод із фізіологічно обґрунтованим застосуванням фізичних вправ і природних факторів природи. Вона безпосередньо впливає на основні патофізіологічні прояви при неврозах - сприяє вирівнюванню динаміки основних нервових процесів, координуванню функції кори і підкірки, першої та другої сигнальних систем тощо. Методика ЛФК диференціюється залежно від патофізіологічних порушень у вищій нервовій діяльності (неврастенія, істерія, психастенія), клінічного прояву захворювання, його основної симптоматики, емоційного тонусу, віку, функціональних можливостей хворого.

Основі завдання лікувальної фізкультури при неврозах: урівноважити взаємозв'язки між збудженням і гальмівним процесами у діяльності кори головного мозку і поліпшити координаторну функцію нервової системи; нормалізувати змінену реактивність організму, функції серцево-судинної, дихальної, шлунково-кишкової та видільної систем; здійснювати виховний вплив на хворих, вивести їх в пригніченого стану; підвищити працездатність і опірність організму.

Ефективність занять з лікувальної фізкультури для хворого на неврози визначається на підставі цілого комплексу показників і їх динамічних змін як на окремому занятті, так і протягом всього періоду лікування, а також на підставі показників функціональних проб нервової системи (проба на швидкість активних рухів, координаторна проба, проба Ашнера, дермографізм), антропометричних даних і показників фізичної підготовленості (ходьба під метроном, метання в ціль тощо).

*Лікувальний масаж* застосовують для покращання настрою i самопочуття хворого, пiдвищення або зменшення процесiв збудження i гальмування в ЦНС, її функцiональної здатностi; пiдготовки до занять фiзичними вправами. Використовують сегментарно-рефлекторний або регiонарний точковий масаж комiрцевої чи поперекової зони, класичний масаж. При гiперстенiчнiй формi неврастенії й у разi збудження хворого використовують легкi погладжування i розтирання, а при гiпостенiчнiй - масаж проводять енергiйно з використанням всіх прийомів. Масажують голову i потилицю при головному болю. Ослабленим хворим рекомендують 10-хвилинний масаж перед початком занять лікувальною гімнастикою.

*Фізіотерапію* призначають для покращання психоемоцiйного стану хворого, зменшення підвищеної нервової збудженостi, пiдсилення процесiв гальмування, нормалiзацiї сну, загартування i загального змiцнення органiзму. Фiзiотерапевтичнi методи застосовують диференцiйовано, залежно вiд виду неврозу, його форми та клiнiчного перебiгу захворювання. Використовують електрофорез медикаментами, що специфiчно впливають i регулюють перебiг тих чи iнших основних нервових процесiв у ЦНС, електросон, УФО. При гiперстенiчнiй формi неврастенії застосовують вогкі укутування, повiтрянi ванни, сон на вiдкритому повiтрi. При гiпостенiчнiй формi неврастенії, неврозi нав'язливих cтанів рекомендують обтирання водою температурою 34°С з пооступовим зниженням її до 25°С. Хворим на iстерiю призначають хвойнi ванни, вогкі укутування, аеронiзацiю (фраклiнiзацiя) i симптоматичну фiзiотерапiю: гальванiзацiю дiлянки хребта, iндуктотермiю на суглоб при контрактурі i на черевне сплетiння при спазмах кишечнику, електростимуляцiя м’язiв при паралічах і парезах тощо.

*У після лікарняний період* реабiлiтацiї використовують ЛФК, лiкувальний масаж, фiзiотерапiю, працетерапiю. Лікувальну фізичну культуру слiд проводити протягом всього життя пацiєнта.

Її завдання: пiдтримання інтересу до занять фiзичними вправами та впевненостi у своїх силах i у можливостi протидiяти розвитку i лiквiдацiї неврозу; нормалiзацiя процесiв збудження i гальмування в ЦНС та їх динамiки; формування i закрiплення психоемоцiйних реакцiй; адекватних життєвим ситуацiям, здатностi управляти ними; покращання функцiй серцевосудинної i дихальної систем, травної системи; загальне змiцнення органiзму, удосконалення фiзичних якостей, пiдготовка i пiдтримання фiзичної i професійної працездатностi. Використовують ранкову гiгiєнічну i лiкувальну гімнастику, самостiйнi заняття, гiдрокiнезитерапiю, прогулянки, теренкур, туризм, їзду на велосипедi, ходьбу на лижах, веслування, iгри. Групи доцiльно формувати змiшаними за видами неврозу, щоб взаємовплив пацiєнтiв був однотипним, iнакше заняття можуть викликати i пiдсилювати прояви хвороби.

*У після лікарняний період фізіотерапію* застосовують для нормалiзацiї i пiдтримання функцій ЦНС, позитивного психоемоцiйного стану, покращання сну, загального тонусу i загартування органiзму пацiєнтiв. Використовують повiтрянi i сонячнi ванни сон на вiдкритому повiтрi, обтирання, обливання, купання у прiснiй та морськiй водi. При гiперстенiчнiй формi неврастенії призначають сульфiднi йодобромнi, радоновi ванни iндиферентної температури (35-36°С), вiяловий душ слабкого тиску. При гiпостенiчнiй формi неврастенії, неврозi нав’язливих cтанів рекомендують вуглекислi i перлиннi ванни (33-35°С), дощовий або циркулярний душ iз поступовим зниженням температури води з 34°С до 25°С. Хворим на iстерiю призначають хвойнi, валерiановi, азотно-радоновi ванни iнколи використовують душ Шарко середнього тиску з поступовим зниженням температури води з 34°С до 25°С.

*Працетерапію призначають в після лікарняний період* і застосовують для загального змiцнення органiзму, пiдтримання фiзичної працездатностi, самоствердження у можливостi ставити собi завдання i виконувати їх. Використовують в'язання, вишивання, шевськi, слюсарнi i столярнi роботи, працю у саду, на присадибнiй ділянці.

Хворим на невроз показано санаторно-курортне лiкування на клiматичних курортах загального профiлю. Тих, хто страждає на невроз нав'язливих cтанів, слiд направляти у спецiалiзованi місцеві санаторії.

Гарних результатів лікування досягають у санаторних умовах, де хворі багато часу перебувають на свіжому повітрі та можуть за показниками поєднати кліматотерапію з різними видами фізіотерапії: елктроводолікуванням, бальнеотерапією та ін. Фізичні вправи стимулюють у хворих різні фізіологічні механізми, взаємодія яких порушена внаслідок захворювання, допомагають врівноваженню внутрішнього середовища організму із зовнішнім середовищем, що сприяє оздоровленню.

Під час занять варто постійно звертати увагу хворого на найменше поліпшення рухової активності, уселяти думку, що регулярне і наполегливе виконання завдань покращує його загальний стан і приводить до відновлення порушених функцій [21].

При загостреннях неврозу санаторно-курортне лікування протипоказано.

Хворим з різними видами неврозів рекомендується продовжувати заняття і вдома у вигляді ранкової гігієнічної гімнастики (комплекс складає лікар з урахуванням особливостей порушених у хворого функцій), відвідувати групи здоров’я, грати у волейбол, більше ходити, їздити на велосипеді і т.п.

# ***3.2 ЛФК при неврозах***

*У лікарняний період* лікувальну фізичну культуру використовують диференційовано, залежно від виду неврозу з перших днів перебування хворого у стаціонарі згідно з призначеним постільним або напівпостільним, іноді вільним руховим режимом. Її завдання: покращення психоемоційного стану хворого і його вольових якостей; врегулювання співвідношень процесів збудження і гальмування в ЦНС та сприяння вирівнюванню їхньої динаміки; координація функцій коли і підкірки головного мозку, першої та другої сигнальної систем; покращення діяльності внутрішніх органів. Використовують ранкову гігієнічну і лікувальну гімнастику, самостійні заняття, прогулянки.

Заняття з ЛФК починають із загально розвиваючих і дихальних простих вправ, які виконують у повільному темпі, без напруження, з паузами для відпочинку. Тривалість заняття - 10-15 хв. Вона поступово збільшується до 25-30 хв. У подальшому з метою адаптації хворого до фізичного навантаження вводять вправи з дозованим напруженням, невеликими обтяженнями, більш складною координацією. Заняття проводять як індивідуально, так і з невеликою групою.

Завдання, зміст і методику проведення занять диференціюють залежно від виду неврозу, клінічних проявів захворювання, віку, статі і функціональних можливостей хворого. Хворим на неврастенію та істерію слід більшою мірою пояснювати, а хворим на невроз нав’язливих станів - показувати.

При неврастенії головним завданням ЛФК є тренування процесу активного гальмування, відновлення і впорядкування збуджувального процесу. Заняття проводять у ранковий час, тривалість і кількість вправ нарощується поступово, щоб не втомити хворого. Рекомендується проводити заняття із заспокійливою музикою, помірного і повільного темпу, з поєднанням мажорного та мінорного звучання.

Після занять хворий повинен відчувати бадьорість і легке стомлення. Частота серцевих скорочень і дихання мають повертатися до вихідних даних спокою через 5-10 хв. після закінчення процедури. У заняття з неврастеніками при ослаблених процесах гальмування і переважанні процесів порушення, крім гігієнічної гімнастики, варто вводити різні вправи, що сприяють зрівноваженню емоційного тонусу хворих, елементи спортивних ігор за спрощеними правилами (волейбол, настільний теніс, городки). При таких симптомах, як почуття непевності, страху, порушення координації рухів, рекомендується застосовувати вправи, що сприяють подоланню цих почуттів: вправи на рівновагу (на лаві, колоді), лазіння по гімнастичній стінці, стрибки через яму, стрибки у воду, плавання з поступовим збільшенням відстані та ін. Прогулянки, близький туризм, рибна ловля, полювання позитивно впливають на перебудову нервово-психічної сфери, сприяють розвантаженню нервової системи від звичайного виду професійної діяльності, впливають на серцево-судинну і дихальну системи, підвищують пристосованість організму до різних фізичних навантажень.

При істерії основними завданнями ЛФК є: зниження емоційної лабільності хворих, підвищення активності вольової діяльності і другої сигнальної системи. Заняття проводять за відсутності сторонніх осіб з кількістю не більше 10 хворих із музичним супроводом у темпі, що поступово сповільнюється. Команди подають повільно, плавно, розмовною мовою. Важливим методичним прийомом є виконання вправ за поясненням реабілітолога без показу, а у наступному - напам’ять. Слід спокійно і наполегливо вимагати точного виконання всіх вправ, помічаючи і виправляючи помилки.

Підвищення вольової діяльності досягають виконанням силових вправ на приладах у повільному темпі з навантаженням на великі м’язові групи. Для зниження емоційного тонусу застосовують такий прийом: на початку заняття виконують вправи у прискореному темпі, що поступово знижується, і наприкінці заняття він найменший. Для цього ж у заключній частині заняття рекомендовано вправи на розслаблення і відпочинок у положенні лежачи чи сидячи протягом кількох при максимальному розслабленні м’язів із заплющеними очима.

У випадках істеричних паралічів, в основі яких лежить функціональні порушення в зоні рухового аналізатора, гальмування його визначених ділянок, слабкість подразнюючого процесу в другій сигнальній системі ЛФК має бути спрямована на ліквідацію цих змін. Хворого необхідно переконати у тому, що функції руху в нього збережені і відсутній параліч. Пасивні вправи паретичними кінцівками викликають потік імпульсів до рухового аналізатора і виводять його зі стану гальмування. Застосовують рухи здоровими кінцівками, що викликають аналогічні зрушення в ЦНС. Доцільно використовувати вправи та ігри, які потребують концентрації уваги, активної роботи м’язів і не втягнуті в контрактуру і паралічі. При цьому слід поступово включати рухи паралізованою кінцівкою.

При неврозі нав’язливих станів основні завдання ЛФК такі: відвернути увагу хворого від нав’язливих думок, підвищити психоемоційний тонус, зменшити надмірну перевагу другої сигнальної системи, стимулювати рухливість кіркових процесів. Для реалізації цих завдань у комплекси лiкувальної гімнастики слід включати емоцiйнi за характером вiдомi хворим вправи, що виконуються автоматично, без фіксації уваги на точності виконання, у швидкому темпi. Виправляти помилки слiд шляхом показу вірного виконання вправ одним iз хворих, не роблячи зауважень тим, у кого вправа не вдалась. Тон реабілітолога i музичний супровiд мають бути жвавими i бадьорими. Йому потрiбно реагуваати на позитивнi емоції хворих, пiдбадьорювати їх, сприяти спілкуванню одного з одним [20].

Заняття проводять за iндивiдуальним i малогруповим методом. При формуваннi груп в них доцiльно включати кiлькох хворих, що вже одужують, добре засвоїли виконання вправ. Це пов’язано з тим, що у бiльшостi невротичних хворих погана координацiя pyxiв, вони незграбнi i неспритнi, соромляться своєї неповноцiнностi. Для виправлення такого становища пiсля вiдповiдної психотерапевтичної пiдготовки хворого, роз'яснення важливостi виконання конкретних фiзичних вправ поступово включають складніші вправи.

Для пiдвищення емоцiйного тонусу хворих заняття проводять iгровим методом, застосовують вправи з опором, що виконують у парах. Допомагають перебороти невпевненiсть у собi, страхи такі вправи, як ходьба по колодi з поступовим пiдвищенням висоти, стрибки з пiдвищення, вправи у подоланнi перешкод, на приладах, у рiвновазi. Для переборення страху серцевого нападу, страху вмерти вiд iнфаркту мiокарда (за вiдсутностi органiчних передумов для цього) хворим спочатку рекомендують бути лише присутнiми на заняттях. Потiм їх залучають до нешвидкої ходьби по колу, виконання простих вправ для ніг, тулуба, далi рекомендують ходьбу по рейцi, гiмнастичнiй лавi, простi вправи з гiмнастичними палицями, згодом - кидання м’яча, пiдскакування, елементи спортивних вправ, рухливі ігри та інші циклічні вправи. У заключнiй частинi занять не потрiбно досягати повного зниження емоцiйного тонусу, тому що хворий має закiнчити заняття у бадьорому, доброму настрої.

*У після лікарняний період* комплекси лiкувальної гiмнастики i методику проведення занять складають з урахуванням виду неврозу. У заняття вводять спецiальнi вправи, що сприяють покращанню уваги, швидкостi i точностi pyxiв, координацiї, виховують спритнiсть, швидкiсть реакцй, умiння подолати перепону. Використовуються вправи, якi викликають рiзкий гальмiвний процес - раптова зупинка або перебудова pухів вiдповiдно до команди пiд час ходьби, бiгу. Для тренування вестибулярного апарату застосовують вправи без зорового контролю, коловi рухи головою, нахили тулуба у рiзнi боки. При позитивнiй реакції на навантаження додають стрибки, зiскакування, вправи зi скакалкою, рухливi i спортивнi iгри.

Хворим на iстерiю пропонують одночасно виконувати асиметричнi вправи (рiзнi завдання для лівої та правої руки, лівої та правої ноги), що активiзують побудову диференцiйованого гальмування в кopi великих пiвкуль. Включення силових вправ на приладах у повільному з навантаженням на великі м’язовi групи дає можливiсть розвивати активно-вольовi акти.

# ***3.3 Лікувальний масаж при неврозах***

*У лікарняний період реабілітації* лікувальний масажзастосовують для покращання настрою i самопочуття хворого, пiдвищення або зменшення процесiв збудження i гальмування в ЦНС, її функцiональної здатностi; пiдготовки до занять фiзичними вправами. Використовують сегментарно-рефлекторний або регiонарний точковий масаж комiрцевої чи поперекової зони, класичний масаж. При гiперстенiчнiй формi неврастенії й у разi збудження хворого використовують легкi погладжування i розтирання, а при гiпостенiчнiй - масаж проводять енергiйно з використанням всіх прийомів. Масажують голову i потилицю при головному болю. Ослабленим хворим рекомендують 10-хвилинний масаж перед початком занять лікувальною гімнастикою.

*У післялікарняний період* лікувальний масаж застосовують для пiдтримання доброго настрою i самопочуття пацiєнта, збалансування процесiв збудження i гальмування у ЦНС. Використовують класичний та точковий масаж, пiдводний душ-масаж. Методика його проведення така сама, як i у лікарняний період реабілітації [24].

# ***Висновки до розділу 3***

У цьому розділі ми досліджували вплив реабілітаційних заходів на хворих з неврозами. Встановили, що неврози - це захворювання нервової системи, які обумовлені тривалим психічним перенапруженням. Розглянули форми неврозів та застосування комплексної терапії для підвищення ефективності лікування.

Переконалися, що лікувальна гімнастика для хворих з неврозами розглядається як природно-біологічний метод, тому що фізичні вправи нормалізують динаміку основних нервових процесів (збудження і гальмування) координують функції кори й підкірки, перших і других сигнальних систем. Систематичне застосування фізичних вправ сприяє зміцненню й вирівнюванню поведінки хворих, їхній організованості й витриманості в колективі. Також розглянули особливості використання лікувального масажу, фізіотерапії, працетерапії у післялікарняний період реабілітації.

Лікувальна гімнастика при перехідній неврастенії включає прогулянки, лікувальне плавання, спортивні ігри за інтересами, елементи загартовування, праце терапія, масаж. Завдання повинні мати заспокійливий загально тонізуючий вплив.

Тривалість процедур при гіпостатичній неврастенії - 20-25 хв. І включає загартовування, душі, обтирання, прогулянки, лікувальна ходьба і плавання, теренкур, працетерапія. При істерії темп середній із прискоренням, амплітуда повна. Тривалість заняття 30-40 хв. Теренкур, лікувальна ходьба, загартовування, плавання, масаж.

При неврозі нав’язливих станів використовують різні види ходьби, біг підтюпцем, ігри. Темп середній. Музичний супровід життєрадісний. Тривалість 25-35 хв. Прогулянки, вправи у воді, загартовування, обтирання. Водолікування, душ, фізіо-, механо-, працетерапія. Санаторно-курортне лікування, дієтотерапія.

# ***Висновки***

1. На основі аналізу науково-методичної літератури з питання фізичної реабілітації при неврозах в першому розділі ми дали визначення поняттям "невроз", "реактивні стани", розглянули як і від чого виникають неврози, їхні симптоми, проаналізували класифікацію неврозів, обґрунтували методи лікування та діагностики неврозів.

Отже, неврозами називаються реактивні стани, виникнення яких пов'язане з довгостроково існуючої психогенно травматуючою ситуацією, що викликає постійну психічну напругу. У розвитку неврозів велике значення мають особливості особистості. Тому виникнення неврозу залежить від структури особистості й характеру ситуації, що внаслідок індивідуальних особистісних властивостей виявляється вибірково травмуючою і здається нерозв'язною.

**У роботах С.В. Лебедєва встановлено статистично достовірний зв'язок невропатії з неврозами.**

Вікові особливості виникнення неврозів вивчали Г.Е. Сухарева і Л.С. Юсевич. За В.Н. Мясищевим, сутність неврозу полягає в невідповідності між можливостями, що знаходяться в розпорядженні особистості, і тими обов'язками, що виникають з наявності визначених соціальних відносин.

. У міжнародній класифікації хвороб неврози поєднуються в рубриці невротичних, зв'язаних зі стресом розладів. При цьому виділяється безліч самостійних форм. Найпоширенішою й традиційною у вітчизняній літературі є класифікація неврозів за клінічними проявами. Відповідно до цього розглядаються три самостійних типи неврозів: неврастенія; істерія; невроз нав'язливих станів.

Лікування неврозів здійснюється комплексно і проводиться в психоневрологічних диспансерах, лікарнях, поліклінічних та санаторно-курортних закладах. Передусім слід усунути несприятливі чинники, що спричинили захворювання. Далі використовують психотерапію, медикаментозні препарати, що нормалізують співвідношення процесів збудження і гальмування, а також застосовують фізичну реабілітацію у вигляді лікувальної фізичної культури, лікувального масажу, фізіотерапії і працетерапії.

3. Також ми здійснили клініко-фізіологічне обґрунтування засобів фізичної реабілітації при неврозах. Розглянули особливості використання різних реабілітаційних заходів у лікарняний та післялікарняний періоди реабілітації. Здійснили аналіз змісту реабілітаційних заходів з використання різних методів і засобів фізичної реабілітації при неврозах. Зокрема, розглянули особливості побудови занять лікувальною гімнастикою при перехідній, при гіпостатичній, гіперстенічній неврастенії, при неврозі нав’язливих станів та істерії; особливості використання масажу, працетерапії, методів фізіотерапії.

Отже, мета нашої курсової роботи досягнута, завдання виконані, практичні рекомендації розроблені.

# ***Практичні рекомендації***

##### **Комплекс вправ для хворих на неврастенію.**

1. Лежачи на спині, руки в сторони, у правій руці тенісний м’яч. Руки з’єднати спереду, перекласти м’яч у ліву руку. Повернутися в початкове положення. Руки з’єднати спереду, перекласти м’яч у праву руку. Повернутися в початкове положення. Дивитися на м’яч. Повторити 10−12 разів.

. Лежачи на спині, руки вздовж тулуба, у правій руці м’яч. Підняти руку вгору (за голову) і, опускаючи її, перекласти м’яч в іншу руку. Те ж саме повторити іншою рукою 5-6 разів Дивитися на м’яч. При піднятті рук - вдих, при опусканні − видих.

. Лежачи на спині, руки вперед − в сторони. Виконувати перехресні рухи прямими руками протягом 15-20 с. Слідкувати за рухом кисті однієї, потім іншої руки. Дихання довільне.

. Лежачи на спині, руки вперед − в сторони. Махи однією ногою до різнойменної руки. Повторити 6-8 разів кожною ногою. Дивитися на мисок. Мах виконувати швидко. Під час маху - видих.

. Лежачи на спині, в піднятих вперед руках тримати волейбольний м’яч. Махи ногою з дотиком носком м’яча. Повторити 6-8 разів кожною ногою. Дивитися на мисок. Під час маху - видих.

. Лежачи на спині, руки вперед. Виконувати перехресні рухи руками, опускаючи і підіймаючи їх. Слідкувати за кистю однієї, потім іншої руки. Виконувати 15-20 с.

. Лежачи на спині, у правій руці, піднятій вперед, тримати тенісний м’яч. Виконувати рукою колові рухи вперед і назад протягом 20 с. Дивитися на м’яч. Змінювати напрямок руху через 5 с.

. Сидячи на підлозі, упор руками ззаду, прямі ноги злегка підняті. Виконувати перехресні рухи 15-20 с. Дивитися на мисок однієї ноги. Голову не повертати. Дихання не затримувати.

. Сидячи на підлозі, упор руками ззаду, прямі ноги. Почергово піднімати і опускати ноги. Виконувати 15-20 с. Дивитися на мисок однієї ноги.

. Сидячи на підлозі, упор руками ззаду. Мах правою ногою вгору - ліворуч, повернутися в початкове положення. Те ж саме лівою ногою вгору - праворуч. Повторити 6-8 разів кожною ногою.

. Сидячи на підлозі, упор руками ззаду. Сидячи на підлозі, упор руками ззаду. Те ж саме повторити іншою ногою ліворуч 6-8 разів кожною ногою.

. Сидячи на підлозі, упор руками ззаду, пряма нога злегка припіднята. Виконувати колові рухи ногою в одному та іншому напрямку. Повторити 10-15 с кожною ногою.

. Сидячи на підлозі, упор руками ззаду, але підняті обидві ноги. Виконувати колові рухи в одному та іншому напрямку 10-15 с. Дивитися на миски.

. Стоячи, тримати гімнастичну палицю внизу. Підняти палицю вгору, прогнутися − вдих, опустити палицю − видих. Дивитися на палицю. Повторити 8-12 разів.

. Стоячи, тримати гімнастичну палицю внизу. Присісти і підняти гімнастичну палицю вгору, повернутися у початкове положення. Дивитися на палицю. Повторити 8-12 разів.

. Стоячи, тримати гантелі спереду. Колові рухи руками в одному та іншому напрямку − 15-20 с. Дивитися то на одну, то на іншу гантель. Виконувати колові рухи 5 с в одному напрямку, потім 5 с в іншому.

. Стоячи, тримати гантелі спереду. Одну руку піднімати, іншу − опускати, потім навпаки − 15-20 с. Дивитися то на одну, то на іншу гантель.

. Стоячи, гантелі в опущених руках. Підняти гантелі вгору, потім опустити. Дивитися спочатку на праву гантель, потім на ліву. Знову перевести погляд на праву гантель. Виконувати рухи очима в одному та іншому напрямку 15-20 с. Змінювати напрямок руху очей через 5 с.

. Стоячи, у витягнутій руці обруч. Обертати обруч в одну, потім в іншу сторону 20-30 с. Дивитися на кисть. Виконувати однією та іншою рукою.

. Стоячи, дивитися тільки вперед на будь-який предмет. Повернути голову праворуч, потім ліворуч. Повторити 8-10 разів в кожну сторону.

. Стоячи, дивитися тільки вперед на будь-який предмет. Голову підняти, потім опустити, не змінюючи погляд. Повторити 10 разів. Дивитися на будь-який предмет.

***Примітка:*** при виконанні вправ рекомендується голову не повертати, рухи очима виконувати повільно.

**Ритмічна гімнастика**

**Особливість ритмічної гімнастики полягає у тому, що темп рухів і інтенсивність виконання вправ задається ритмом музичного супроводу**.

**Ранкова гігієнічна гімнастика для хворих на невроз**

Ранкова гігієнічна гімнастика сприяє швидшому приведенню організму в робочий стан після пробудження, підтримці високого рівня працездатності у перебіг трудового дня, вдосконаленню координації нервово-м’язового апарату, діяльності серцево-судинної і дихальної систем. Під час ранкової гімнастики і подальших водних процедур активізується діяльність шкірних і м’язових рецепторів, вестибулярного апарату, підвищується збудливість ЦНС.

# ***Список використаних джерел***

1. Александров А.А. Современная психотерапия / Александров А.А. - К., 1997. - 334 с.

. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства / Александровский Ю.А. - М.: Медицина, 1995. - 400 с.

. Алексеев А.В. Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических расстройствах / Алексеев А.В. - К.: СПб., 1998. - С.21-24.

. Анастази А. Психологическое тестирование / Анастази А. - М., 1995. - 318 с.

. Асатиани Н.М. Клиническая динамика неврозов и психопатий / Асатиани Н.М. - К., 1997. - 187 с.

. Балунов О.А. Влияние повторных курсов восстановительного лечения на эффективность реабилитации больных неврозами / Балунов О.А., Триумфова Е.А. - М.: СПб. 2000. - 20 с.

. Белоусова И.Т. О синдроме навязчивых состояний / И.Т. Белоусова // Неврология и психиатрия. - 1998. - №2. - С.917-927.

. Блейхер В.М. Патопсихологическая диагностика. / Блейхер В.М. Крук И.В. - К., 1998. - 279 с.

. Бурлачук Л.Ф. Исследование личности в клинике / Бурлачук Л.Ф. - К., 1999. - 239 с.

. Вайсфельд Д.Н. Физические и курортные факторы в лечении неврологических больных / − Вайсфельд Д.Н. - Киев, 1988. - 234 с.

. Захаров А.И. Неврозы и пограничные состояния / Захаров А.И. - Л., 1972. - 379 с.

. Епифанов В.А. Лечебная физкультура и врачебный контроль /Епифанов В.А., Апанасенко Г.А. - М.: Медицина, 1990. - 290 с.

. Карандашева Э.А. К клинико-психологической и биохимической характеристике фобического синдрома у больных неврозами / Карандашева Э.А., Мурзенко В.А. - Л., 1972. - 258 с.

. Карандашева Э.А. Неврозы и пограничные состояния / Карандашева Э.А., Мурзенко В.А. - Л., 1972. - 582 с.

. Карвасарский Б.Д. Неврозы. - 2-е изд., перераб. и доп. / Карвасарский Б.Д. - М.: Медицина, 1990. - 417 с.

. Клапчук В.В. Лікувальна фізкультура та спортивна медицина / Клапчук В.В., Дзяк Г.В. - К.: Здоров’я, 1995. - 312 с.

. Марченко О.К. Фізична реабілітація хворих з травмами й захворюваннями нервової системи / Марченко О.К. - Київ: Олімпійська література, 2006. - 195 с.

. Мишина Т.М. Психологическое исследование супружеских отношений при неврозах / Мишина Т.М. - Л., 1978. - 523 с.

. Мишина Т.М. Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях / Мишина Т.М. - Л., 1978. - 327 с.

. Мухін В.М. Фізична реабілітація: підручник / В.М. Мухін. - 3-тє вид., - К.: Олімпійська література, 2009. - 488 с.

. Мягер В.К. Общие принципы и методика семейной психотерапии у больных неврозами / Мягер В.К. // - В кн.: тезисы докладов конф. по психотерапии. - М., 1973. - 132 с.

. Мясищев В.Н. Некоторые теоретические и практические выводы из изучения 1000 больных отделения неврозов / В.Н. Мясищев // Нервопатология и психиатрия. - 1967. - №6. С.897-900.

. Попов С.Н. Физическая реабилитация / Попов С.Н. - Ростов-на Дону, 2000. - 420с.

. Применение современных подходов к назначению лекарственной терапии при восстановительном лечении больных неврозами / [Балунов О.А., Демиденко Т.Д., Черников В. П.]. - М.: СПб., 2001. С.38-45.

. Роль семейных взаимоотношений в реабилитации больных неврозами. [Балунов О.А., Демиденко Т.Д., Янковская Е.М. Алемасова А.Ю., Ермакова Н.Г., Коцюбинская Ю. В.]. - М.: СПб., 2000. - 31 с.

. Соколовський В.С. Лікувальна фізична культура: [Підручник] / Соколовський В.С. - Одеса: Одес. держ. мед. ун-т - 2005. - 487 с.

. Стрелкова Н.И. Физические методы лечения в неврологии / Стрелкова Н.И. - М., 1983. - 198 с.

. Сухаревой Г.Е. Психогенные патологические реакции (неврозы) / Сухаревой Г.Е., Юсевич Л.С. - М., 1965. - 765 с.

. Фелинская Н.И. Клиническая дифференциация пограничных состояний / Н.И. Фелинская // Невропатология и психиатрия. - 1976. - № 6. - С.575-579.