В. Д. Менделевич
С. Л. Соловьева

НЕВРОЗОЛОГИЯ
и ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ
МЕДИЦИНА
Менделевич В. Д., Соловьева С. Л.


В монографии представлены основные теории и концепции неврозогенеза, формирования психосоматических расстройств, описана феноменология и семиотика невротических и связанных со стрессом, соматоформных и психосоматических расстройств, анализируется структура личности «потенциального невротика», «неврозоустойчивой личности», характерные преморбидные особенности лиц, склонных к невротическому и психосоматическому типу реагирования. На основании собственных исследований описана антиципационная концепция неврозогенеза, специфика психопатологических и патопсихологических особенностей, приводятся методы и способы психотерапии и психофармакотерапии невротических и психосоматических расстройств.

Монография ориентирована на психиатров, психотерапевтов, медицинских (клинических) и практически психологов, врачей различных специальностей, социальных работников, а также может использоваться студентами, изучающими клиническую (медицинскую) психологию и психиатрию.
ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение........................................................................................................ 9

Глава 1. Невротические расстройства: определение и теории неврозогенеза ................................................................. 12
   Дефиниции невротических расстройств. Невроз и невротик............ 12
   Теории и концепции неврозогенеза ...................................................... 17
      Психоаналитическая каузальная сексуальная теория неврозов З.Фрейда ................................................................. 21
      Теория «невротического превосходства» А.Адлера ..................... 22
      Теория «автономного комплекса» К.Юнга .................................. 24
      Теория «невротических наклонностей» К.Хорни ......................... 25
      Ногенная теория неврозов В.Франкла ........................................ 29
   Психическая травматизация, личностно-характерологический преморбид и неврозогенез ..................................................... 31

Глава 2. Антиципационная концепция неврозогенеза .................. 46
   Теоретические предпосылки .............................................................. 46
   Клиническое обоснование антиципационной концепции неврозогенеза .............................................................. 56
   Экспериментально-психологическое обоснование антиципационной концепции неврозогенеза ....................................... 63
   Антиципационные механизмы неврозогенеза и восприятие времени ............................................................................ 88
   Специфика непреднамеренного запоминания информации и антиципационные механизмы неврозогенеза ....................... 92
   Интегративная оценка антиципационных способностей и склонности к невротическим расстройствам .................... 98

Глава 3. Клинические проявления невротических расстройств ... 103
   Семиотика невротических расстройств .......................................... 103
      Тревожно-фобические расстройства (F40) ................................. 104
      Другие тревожные расстройства (F41) ....................................... 107
      Обессионно-компульсивное расстройство (F42) ....................... 110
Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43) ................................... 113
Диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44) ................................ 120
Соматоформные расстройства (F45) ................................................................. 124
Неврастения (F48.0) ............................................................................................ 127
Динамика и исходы невротических расстройств ............................................ 130
Этапы неврозогенеза ....................................................................................... 130
Исходы невротических расстройств ............................................................... 137

Глава 4. Патопсихология невротических расстройств .............................. 144
Внимание ............................................................................................................ 144
Память .............................................................................................................. 145
Мышление и воображение ............................................................................. 146
Интеллект .......................................................................................................... 149
Эмоции, аффекты и чувства .......................................................................... 156
Мотивация, волевая деятельность и поисковая активность ................... 159
Сознание и самосознание .............................................................................. 164
Когнитивное оценивание, фрустрационная толерантность и стрессоустойчивость .......................................................... 167
Коммуникативная компетентность .............................................................. 178
Психическая ригидность и фиксированные формы поведения .............. 179

Глава 5. Поло-возрастные и культуральные особенности невротических расстройств ...................................................... 182
Невротические расстройства у детей и подростков .............................. 182
Особенности формирования невротических расстройств у детей в зависимости от антиципационных параметров психики .................................................. 190
Невротические расстройства в период климакса ................................... 207
Невротические расстройства в пожилом возрасте ................................ 236
Возрастная специфика антиципационных механизмов неврозогенеза .............................................................................. 246
Гендерные особенности невротических расстройств ............................. 255
Этнокультуральные особенности невротических расстройств ...... 257

Глава 6. Психотерапия и психофармакотерапия невротических расстройств .............................................................................. 263
Методы психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии, используемые в неврозологии ................................................................. 265
Психологическое консультирование пациентов с невротическими расстройствами .................................................. 271
Психологическая коррекция невротических расстройств ............ 287
Оглавление

Психотерапия невротических расстройств ......................... 292
Психотерапия невротических расстройств у детей и подростков .... 300
Бихевиоральная терапия детей и подростков ....................... 306
Неоконченные рассказы в детско-родительской психотерапии ......................................................... 319
Психофармакотерапия невротических расстройств .................. 322
Тревожно-фобические расстройства (F40) .......................... 323
Другие тревожные расстройства (F41) .................................. 323
Обсессивно-компульсивное расстройство (F42) .................... 324
Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43) .. 324
Диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44) ............ 325
Соматоформные расстройства (F45) .................................. 325
Неврастения (F48.0) .......................................................... 325

Глава 7. История развития психосоматического направления в медицине ................................................................. 326
Психологическое направление в интерпретации психосоматических заболеваний .......................................................... 326
Психодинамическое направление в интерпретации психосоматических заболеваний ................................................. 326
Бихевиоральное (поведенческое) направление в интерпретации психосоматических заболеваний ......................... 333
Биологическое направление в интерпретации психосоматических заболеваний ......................................................... 341
Кортико-висцеральная теория ............................................. 341

Глава 8. Ключевые термины и интерпретативные схемы, используемые при объяснении этиологии психосоматических заболеваний ................................................................. 344
Социально-психологический уровень интерпретации ............... 344
Эгоцентризм ................................................................. 344
Эмоциональный контроль .................................................... 346
Инфантилизм ................................................................. 347
Эмоциональная незрелость ................................................. 348
Алекситимия ................................................................. 349
Агрессивность ............................................................... 352
Амбивалентность ............................................................ 355
Перфекционизм ............................................................. 356
Поисковая активность ....................................................... 356
Выученная беспомощность ............................................. 358
Роль семьи в формировании психосоматических заболеваний... 359
|
|---|
| **Концепция стресса** | 360 |
| Биологический уровень интерпретации | 364 |
| Психосоматические расстройства и стресс | 364 |
| Роль эмоций в функционировании организма человека | 365 |
| Основные теории эмоций | 366 |
| Исследование эмоций в психосоматической медицине | 374 |
| Патологические эмоциональные состояния | 376 |
| Психофизиологический уровень интерпретации психосоматического заболевания | 381 |
| Фиксированные эмоционально-негативные состояния как психологический фактор формирования психосоматических расстройств | 381 |
| Понятие эмоционального состояния | 381 |
| Классификация эмоциональных состояний | 384 |
| Психологический уровень интерпретации психосоматического заболевания | 389 |
| Феноменология эмоционально-негативных состояний | 389 |
| Психосоматический диагноз (позитивная и негативная диагностика психосоматического заболевания) | 408 |
| Методология экспериментально-психологических исследований в клинике внутренних болезней | 411 |
| Глава 9. Частная психосоматика | 424 |
| Гипертоническая болезнь | 424 |
| Патогенетические (психологические) факторы гипертонической болезни | 427 |
| Особенности личности больных гипертонической болезнью | 428 |
| Агрессивность в структуре личности больных гипертонической болезнью | 432 |
| Психические нарушения у больных гипертонической болезнью | 437 |
| Методы психодиагностики агрессивных тенденций как психологических факторов риска гипертонической болезни | 442 |
| Психотерапия при гипертонической болезни | 445 |
| Синдром артериальной гипотензии | 453 |
| Этиопатогенетические факторы артериальной гипотензии | 455 |
| Психологические факторы в формировании артериальной гипотензии | 456 |
| Психические нарушения у больных с артериальной гипотензий | 457 |
Оглавление

Особенности личности пациентов с артериальной гипотензией .................................................. 459
Особенности психологической коррекции пациентов с синдромом артериальной гипотензии .......... 464
Психосоматические соотношения при сердечно-сосудистой патологии ........................................ 467
Ишемическая болезнь сердца ........................................................................................................ 469
Роль эмоционального напряжения в развитии сердечно-сосудистых заболеваний ....................... 471
Психологические (личностные) факторы сердечно-сосудистых заболеваний ................................ 474
Психические нарушения при заболеваниях сердца ...................................................................... 481
Психотерапия в системе комплексного лечения больных с психосоматическими нарушениями сердечно-сосудистой системы ................................................................. 486
Язвенная болезнь ......................................................................................................................... 489
Роль психологических факторов в формировании язвенной болезни ........................................ 489
Психологические особенности больных с нарушениями желудочно-кишечного тракта ............... 491
Психологические реакции на формирование язвенной болезни .................................................. 494
Неспецифический язвенный колит .................................................................................................. 491
Эмоциональные внутрисемейные взаимоотношения больных язвенной болезнью ....................... 498
Психические нарушения при заболеваниях пищеварительного тракта ........................................ 502
Психотерапия больных язвенной болезнью .............................................................................. 504
Бронхиальная астма ...................................................................................................................... 516
Психологические факторы в этиопатогенезе бронхиальной астмы .............................................. 516
Особенности личности больных бронхиальной астмой ............................................................... 517
Эмоциональные факторы в этиопатогенезе бронхиальной астмы ............................................... 519
Психологические реакции на заболевание бронхиальной астмой ................................................ 520
Психические нарушения при бронхиальной астме ....................................................................... 521
Роль семейных взаимоотношений при формировании бронхиальной астмы ............................... 524
Психотерапия больных бронхиальной астмой .............................................................................. 529
Тиреотоксикоз (гипертиреоз) ........................................................................................................ 531
Психологические факторы в этиопатогенезе гипертиреоза ......................................................... 531
Особенности личности больных тиреотоксикозом .......... 533
Роль внутрисемейных отношений в формировании личности
больных гипертиреозом.......................................................... 534
Психические нарушения у больных с эндокринными
заболеваниями.......................................................................... 534
Психотерапия при тиреотоксикозе............................................ 537
Сахарный диабет.............................................................................. 539
Психосоматические этиологические факторы диабета........ 540
Психологические особенности больных сахарным диабетом ... 541
Роль «семейных» факторов в возникновении сахарного
диабета.................................................................................. 543
Психические нарушения у больных сахарным диабетом....... 543
Психологическая коррекция при сахарном диабете.............. 545
Неспецифический хронический полиартрит.............................. 546
Психологические особенности больных хроническим
полиартритом......................................................................... 547
Заболевания кожи ........................................................................... 548
Психологические (эмоциональные) факторы в возникновении
заболеваний кожи.................................................................. 549
Эпидемиологические факторы кожных болезней............... 550
Особенности личности больных с заболеваниями кожи...... 552
Нервно-психические расстройства при заболеваниях кожи... 553
Нейродерматит............................................................................ 555
Хроническая боль ........................................................................ 556
Квалификация хронической боли.............................................. 556
Дифференциальный диагноз....................................................... 557
Психологическая коррекция пациентов с хронической болью.. 557
Головная боль........................................................................... 558
Психологические особенности пациентов с головной болью... 562
Психологическая коррекция при головной боли.................... 563
Психосоматические аспекты иммунитета............................... 563
Психосоматические аспекты нарушений питания.................. 566
Ожирение................................................................................. 567
Особенности личности пациентов, страдающих ожирением 568
Психологическая коррекция ожирения..................................... 570
Нервная булимия........................................................................ 570
Нервная анорексия................................................................... 571
Приложение.................................................................................... 577
Список основной литературы........................................................ 584
ВВЕДЕНИЕ

Берясь за написание книги, посвященной широко известной научной проблеме, любой автор рискует показаться тривиальным, предстать перед заинтересованным и квалифицированным читателем очередным компилятором. Вследствие этого мотивация подготовки и публикации книги на общеизвестную и достаточно разработанную тему должна носить сверхценный характер, аргументировано и веско внутренне обосновываться, носить как объективную, так и субъективную значимость.

Проблема невротических и психосоматических расстройств, несмотря на представленность в виде большого количества публикаций в научных журналах и в виде монографических исследований, продолжает страдать, во-первых, от отсутствия единой концепции неврозо- и психосоматогенеза, во-вторых, от четкого и однозначного представления о том, что относить к невротическим и психосоматическим расстройствам, какие критерии заложить в основу диагностики и дифференциальной диагностики в первую очередь по отношению к психологическим феноменам, которые не должны обозначаться термином расстройства и относиться к патологическим психическим состояниям. Современная ситуация в области диагностики невротических и психосоматических расстройств оказалась запутанной в связи с введением в практику новой классификации психических и поведенческих расстройств десятого пересмотра. В ней размыта граница между психологическими феноменами, с одной стороны, и психопатологическими симптомами и синдромами, с другой. Данный факт опасен гипердиагностической парадигмой и позволяет относить к невротическим и психосоматическим расстройствам чрезмерно широкий круг проявлений психической жизни.
Представленная заинтересованному читателю книга исходит из представлений о том, что не любое ухудшение настроения человека следует признавать депрессивным синдромом, не всякая тревога является невротической и не каждое соматическое заболевание (физическое страдание) человека связано с его психикой. Расширение диагностических границ неврозологии и психосоматической медицины является малообоснованным и может нанести серьезный вред развитию данных областей науки.

Авторы допускают, что термин неврозология в настоящее время не является общепризнанным. Однако, его употребление не вызывает у специалистов отторжения. Термин понятен и четко очерчивает круг проблем, которыми занимается эта междисциплинарная наука, располагающаяся на границе психиатрии и клинической (медицинской) психологии. Объединение в рамках одной книги таких наук как неврозология и психосоматическая медицина кажется авторам логичным и теоретически обоснованным, так как две эти области теснейшим образом связаны друг с другом, находятся по отношению друг к другу во взаимодействии. К тому же, способы и методы оказания медико-психологической помощи пациентам с данными видами психической патологии сходны. Близким к двум перечисленным наукам является характеристология, изучающая особенности формирования, проявлений, динамики и исходов характерологических девиаций и т.н. личностных расстройств. Нередко именно характерологические и личностные особенности служат базой для становления невротических и психосоматических расстройств, вследствие этого в данной книге достаточно подробно обсуждаются и проблемы характерологии.

Одной из основополагающих проблем психиатрии и клинической психологии считается проблема реакций личности на психологический стресс. Под стрессом в психологическом ракурсе понимается воздействие на человека, его организм и личность фрустрирующих, психотравмирующих событий с формированием расстройств как на уровне психического, так и соматического реагирования. Центральными вопросами становятся вопросы о механизмах формирования связанных со стрессом нарушений, выбором невротического или психосоматического пути синдромогенеза, а также преморбидных индивидуально-психологических особенностях, способствующих и препятствующих появлению расстройств.
Считается, что в условиях воздействия на человека психической травмы возникает альтернатива: либо в связи со стрессоустойчивостью и под влиянием методов психологической защиты человек остается психически и соматически здоровым, либо он заболевает неврозом или психосоматическим заболеванием (рис. 1). Причем, по мнению некоторых ученых (В. С. Ротенберг, В. В. Аршавский), альтернатива существует и внутри патогенного пути, и «психосоматические заболевания возникают у тех, кто в силу особенностей личности не может позволить себе невротический тип реагирования, демонстрацию тревоги или страха, фиксацию на своих ощущениях».

**Рисунок 1**

В представленной книге авторами намеренно выбран комплексный и интегративный подход к проблемам неврозологии и психосоматической медицины. Наряду с тем, что анализируются различные теоретические подходы, приводятся данные многочисленных исследований, авторы сочли целесообразным и оправданным привести результаты собственных исследований, сформулировать собственные теоретические воззрения на проблему неврозо- и психосоматогенеза.
Глава 1

НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА:
ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ТЕОРИИ НЕВРОЗОГЕНЕЗА

Современную ситуацию в неврозологии можно без преувеличения обозначить проблемной. Заболевание — невроз, которое известно уже несколько столетий и описание которого связано с именем Куллена, не становится яснее в теоретическом плане и излечимее на практике. Выздоровление больных не происходит чаще, чем это было многие годы тому назад. Подвергаются кардинальному пересмотру основополагающие диагностико-нозологические признаки неврозов такие, к примеру, как функциональность, т.е. обратимость невротических расстройств после нормализации жизненной ситуации и исчезновения психотравмы. Процент выздоровления лишь 58 (В. Ф. Десятников), в лучшем случае — 65 (А. С. Киселев, З. Г. Сочнева), что явно противоречит введенному в дефиницию критерию функциональности.

Наибольшие сложности возникают при определении границ невротических расстройств, строго определения данного вида психической патологии и разграничения его с феноменологически сходными, но имеющими принципиально иные механизмы психогенеза.

Дефиниции невротических расстройств.
Невроз и невротик

Определение невротических расстройств традиционно строится на двух принципах: позитивной или негативной диагностике. В рамках первой распознавание невротических расстройств базируется на выявлении специфичных клинических проявлений (симптомов
и синдромов) и психогенном механизме формирования. По мнению В.Н.Мясницева к основополагающим диагностическим критериям неврозов следует относить: 1) зависимость возникновения и течение (динамики) невроза с психогенной ситуацией; 2) связь психогенеза с личностью больного, с неспособностью пациента в конкретных условиях разрешить конфликтную ситуацию; 3) содержательная связь между характером психотравмы и клиническими проявлениями невроза и патологической фиксацией на фрустрации и переживаниях, связанных с ней. В рамках второй диагностической парадигмы упор делается на факте отсутствии в клинической картине психических нарушений иного уровня, чаще всего указывается на значимость непсихотического уровня реактирования, а также исключения неврозоподобных или псевдоневротических расстройств органического, соматического или шизоидного генеза.

Вследствие этого невроз определяется как психогенное (конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека, проявляется в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений (Б. Д. Карвасарский, 1990; А. М. Свядоц, 1997 и др.).

Проблематичность использования приведенной выше традиционной дефиниции невротических расстройств заключается, в первую очередь, в том, что не дается четкое и однозначное определение понятия «расстройство», что затрудняет дифференциацию невротических симптомов от психологических феноменов (переживаний), которые также связаны со стрессом, т. е. являются конфликтогенными, также затрагивают особо значимые стороны отношений человека с миром и не включают психотических нарушений. К тому же указание на «специфические клинические феномены» должно содержать четкое описание этой специфики — выделение исключительно невротических симптомокомплексов. В соответствии с МКБ-10 понятие «расстройства» включает в себя «клинически определенную группу симптомов или поведенческих признаков, которые в большинстве случаев причиняют страдание и препятствуют личностному функционированию». При этом делается не вполне понятное и аргументированное уточнение о том, что «изолированные социальные отклонения или конфликты без личностной дисфункции не должны включаться в группу психических расстройств». Таким образом, диагностика
невротических расстройств фактически становится заложницей понятий «страдание», «дезадаптация» и «личностная дисфункция».

Уточняющее и углубляющее определение даётся А. М. Вейном (1982), который, наряду со значимостью для диагностики неврозов психогенного фактора, личностных особенностей, недостаточности психологической защиты и формированием невротического конфликта, выделил те самые специфические клинические проявления, относя к ним не только нарушения в эмоциональной, но и в вегетативной и соматической сферах. Данный подход создает базу для дифференциации невротических расстройств со сходными психологическими феноменами (переживаниями), так как фактически переводит проблему психологическую в психовегетативную и психосоматическую, демонстрируя медицинскую составляющую данного вида патологии.

Можно согласиться с тем, что для диагностики невротических расстройств недостаточно наличия лишь психопатологических непсихотических симптомов и синдромов, также как и дезадаптации, внутри- и межличностного конфликтов. Для того, чтобы говорить о невротических расстройствах (и даже заболевании) обязательным, с нашей точки зрения, должна быть соматическая (вегетативная) составляющая этих нарушений, демонстрирующая переход с психологического уровня реагирования, располагающегося в границах нормативного психического поведения, на более глубокий — психосоматический.

Еще одним подходом разграничить невротические расстройства от психологических переживаний в рамках нормы считается выбор параметра осознанности психической травматизации. По мнению К. Юнга, «лица, имеющие проблемы, очень часто бывают невротиками, но было бы серьезным недоразумением смешивать наличие проблематики с неврозом, ибо между ними имеется существенное различие: невротик болен потому, что не осознает своей проблематичности, а человек, имеющий осознанную проблему, страдает от нее, не становясь больным». Предложенный подход располагается в русле психоаналитических воззрений и, к сожалению, не до конца способен на практике разрешить диагностическую загадку. Тем более, что сам К. Юнг справедливо указывал на то, что «неудовлетворительную теорию можно терпеть, в общем-то, достаточно долго, но это не относится к неудовлетворительным терапевтическим методам». 
Значимой для диагностики и дифференциальной диагностики невротических расстройств считается проблема взаимосвязи, взаимозависимости или альтернативности невроза и невротического характера (стиля поведения, психопатии, в старом понимании). Большинство исследователей разделяют точку зрения о том, что «любой невроз — характерологичен» (D. Shapiro, 1989), что «действительный источник этих психических расстройств лежит в нарушениях в области характера, что эти симптомы являются манифестным результатом конфликтующих характерологических черт и что без раскрытия и выявления структуры невротического характера невозможно вылечить невроз» (K. Хорни, 1996). Можно согласиться с K. Наранхо (1998) в том, что «полномасштабная теория характера включает и теорию невроза». Однако представленная позиция не является единственной и общепризнанной. Для отечественной психиатрии принципиальным считалось разделение неврозов и психопатий (расстройств личности). Б.Д. Карвасарский (1980), рассматривая взаимоотношения особенностей характера (в норме и при патологических формах) и неврозов пишет: «Если в прошлом весьма распространенной была точка зрения, что «поставщиками» неврозов, как правило, являются психопаты, а основные формы неврозов представляют собой декомпенсацию соответствующих им типов психопатий (истерия — истероидная психопатия, неврастения — астеническая психопатия, невроз навязчивых состояний — психопатия психодеящестического круга), то в настоящее время в отечественной психиатрии прочно утверждилось представление, что неврозы могут возникать у лиц, и не страдающих психопатиями, а также без сколько-нибудь выраженных психопатических черт характера. Если идти по пути сближения психогенных декомпенсаций психопатий с неврозами в узком смысле слова (Н. И. Фелинская, 1976 и др.), то, естественно, в случаях психопатий невроз выступает как рецидивирующее заболевание, так как психогенные срывы могут возникать в обычных жизненных условиях, становясь как бы предпочитительным типом реагирования. У человека же без психопатических особенностей невроз может быть и единственным эпизодом в жизни, возникающим, однако, под влиянием действительно патогенной психотравмирующей ситуации.

С представленной точкой зрения согласны далеко не все исследователи. В частности, Ю.А. Александровский (1987) считает, что существующее в настоящее время разделение неврозов
и психопатий на основании характерных для первых из них «психогенности» и «функциональности», а для вторых — «биологичности» и «органичности» носит сугубо относительный характер. Такое разделение имеет значение для описания клинических форм и вариантов пограничных состояний, определения их прогноза, но, по мнению Ю. А. Александровского, не является принципиальным для понимания различий в определяющих их патофизиологических механизмах. Эти механизмы являются скорее общими, а не различными и при неврозах, и при психопатиях. Клинические картины, характерные для «истинных неврозов», могут быть обозначены как «невротические синдромы» безотносительно к основному этиопатогенезу заболевания в целом. Чтобы они реализовывались, требуется сочетание врожденно-конституциональных, соматогенно-органических и личностно-ситуационных факторов в их различной комбинации.

Если в вопросе о значимости патологической характерологической «почвы» на неврозогенез существуют различные точки зрения, то о важной роли акцентуаций характера пишет подавляющее большинство авторов. По мнению А. Е. Личко (1985) наличие акцентуаций характера в условиях психотравматизации может стать благоприятной почвой для возникновения неврозов и невротических расстройств. К тому же отдельным типам акцентуации характера свойственны определенные формы невротических расстройств. Астеноневротический и лабильный типы акцентуаций предрасполагают в соответствующих условиях к возникновению неврастении; сенситивный, психастенический и реже астеноневротический служат благоприятной почвой для развития обссессивно-фобического невроза. Истерический невроз возникает на фоне истероидной или реже при некоторых смещенных с истероидным типами — лабильно-истеродном, истероидно-эпилептоидном, реже шизоидно-истероидном. Подчеркивая значение выделения понятия «акцентуация характера» для клиники неврозов, автор справедливо отмечает, что от типа акцентуации зависят не только особенности клинической картины невроза, но и избирательная чувствительность к определенного рода психогенным факторам, поскольку очевидно, что невротическая декомпенсация может быть облегчена психотравматизацией, предъявляющей чрезмерные требования к «месту наименьшего сопротивления» данного типа акцентуации.

Наиболее ярко и образно идею связи невротической диспозиции и невротических расстройств выразил А. Адлер:
Глава 1. Невротические расстройства

То, что называют предрасположенностью к неврозу, уже есть невроз, и только в актуальных случаях, когда внутренняя необходимость вынуждает прибегнуть к усиленным уловкам, как доказательство болезни возникают более выраженные соответствующие невротические симптомы. Они могут быть скрыты, пока пациент находится в благоприятной ситуации, пока не встает вопрос о правильности его развития, о его чувстве общности. Это доказательство болезни и все соответствующие аранжировки необходимы прежде всего для того, чтобы, во-первых, служить оправданием, если жизнь отказывает в желанном триумфе; во-вторых, чтобы тем самым получить возможность уклониться от решения; в-третьих, чтобы иметь возможность выставить в ярком свете какие-нибудь достигнутые цели, поскольку они были достигнуты несмотря на недуг.

Таким образом, связь невротических расстройств и т. н. невротического характера несомненно существует. Однако следует отметить, что готовность к формированию невротических расстройств не исчерпывается структурой или выраженностью характерологических черт. Можно утверждать (и это будет показано ниже), что для неврозогенеза необходимым условием является наличие специфических черт т. н. «потенциально невротика», а для противостояния становлению невротического конфликта и расстройств — типичных признаков «неврозоустойчивой личности». К невротическим расстройствам, с нашей точки зрения, следует причислять психопатологические симптомы и синдромы непсихотического уровня, сочетающиеся с вегетативной дисфункцией, возникающие вследствие воздействия на личность актуальной психической травмы и несовершенства механизмов антиципации и психологической компенсации. Отличие невротических от психосоматических расстройств заключается как в представленности в клинической картине психопатологических или соматических симптомов, а также в специфичности внутриличностных конфликтов.

Теории и концепции неврозогенеза

В теоретическом плане сосуществуют научные направления, пытающиеся трактовать невроз как с психологической, так и с биологической (нейрофизиологической) платформ. К тому же некоторые
Отечественные и западные психотерапевтические школы «новой волны» становятся на антинозологические позиции, предпочитая не выдвигать и не декларировать теоретические постулаты понимания происхождения невротических симптомов и не проводить дифференциальной диагностики между клиническим симптомом и психологическим феноменом. Подобная антинозологическая платформа ярче всего может быть продемонстрирована на примере высказывания Дж. Вольпе о том, что «невроз — это плохая, упорная привычка неадаптивного поведения, приобретенная в процессе научения». Из этого делается вывод, что невроз вряд ли можно относить к клиническим симптомокомплексам и нозологическим единицам, которые должны иметь специфический этиологический агент, закономерности патогенеза (неврозогенеза) и исхода. Антинозологическая платформа сродни в целом антипсихиатрическому подходу к оценке психических проявлений, отраженному в известных высказываниях R. Laing:

Нет никакого смысла противопоставлять «нормальное» и «не-нормальное». Пациенты психиатрических клиник не менее «нормальные», чем члены их семейств, а «шизофреногенные семьи» ничуть не отличаются от обычной семьи современного общества. Безумие является характеристикой межличностных отношений, возникающих в зависимости от понятности или непонятности для нас суждений и действий другого человека.

С позиции антинозологической платформы т.н. невротические расстройства не обладают характеристиками психопатологичности, т.е. не имеется никаких строгих диагностических критериев, позволяющих аргументированно провести разграничение между, к примеру, фобией, как невротическим (болезненным) симптомом, и страхом, как психологическим состоянием; между невротической депрессией и сниженным настроением; между обсессивно-компульсивным расстройством и т.н. «назойливостями» или привычками.

Нейрофизиологическая научная платформа базируется на классических представлениях И.П. Павлова, выраженных в следующих абзацах:

Всюду и всегда необходимо идти к физиологическому основанию как в отношении болезненетворных агентов, так и в отношении реакций на них со всеми их последствиями, т.е. переводить всю психогению и симптоматику на физиологический язык... Могу
сказать, что касается до нервной клиники, то почти все здесь наблюдаемые невротические симптомы картины можно понять и привести в связь с нашими патофизиологическими лабораторными фактами.

Столь строго патофизиологический уклон разделяется многими отечественными учеными-неврологами однако в более современном, смягченном варианте, учитывая достиження психологических наук и психиатрии. Сегодня в рамках нейрофизиологической платформы принято говорить не об этиологическом значении каких-либо патофизиологических механизмов, а о «церебральной предиспозиции, облегчающей формирование невротической патологии» (В. Б. Захаржевский, М. Л. Дмитриева, В. Х. Михеев, 1989). Придается важное значение так называемой ирритирующей тройде (шеяный остеохондроз, хронический тонзиллит и хронический холецистит), способствующей возникновению (или проявлению) «не только отдельных синдромов невроза, но и самого невротического заболевания». Несмотря на то, что М. Г. Айрапетянц и А. М. Вейн (1982) отмечают существенную и патогенетически значимую роль неврозогенеза «негрубой органической мозговой предиспозиции» и даже церебральной гипоксии, они с большой осторожностью обсуждают эту проблему.

Еще нет неопровержимых доказательств — пишут они, — прямо-г о участия системных механизмов мозга (активирующих и синхронизирующих аппаратов) и активности биохимических систем (судим о них по содержанию биологически активных веществ в венозной крови и экскреции с мочой) во взаимодействии психотравмирующей ситуации с особенностями структуры личности и формировании невротического конфликта. Скорее всего, они отражают наличие стрессорной ситуации, характер и интенсивность эмоционального напряжения, а также индивидуальный паттерн реагирования. Вероятно, правильнее говорить о наличии характерных психофизиологических и психогуморальных соотношений при неврозах. Соотнести их прямо с патогенезом заболевания не представляется в настоящее время возможным.

Как видно из представленной позиции, проблема заключается лишь во временном отсутствии четких, «неопровержимых» доказательств корреляции мозговой дисфункции с возникновением невротических расстройств, а отнюдь не в принципиальных теоретических
представлениях. Еще более ярко нейрофизиологическая платформа представлена в таких размышлениях ученых:

Существует два принципиальных пути обсуждения: первая позиция — органическая церебральная дефицитарность реаль но существует, но имеется она и при многих формах патологии и у части практически здоровых лиц, что позволяет считать ее своеобразным эпифеноменом, т. е. отсутствует какая-либо внутренняя и логичная связь между церебральными нарушениями, с одной стороны, и возникновением, появлением и течением невротической патологии — с другой; вторая позиция — следуя за сформулированными В. М. Бехтеревым положениями о связи между различными психическими нарушениями и состоянием органа, осуществляющего психическую деятельность, т. е. головного мозга, пытаться понять наличие определенной взаимосвязи между ними. Сразу же скажем, — пишет А. М. Вейн, — что мы являемся убежденными сторонниками этой позиции.

Нейрофизиологами подчеркивается важная роль «мягких неврологических симптомов» в патогенезе невротических нарушений, в то время как «грубые крупноочаговые либо диффузные проявления мозговой недостаточности» препятствуют, по их мнению, формированию невротических форм поведения посредством грубой деформации условий жизни и прочих сопутствующих тяжелой неврологической патологии микросоциальных факторов.

Обобщая современное представление о неврозогенезе ученых, стоящих на нейрофизиологической платформе, можно согласиться с Б. Д. Карвасарским (1990), что не вполне обосновано: основа патогенеза неврозов видится нейрофизиологам в расстройстве функций интегративных систем мозга, среди которых, наряду с корой больших полушарий мозга, существенная роль отводится лимбико-ретикулярному комплексу.

Психологическая платформа является на современном этапе преобладающей как в западной психиатрической и психологической литературе, так и в отечественной. Она также, как и нейрофизиологическая не монолитна и не единообразна, но содержит анализ значимости для неврозогенеза множества различных психологических параметров. Объединяет последние представление о принципиальной патогенетической значимости психологической составляющей для возникновения и проявления невротической симптоматики
(В.Н.Мясищев). Спектр выделяемых существенных психологических феноменов широк, однако не наблюдается противопоставления одних другим, видимо исходя из известного высказывания V. Frankl: «Каждому времени присущ свой невроз и нужна своя психотерапия». Это высказывание, дополненное географической характеристикой — месторасположением — и превращенное в «Каждому времени и месту присущ свой невроз», — объясняет сосуществование различных психологических теорий и концепций неврозогенеза. Этот обширный список «правильных» теорий отражает значимость не только психологического, но и социально-психологического аспекта неврозогенеза. Психоанализ S. Freud объяснял не вообще неврозогенез (хотя и претендовал на это), но лишь механизмы происхождения невротических нарушений у молодых женщин австрийских городков конца прошлого века. Ноогенный характер невротических расстройств, описанный V. Frankl, подходил для понимания развития неврозов западноевропейского интеллигента послевоенного времени. Именно подобная многовариантность механизмов неврозогенеза позволила V. Frankl оценить удельный вес ноогенного механизма среди иных. Ученый писал о 20-типроцентной представленности ноогенного механизма среди многообразия патогенетических концепций.

Учитывая очевидный факт «фрагментарности» западных и отечественных теорий неврозогенеза, отсутствие в них универсального характера (кстати, как и в наиболее популярной в течение многих лет в отечественной клинической психологии и психиатрии теории личности В.Н.Мясищева), следует признать, что идея создания единой теории неврозогенеза носит характер утопичности. Общественный уклад жизни, социально-политические процессы и даже морально-этические и религиозные воззрения людей способны изменять понимание и суть этиологии и в еще большей степени патогенеза неврозов. Именно эта аксиома позволила некоторым ученым вывести невроз за рамки психической патологии.

**Психоаналитическая каузальная сексуальная теория неврозов З. Фрейда**

З. Фрейд сосредоточил свое внимание на проявлениях невротических расстройств, считая, что их возникновение не является случайным, и каждый симптом имеет для пациента особый смысл. При этом смысл симптома «всегда и везде» неизвестен больному, скрыт от него,
являясь производным бессознательных процессов, так как «из со-
знательных процессов симптомы не образуются». «Невротические
симптомы, — писал он, — по-своему связаны с жизнью лиц, у кото-
рых они обнаруживаются. Они представляют собой заместитель того,
что не осуществилось… и было вытеснено из сознания». Их основой
является чрезмерная фиксация на определенном отрезке прошлого из
жизни конкретного человека, невозможность освободиться от него,
стремление «спрятаться» от проблем. Именно аффективная фиксация
на определенной фазе прошлого определяется наиболее существенной
характеристикой невроза. Механизмом же является вынужденный от-
каз человека от удовлетворения его сексуальных желаний, связь либи-
do с их инфантильными сексуальными переживаниями, что может быть
изображено в виде этиологического уравнения неврозов:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Предрасположение благодаря фиксации либидо</th>
<th>Случайное (травматическое) переживание взрослого</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Сексуальная конституция</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(доисторическое переживание)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

По мнению З. Фрейда, при нормальной сексуальной жизни не мо-
жет быть актуального невроза. При этом невротизирующий механизм
начинает формироваться в раннем детстве (обычно в первые три года
жизни), когда у ребенка появляется ряд сексуальных влечений, ко-
торые он расценивает как запретные, недозволенные (автозоризм, гомосексуа-
льные или инцестуальные влечения). В процессе воспи-
тания ребенок узнает о запретности всех этих влечений, и они пода-
вляются, не допускаются им до сознания, вытесняясь т. н. «цензурой»
в бессознательную сферу. Таким образом, формируются комплексы,
углубляющиеся по мере взросления и формирующие готовность к не-
вротическим симптомам. Последние могут возникать тогда, когда
«энергия вытесненного сексуального влечения» не переводится (не
сублимируется) в иные допустимые «цензурой» виды деятельности.

**Теория «невротического превосходства» А.Адлера**

Критикуя сексуальную теорию неврозов как претендую-
щую на «единственно верную», А.Адлер обратил внимание не на
блокирование либидо и стремления к удовольствию, а на «распаленную жажду превосходства» невротика. По его мнению, в действительности в сексуальной сфере разворачивается такая же борьба, что и во всей душевной жизни человека. Исходное чувство неполноценности, о котором писал З. Фрейд, толкает на обходные пути, стремится исключить любой эротический опыт, чтобы не потерять ориентацию на цель достижения превосходства. При этом схема, по которой осуществляется апперцепция и поведение, представляет собой полную антитезу. Из-за планомерного, детского искажения цель невротика по своей природе враждебна окружению, и в его целевой установке всегда можно распознать две бессознательные исходные посылки: во-первых, при любых обстоятельствах человеческие отношения представляют собой борьбу за превосходство; во-вторых, женский пол является неполноценным и в своих реакциях служит мерой мужской силы. По мнению А. Адлера, обе эти бессознательные посылки приводят к тому, что все человеческие отношения отравляются и уродуются, возникают неожиданные усиления и нарушения аффекта, а вместо желанного душевного спокойствия наступает постоянная неудовлетворенность и появляются невротические симптомы.

Основанное на реальных впечатлениях, впоследствии тенденционно закрепленное и углубившееся чувство неполноценности уже в детском возрасте постоянно побуждает пациента направлять свое стремление на цель, значительно превышающую человеческую меру, приближающуюся к «богоподобию» и заставляющую его идти по строго очерченным направляющим линиям. Так формируется ригидный жизненный план невротика, ограничительный стиль его поведения, «сети защит».

А. Адлер, не соглашаясь со схемой формирования невроза как «бегства в болезнь», предложенной его предшественниками (З. Фрейдом, К. Юнгом, Э. Кречмером) и выраженной в виде формулы

НЕВРОЗ = ИНДИВИД + ПЕРЕЖИВАНИЯ (сексуальные и инцестуозные) + ТРЕБОВАНИЯ ЖИЗНИ,

приводит собственную:

Индивидуальная схема оценки (И+П+С) + Х = Личностный идеал превосходства.
Глава 1.

Невротические расстройства

Таким образом, недостижимой целью невротика становится попытка достижения личностного идеала. Он, как бы, «врастает в свои симптомы», которые формируются им в соответствии с его опытом и психическим напряжением и которые представляются ему необходимым и целесообразным для повышения собственного чувства личности. Невротический жизненный план поддерживается исключительно благодаря внутреннему стремлению к превосходству, продиктованному первичному чувству неполноценности. Симптомы при этом становятся лишь «формами выражения господства тщеславия» пациента.

Также как и З. Фрейд, А. Адлер обнаруживал у человека первые признаки формирования готовности к невротическим расстройствам в детские годы. Однако, в отличие от психоаналитического взгляда, усматривавшего причину в вытеснении в бессознательную область недопустимых сексуальных влечений, он обращал внимание на неправильные формы воспитания, в частности отношения к себе и окружению. Основой же этого неправильного отношения служило обретенное чувство неполноценности, компенсируемое впоследствии стремлением к превосходству.

Всю целиком область неврозов, — писал А. Адлер, — можно понимать как домен всех тех индивидов, которые — либо вследствие органических неполноценностей, либо из-за неправильного воспитания или дурной семейной традиции — перенесли с собой в жизнь из детства чувство слабости, пессимистическую перспективу и вместе с тем всегда одни и те же или похожие уловки, предубеждения, трюки и экзальтации, такие же, как и при создании воображаемого, субъективного превосходства.

Т. е. чувство незрелости и неполноценности рождало навязчивое стремление к «цели богоподобия». Самым же лучшим определением неврозу автор считал такое: «Да — но!»

**Теория «автономного комплекса» К. Юнга**

По мнению К. Юнга, высказанного им в конце двадцатых годов двадцатого столетия, не существует всестороннее удовлетворительной точки зрения на сущность неврозов. Сравнивая теории нерозогенеза З. Фрейда и А. Адлера, этот автор указывал на тот факт, что каждый из подходов подходит в качестве объяснительного принципа
для довольно большого числа людей, соответствуют определенным психическим реалиям, но не охватывает «духовную реальность» в целом. Вследствие чего каждая из них обладает «относительной истинностью».

К. Юнг обратил внимание на то, что теории неврозогенеза, как правило, ориентированы на молодых людей и способны быть полезными при анализе невротических симптомов исключительно данного возрастного периода. Тогда, как для лиц среднего и пожилого возраста они не могут быть успешно применены. Вследствие этого им была отмечена существенная значимость возраста пациента, который он назвал «в наивысшей степени важным показателем». По мнению К. Юнга, «молодой невротик пугается жизни, тогда как старый отступает перед смертью». Именно поэтому он отметил, что около трети невротических пациентов страдают от бессмысленности и беспредметности своей жизни.

В основе неврозогенеза К. Юнг видел образование т.н. автономного комплекса бессознательного содержания, которое не может быть подчинено сознательной воле. Продолжая традиции психоанализа, ученый настаивал на том, что причина невротических симптомов кроется в бессознательном. Однако, в происхождении неврозов он не придавал особого значения вытесненному сексуальному влечению, а обращал внимание на «мощные психические воздействия, лежащие в основе духовной установки и ее самых влиятельных, направляющих идей».

Автономные содержания бессознательного или доминанты бессознательного, — писал он, — это не врожденные представления, а врожденные возможности, даже необходимости, направленные на воссоздание тех представлений, которые с давних пор выражались через доминанты бессознательного.

К. Юнг обозначил эту сферу коллективным бессознательным.

**Теория «невротических наклонностей» К. Хорни**

Сущностью невроза, по мнению К. Хорни, является невротическая структура характера, а его центральными звеньями — невротические наклонности, каждая из которых составляет своеобразное ядро этой структуры внутри личности и каждая из этих подструктур тесно взаимодействует с другими подобными подструктурами. При
Глава 1. Невротические расстройства

Этот невротические наклонности порождают не только специфичную тревожность, но и «специфические формы поведения, специфический образ «Я» и специфическое представление о других людях, специфическую гордость, специфическую форму уязвимости и специфические внутренние запреты».

Разделяя неврозы на «простые ситуативные» и «неврозы характера», К. Хорни писала о том, что «патогенный конфликт, подобно вулкану, спрятан глубоко внутри человека и неведом ему». Вследствие чего понимание невроза невозможно без прослеживания его глубинных корней — невротических наклонностей. Автором выделяется десять патогенных невротических наклонностей, которые она отличает от сходных «нормальных» наклонностей, не приводящих к невротическому конфликту и невротическим симптомам. Их отличительность сущностью К. Хорни считает их иллюзорность, карикатурность, лишеннность свободы, спонтанности, смысла и утилитарную направленность на безопасность и решение всех проблем. К невротическим наклонностям, по мнению К. Хорни, относятся:

1. Невротическая потребность в любви, привязанности и одобрении: неразборчивая потребность угождать и нравиться другим получать одобрение; непроизвольное стремление оправдывать ожидания окружающих; перенесение центра тяжести на других, а не на собственную личность, принимая во внимание только их желания и мнения; боязнь самоутверждения; боязнь враждебности со стороны других или враждебных чувств внутри себя.

2. Невротическая потребность в «партнере», который примет руководство жизнью невротика в свои руки; перенесение центра тяжести на «партнера», который должен осуществить все жизненные ожидания невротика и нести ответственность за все происходящее, как хорошее, так и плохое, причем успешное манипулирование «партнером» становится доминирующей задачей; «любви» придается преувеличенное значение, потому что предполагается, что «любовь» решает все проблемы; боязнь быть покинутым всеми; боязнь враждебности со стороны других или враждебных чувств внутри себя.

3. Невротическая потребность заключить свою жизнь в узкие рамки; настоятельная потребность быть нетребовательным, довольствоваться малым и ограничивать свои честолюбивые стремления и желания материальных благ; настоятельная потребность
Глава 1. Невротические расстройства

оставаться неприметным и занимать вторые места; умаление своих способностей и потенциальных возможностей, принимая скромность за высшую добродетель; стремление скорее сохранить, нежели потратить; боязнь высказать любые требования; боязнь иметь или отстаивать возрастающие желания.

4. Невротическое стремление к власти: страстная жажда господства над другими; преданность делу, долгу, хотя и играет определенную роль, но не является движущей силой; неуважение других людей (их индивидуальности, достоинства, чувств), стремление подчинить их себе; большие различия в степени вовлеченных в такое стремление деструктивных элементов; неразборчивое поклонение перед всякой силой и презрение ко всякой слабости; боязнь неконтролируемых ситуаций; боязнь беспомощности.

- Невротическая потребность контролировать себя и других людей посредством разума и предусмотрительности; вера во всемогущество интеллекта и разума; отрицание могущества эмоциональных сил и презрение к ним; признание чрезвычайно большого значения предвидению и предсказанию; чувство превосходства над другими, основанное на способности такого предвидения; презрение в себе самом ко всему, что не дотягивает до образа интеллектуального превосходства; боязнь признать объективные границы могущества разума; боязнь «глупости» и неправильного суждения.

- Невротическая потребность верить во всемогущество воли: ощущение силы духа, проистекающее от веры в магическую силу воли; реакция безысходного отчаяния при любой фрустрации желания; тенденция отказываться от желаний или ограничивать желания и терять к ним интерес из-за боязни «неудачи»; боязнь признания каких-либо ограничений абсолютной воли.

5. Невротическая потребность в эксплуатации других и стремление всеми правдами и неправдами добиваться от них для себя преимуществ: оценка других людей в основном с точки зрения их полезности или возможности эксплуатации; различные сферы эксплуатации — деньги (заключение сделок становится болезненной страстью), идеи, сексуальность, чувства; гордость своим умением эксплуатировать других; боязнь самому подвергнуться эксплуатации и, таким образом, оказаться «в дураках».

o
6. Невротическая потребность общественного признания или престижа (в сочетании со страстным желанием власти или без него): оценка всех и всего (людей, неодушевленных предметов, денег, собственных качеств, поступков и чувств) только в соответствии с их престижностью; самооценка, целиком зависящая от характера публичного признания; различия в использовании традиционных или «вызывающих» способов возбуждения зависти или восхищения; боязнь потери привилегированного положения в обществе («унижение») либо из-за внешних обстоятельств, либо вследствие внутренних факторов.

7. Невротическая потребность в восхищении своей особой: раздуптное представление о себе (нарциссизм); потребность в лести и восхищении его воображаемым образом; самооценка, целиком зависящая от соответствия этому образу и от восхищения этим образом другими людьми; боязнь утратить восхищение и испытать «унижение».

8. Невротическое честолюбие в плане личных достижений: потребность превосходить других не посредством того, что ты собой представляешь или каков ты есть на самом деле, а посредством своей деятельности; прямая зависимость самооценки от того, является ли невротик лучшим или нет; стремление быть самым лучшим спортсменом, любовником, писателем, рабочим — особенно в собственных глазах, однако признание со стороны других также имеет важное значение, и его отсутствие вызывает обиду; примесь разрушительных тенденций (имеющих целью взять над другим верх), всегда присутствующих, хотя и различающихся по интенсивности; непрестанное подталкивание себя к еще большим достижениям, несмотря на все-проникающую тревожность; страх неудачи («унижение»).

9. Невротическая потребность в самодостаточности и независимости; настоятельная потребность никогда ни в ком не нуждаться, или же не поддаваться никакому влиянию, или не быть абсолютно ничем связанным, любая близость влечет за собой опасность какого-либо вида порабощения; наличие дистанции и обособленность — единственный источник безопасности; боязнь потребности в других людях, в каких-либо связях, близости, любви.

10. Невротическая потребность в достижении совершенства и непроницаемости: неослабевающая погоня за совершенством; навязчивые раздумья и самообвинения в связи с возможными недостатками;
чувство превосходства над другими на основе собственного совершенства; боязнь обнаружить в самом себе недостатки или совершить ошибки; боязнь критики или упреков.

Основой неврозогенеза, по мнению К. Хорни, чаще всего становится конфликт нескольких невротических наклонностей, когда следование одним наклонностям будет постоянно препятствовать осуществлению противоположных. В такой ситуации человек «заходит в тупик» и, даже несмотря на самостоятельные поиски путей компромисса, невротическая структура характера не позволит ему разрешить невротический конфликт наклонностей. Это обусловлено тем, что, как правило, по мнению К. Хорни, невротик даже не подозревает, что именно эти невротические наклонности являются движущими силами в его жизни. Становление же их самих является продуктом еще более ранних расстройств, конфликтов, которые имели место в человеческих взаимоотношениях.

Ноогенная теория неврозов В. Франкла

Основой неврозогенеза в соответствии с представлениями В. Франкла является не психогения, а экзистенциальная фрустрация (вакуум), когда человек в силу разнообразных причин утрачивает «смысл жизни», когда блокируется его стремление к отысканию конкретного смысла в личном существовании (воля к смыслу). Автор назвал данную разновидность неврозов — ноогенной (от греческого «ноос», означающего разум, дух, смысл). Ноогенные неврозы возникают не из конфликтов между влечениями и сознанием, а из конфликтов между различными ценностями (моральные конфликты), из духовных проблем и, в первую очередь, из-за утраты осмысленности существования.

Ноогенная теория неврозов расходится с психоаналитической в том, что не ограничивается и не замыкается на инстинктивной деятельности человека и его бессознательных процессах, а анализирует духовные реальности. Она фокусируется на потенциальном смысле существования, на осознании человеком к чему он действительно стремится «в глубине души», на актуализации ценностей. Для определения ноогенного неврозогенеза В. Франкл нередко использовал высказывание Ницше о том, что «тот, у кого есть для чего жить, может выдержать почти любое как». 
С точки зрения В. Франкла, невротические расстройства ноогенного характера стали широко распространенными в двадцатом веке в силу двойной утраты, которую претерпел человек в ходе его становления подлинно человеческим существом. Человек утратил некоторые из базисных животных инстинктов, обеспечивавших животным поведение, и у него появилась необходимость «осуществлять свой выбор». Кроме того, еще одной утратой стало разрушение много вековых традиций. И теперь «никакой инстинкт не говорит ему, что ему делать, и никакая традиция не подсказывает, что он должен делать; скоро, — пишет В. Франкл, — он уже не будет знать, что он хочет делать». Подобный экзистенциальный вакуум был обнаружен более чем у половины обследованных автором людей. Он проявлялся, в первую очередь, состоянием скуки от невозможности осознать смысл собственной внешне «бурной жизнедеятельности», направленной на обогащение, власть, сексуальные изыски. Каждая житейская ситуация (а не только психотравма) может бросать человека вызов, требовать ответа на самый главный вопрос о смысле его существования, следовательно провоцировать его на формирование экзистенциального вакуума и невротических симптомов. Причем для избегания невроза должен быть обнаружен смысл многих явлений: существования, любви, страдания. Формирование же невротических симптомов может быть описано в рамках ноогенного механизма как разновидность нигилизма — представления о том, что бытие не имеет смысла вообще.

Приведенные ваше наиболее известные западные теории и концепции неврозогенеза не всегда четко разделяют собственно невротические расстройства и характерологические девиации, способствующие невротическому симптомообразованию. Понятие «невротик» нередко используется этими авторами не в медицинском (нозологическом) смысле и смешивается с понятиями отклоняющегося поведения, что нельзя признать справедливым. Значимость же перечисленных теорий состоит в том, что становление невротических симптомов рассматривается в неразрывной связи с личностно-характерологическим (индивидуально-типологическим) преморбидом пациента. Каждая из концепций претендует на описание типичных черт человека, которого вправе обозначить «потенциальным невротиком». 
Психическая травматизация, личностно-характерологический преморбид и неврозогенез

В настоящее время объединяющими различные психологические подходы к оценке значимых сторон неврозогенеза факторами являются: психическая травма и преморбидные психологические особенности личности и ее базовых параметров — темперамента и характера.

Психической травмой называется жизненное событие, затрагивающее значимые стороны существования человека и приводящее к глубоким психологическим переживаниям. Психическая травма, как событие или ситуация, стоит в ряду иных жизненных ситуаций. Согласно классификации D. Magnusson, существует пять уровней определения ситуации:

1. Стимулы — отдельные объекты или действия.
2. Эпизоды — особые значимые события, имеющие причину и следствие.
3. Ситуации — физические, временные и психологические параметры, определяемые внешними условиями.
4. Окружение — обобщающее понятие, характеризующее типы ситуаций.
5. Среда — совокупность физических и социальных переменных внешнего мира.

К невротическим расстройствам могут приводить как эпизоды и ситуации, так окружение и среда. Психотравмирующими они становятся не только в связи с масштабностью или катастрофичностью. При анализе фактора психической травмы выделяются следующие ее характеристики:

- интенсивность
- смысл
- значимость и актуальность
- патогенность
- острота появления (внезапность)
- продолжительность
- повторяемость
- связь с преморбидными личностными особенностями.

1 Раздел написан в соавторстве с А. Э. Зибер.
Глава 1. Невротические расстройства

По мнению Г. К. Ушакова по интенсивности психических травм их нужно делить на: 1) массивные (катастрофические), внезапные, острый, неожиданные, потрясающие, одноплановые: а) сверх-актуальные для личности, б) неактуальные для личности (например, природные, общественные катастрофы, интактные для данного индивидуума); 2) ситуационные острый (подострые), неожиданные, многопланово вовлекающие личность (связанные с утратой социального престижа, с ущербом для самоутверждения); 3) пролонгированные ситуационные, трансформирующие условия многих лет жизни (ситуация лишения, ситуация изобилия — кумир семьи): а) осознаваемые и преодолимые, б) неосознаваемые и непреодолимые; 4) пролонгированные ситуационные, приводящие к осознанной необходимости стойкого психического перенапряжения (истощающие): а) вызываемые самим содержанием ситуации, б) вызываемые чрезмерным уровнем притязаний личности при отсутствии объективных возможностей для достижения в обычном ритме деятельности.

В. Н. Мясищев делил психические травмы на объективно-значимые и условно-патогенные, подчеркивая тем самым семантическую роль события. Под объективно-значимыми понимаются жизненные события (психические травмы), значимость которых можно считать высокой для подавляющего большинства людей — смерть близкого, развод, увольнение и пр. Условно-патогенными называют события, которые становятся психическими травмами, вызывающими переживания в силу особенностей иерархии ценностей человека (к примеру, потеря марки из коллекции филателиста).

Широко распространена в западной психиатрии шкала Holmes-Rahe, с помощью которой каждому жизненному событию приписывается строго определенный и неизменный выраженный в баллах коэффициент. На основании суммы баллов предлагается судить о силе и интенсивности психического воздействия жизненных событий. Так, наивысшее количество баллов за травмирующее влияние приписывается смерти супруга (100 баллов). Далее следуют: развод (73 балла), разлука супругов (65), тюремное заключение (63), смерть родных (63), женитьба (50), примирение супругов (45), выход на пенсию (45). Авторы включили в шкалу стресса даже такие ситуации, как заклад или заем суммы денег. Причем, если заклад или заем не превышает 10 тысяч долларов,
Глava 1. Невротические расстройства

то это дает 17 баллов по шкале стресса, а свыше 10 тысяч — 31 балл. На основании простого арифметического подсчета баллов предполагается, что можно в процентах априорно оценить риск возникновения невроза. Шкала Holmes-Rahe, несмотря на очевидную субъективность и недостоверность, до настоящего времени широко используется в научных исследованиях, затрагивающих проблемы неврозогенеза.

Актуальный конфликт формирующийся на базе психической травмы, по мнению N. Peseschkian, складывается из жизненных событий и микротравм, роль которых выделяется этим автором особенно. К последним относятся, к примеру, такие, как непунктуальность, нечистоплотность, несправедливость, непорядочность, неверность участника коммуникативного процесса. Подобные микротравмы, действуя ежедневно и монотонно, способны вызвать и сформировать невротическую симптоматику. Таким образом, на первый план выдвигаются не столько значимость или интенсивность психотравмирующего воздействия, сколько повторяемость, однотипность и длительность микротравм, которые входят в противоречие с представлениями человека о «правильных качествах» партнера.

По мнению Б. Д. Карвасарского существуют два подхода к построению классификации невротических конфликтов. К первому относятся попытки феноменологии психотравмирующих обстоятельств и оценки их значимости в неврозогенезе. Однако гораздо большее значение, по мнению многих современных исследователей, представляет классификация по генезу, участвующих внутренних личностных механизмов развития конфликтов. В историческом плане интересен подход В. Н. Мясищева, который рассматривал три основных типа невротических конфликтов: истерический, обсессивно-психастенический и неврастенический.

Подобный подход предопределяет значимость не столько психической травмы в изолированном виде, сколько базовых психологических параметров личности. Первый из отмеченных типов конфликтов (истерический) определяется чрезмерно завышенными претензиями личности, всегда сочетающимися с недооценкой или полным игнорированием объективных реальных условий или требований окружающих. Следует подчеркнуть, что его отличает превышение требовательности к окружающим над требовательностью к себе
и отсутствие критического отношения к своему поведению. В генезе этого типа конфликта существенное значение приобретает история развития личности и процесс формирования системы ее жизненных отношений. Второй (обессосивно-психастенический) тип невротического конфликта обусловлен противоречивыми собственными внутренними тенденциями и потребностями, борьбой между желанием и долгом, между моральными принципами и личными привязанностями. При этом, если даже одна из них и становится доминирующей, но продолжает встречать сопротивление другой, создаются благоприятные возможности для резкого усиления психического напряжения и возникновения невроза навязчивых состояний. Конфликт третьего типа (неврастенический) представляет собой противоречие между возможностями личности, с одной стороны, ее стремлениями и завышенными требованиями к себе — с другой. Особенности конфликта этого типа чаще всего формируются в условиях, когда постоянно стимулируется нездоровое стремление к личному успеху без реального учета сил и возможностей индивида.

Как видно из представленной точки зрения, В. Н. Мясищев в неврозологическом ракурсе был нацелен на поиск морально-нравственных и социально-психологических характеристик человека, формирующих при встрече с психотравмирующей ситуацией особый, типичный стиль невротического поведения. Учение о трех типах невротического конфликта явилось продолжением и развитием теории системы отношений личности, в которой основной упор делался на изучении механизмов «продуцирования психических травм», бессознательного приписывания тем или иным жизненным событиям психического звучания с последующим аффективно проявлявшимся комплексом внутриличностного конфликта. При этом выделялась роль характерологических особенностей.

При анализе работ психологов и психиатров, нацеленных на выявление специфических преморбидных психологических особенностей больных неврозами, отмечается теоретическая и экспериментальная разработка нескольких феноменов и процессов: темперамента, характера, личности, а также отдельных психических функций. На патогенетическую значимость особенностей высшей нервной деятельности указывал еще И. П. Павлов. Основными поставщиками неврозов, по И. П. Павлову, являются крайние варианты нормы, прежде всего слабый тип, однако не исключено их возникновение и у представителей
Глава 1. Невротические расстройства

сильного типа при значительной выраженности патогенного воздействия. Неврастения возникает у людей со слабым или сильным неуравновешенным (безудержным) и повышенно-тормозным типом, средним в отношении сигнальных систем; истерия — у представителей слабого художественного типа с преобладанием подкорковой деятельности над корковой; психастения (которую И. П. Павлов относил к неврозам) — у людей мыслительного типа с болезненным преобладанием кортикальной деятельности над субкортикальной. 

В современной психологической и психиатрической литературе, наряду с темпераментом, большое значение в этиопатогенезе неврозов придается и иным психологическим параметрам человека. Существенными для неврозогенеза являются особенности, в частности, акцентуации характера. Широкую известность приобрело положение V. Magnan об обратно пропорциональной зависимости между ранностью нервной системы и массивностью психической травмы, необходимой для развития невроза: чем более ранима (чувствительна), чем больше предрасположена («нервопатизирована, психопатизирована») нервная система, тем меньшая интенсивность психической травмы необходима для ее поражения. Б. Д. Карвасарский, рассматривая взаимоотношения особенностей характера (в норме и при патологических формах) и неврозов, считал, что, если в прошлом весьма распространенной была точка зрения, что «поставщиками» неврозов, как правило, являются психопаты, а основные формы неврозов представляют собой декомпенсации соответствующих им типов психопатий (истерия — истероидная психопатия, неврастения — астеническая психопатия, невроз навязчивых состояний — психопатия психастенического круга), то в настоящее время в отечественной психиатрии прочно утверждилось представление, что неврозы могут возникать у лиц, и не страдающих психопатиями, а также без сколь-ко-нибудь выраженных психопатических черт характера. Если идти по пути сближения психогенных декомпенсаций психопатий с неврозами в узком смысле слова, то, естественно, в случаях психопатий невроз выступает как рецидивирующее заболевание, так как психогенные срывы могут возникать в обычных жизненных условиях, становясь как бы предпочтительным типом реагирования. У человека же без психопатических особенностей невроз может быть и единственным эпизодом в жизни, возникающим, однако, под влиянием действительной патогенной психотравмирующей ситуации.
Глава 1. Невротические расстройства

С представленной точкой зрения согласны далеко не все исследователи. В частности Ю. А. Александровский считает, что существующее в настоящее время разделение неврозов и психопатий на основании характерных для первых из них «психогенности» и «функциональности», а для вторых — «биологичности» и «органичности» носит сугубо относительный характер. Такое разделение имеет значение для описания клинических форм и вариантов пограничных состояний, определения их прогноза, но не является принципиальным для понимания различий в определяющих их патофизиологических механизмах. Эти механизмы являются скорее общими, а не различными и при неврозах, и при психопатиях. Клинические картины, характерные для «истинных неврозов», могут быть обозначены как «невротические синдромы» безотносительно к основному этиопатогенезу заболевания в целом. Чтобы они реализовались, требуется сочетание врожденно-конституциональных, соматогенно-органических и личностно-ситуационных факторов в их различной комбинации.

Если в вопросе о значимости патологической характерологической «почвы» на неврозогенез существуют различные точки зрения, то роль акцентуаций характера выделяется практически всеми учеными. Наличие акцентуаций характера в условиях психотравматизации может стать благоприятной почвой для возникновения неврозов и невротических развитий. К тому же, отдельным типам акцентуаций характера свойственны определенные формы невротических расстройств. Астеноневротический и лабильный типы акцентуаций предрасполагают в соответствующих условиях к возникновению неврастении; сенситивный, психастенический и реже астеноневротический служат благоприятной почвой для развития обсессивно-фобического невроза. Истерический невроз возникает на фоне истероидной или реже при некоторых смешанных с истероидным типами — лабильно-истеродном, истероидно-эпилептоидном, реже шизоидно-истероидном. Подчеркивая значение выделения понятия «акцентуация характера» для клиники неврозов А. Е. Личко отмечает, что от типа акцентуации зависит не только особенности клинической картины невроза, но и избирательная чувствительность к определенному рода психогенным факторам, поскольку очевидно, что невротическая декомпенсация может быть облегчена психотравматизацией, предъявляющей чрезмерные требования к «месту наименьшего сопротивления» данного типа акцентуации.
Глava 1. Невротические расстройства

В психологических работах анализом особенностей темперамента и характера исчерпываются исследования предрасполагающих к неврозам факторов. Если же рассмотрению подвергаются некоторые личностные качества, то чаще всего их круг не широк и строго предопределён методико-теоретической базой исследования. В. Н. Мясищев предлагал оценивать степень психотравмирующего влияния ситуации в зависимости от системы отношений личности — ценностных ориентаций человека. Было выделено три группы людей в зависимости от сферы жизни, которая, по их мнению, является принципиально важной и в которой сосредоточен «смысл жизни». Для каждой из этих групп психические травмы оказались различными. В первой группе людей, ценностей которых были сосредоточены в семье, психотравмирующим в большей степени становился развод, смерть родственника, болезнь ребенка или родителя, семейные конфликты. Для второй группы людей, ориентированных на ценности карьеры, служебного статуса, невроз возникал после таких психотравм как увольнение с работы, понижение в должности, двойка на экзамене. Третья группа людей, значимой для которых являлась область хобби, психотравмой становилось, к примеру, утрата коллекции. В некоторых психологических работах было отмечено (А. П. Федоров, Л. Д. Малкова), что у лиц без значительных патологических отклонений и акцентуаций характера имеются особая степень выраженности некоторых преморбидных особенностей темперамента, характера и личности. Для группы больных неврастенией оказались характерными повышенная ответственность и добросовестность в сочетании с высокой чувствительностью к критике. Они отличались хорошей работоспособностью и активностью при наличии высокой интенсивности и продолжительности эмоций и достаточно выраженной тревожности. Наряду с этим, в характере больных неврастенией выявлялись низкие показатели уступчивости при средней степени выраженности таких качеств, как решительность, фрустрационная толерантность и адаптивность. Больные истерией в преморбиде отличались завышенной самооценкой, эгоистичностью и эгоцентричностью, относительно высокой активностью, сочетающейся у них с такими свойствами, как низкая степень решительности и целенаправленности и значительная степень внушаемости и самовнушаемости. У них часто выявлялись сочетания выраженной сенситивности и тревожности с лабильностью и импульсивностью. Высокая потребность в контактах и лидерстве сочеталась
Глава 1. Невротические расстройства

со средней степенью уступчивости и ответственности. В преморбиде больных неврозом навязчивых состояний обращала на себя внимание прежде всего низкая степень активности, уверенности в себе, решительности, целенаправленности в сочетании с выраженной тревожностью и мнительностью — черты, свойственные психастеническому типу. Характерным для части больных было сочетание повышенной впечатлительности и чрезмерной чувствительности (при склонности к задержке внешних проявлений эмоциональных реакций) и в связи с этим наличие постоянной фиксации больных на значимых для них сложных жизненных обстоятельствах, чему способствовала также повышенная склонность их к самовнушению.

В психологической платформе изучения неврозогенеза можно отметить два направления, по разному оценивающих процесс восприятия и осознания информации и его роль в возникновении невротических нарушений. Первое из них позволительно обозначить как акцентированное на количественных показателях информации, второе — на качественных. К первому следует отнести положение и представление М. М. Хананашвили об «информационной триаде», лежащей в основе невроза. В нее включаются: 1) необходимость обработки и усвоения большого объема высокозначимой информации (включая и необходимость принятия решения); 2) хронический дефицит времени, отведенного на такую работу мозга; 3) высокий уровень мотивации. При наличии «информационной триады» закономерно с точки зрения М. М. Хананашвили возникает невроз и разнообразные психосоматические расстройства. По мнению П. В. Симонова, невроз — это «болезнь неведения», что, в противовес представлениям М. М. Хананашвили отражает позицию о патогенетической значимости отсутствия или малого, недостаточного количества информации — неведения о том, что может случиться с человеком в ситуации конфликта, чего от него ждут окружающие и прочее.

Понимание сущности невроза в целом предполагает установление связи между картиной болезненного состояния, процессом ее возникновения и между причиной, ее вызвавшей. Если ближайшие причины заболевания заключаются в личности, в ее взаимоотношениях с условиями, в неправильной переработки ею последних, то отдаленной причиной невроза являлись условия истории развития личности. Это приводит к генетическому пониманию нескольких сторон развития невроза: во-первых, невроз является болезнью личности, а сама
личность в каждый момент представляет результат ее индивидуальной истории развития, во-вторых, личность развивается в определенных культурных, экономических, политических условиях, определяющих и характер личности, и причины возникновения невроза.

В связи с тем, что дизонтогенез развития обусловливается как биологическими (генетическими, конституциональными и экзогенно-органическими и др.) патогенными факторами, так и неблагоприятными микросоциально-психологическими, средовыми воздействиями в различных комбинациях, ряд авторов указывает на тесное переплетение симптомов психического дизонтогенеза и признаков дезадаптации, на общность биологических и социальных детерминант (P. Innerhofer, 1974; K. Sadowsky, 1984; А. И. Захаров, 1966 и др.), в связи с чем весьма существенным оказывается взаимодействие «реакция-почва», приобре́ющая патогенетическую значимость при разных типах аномального развития. Г. К. Ушаков (1978) по этому поводу подчеркивает, что «континуум реакция-почва оказывается краеугольным камнем, который лежит в основе практически всех изменений жизнедеятельности организма».

Еще сравнительно недавно понятие «дизонтогенез» трактовалось по ассоциации с понятием «дизонтогения», как грубое нарушение развития организма в перенатальном периоде. В настоящее же время в понятие «дизонтогенез» стали включать любые искажения онтогенетического развития, выделяя при этом пренатальный и постнатальный дизонтогенез. И если пренатальный дизонтогенез выступал ведущим патогенетическим моментом психического развития и отчасти моментом «выбора» преимущественной локализации повреждения (Г. Е. Сухарева, 1955), то психический дизонтогенез постнатального периода развития становился фактором коморбидности, характеризующейся появлением и различным сочетанием симптомов и синдромов, преимущественно пограничного психического реагирования. Таким образом, в последние десятилетия под термином «постнатальный дизонтогенез» стали понимать более легкие формы нарушений психического развития (психического дизонтогенеза), не только структурные, но и функциональные, связанные с расстройствами созревания структур и функций головного мозга (В. В. Ковалев, 1973—1985).

Существует два уровня индивидуально-психологических различий в человеке (В. М. Русалов). К первому уровню относятся результативные «содержательные» индивидуальные различия, касающиеся
Глava 1. Невротические расстройства

социально обусловленных свойств личности. Ко второму уровню относятся динамические свойства и качества личности, которые обусловливаются преимущественно биологической организацией человека – конституцией. Внутренним содержанием конституции человека является реактивность организма, определяющаяся сочетанием свойств телесности, психодинамики и иных характеристик, отражающих состояние реактивности (Б.А. Никитюк, Н.А. Корнетов, 1988).

Нормальная конституция отражает реактивность организма, не выходящую за пределы физиологических состояний в обычных условиях. Если же проявления реактивности влекут за собой существенное снижение потенциала здоровья, можно говорить об уровнях конституционально-типологической аномальности в частных проявлениях конституции, с одной стороны, и краевых, экстремальных характеристик нормальной изменчивости – с другой. Отношения аномальной патологической конституции и нормальной характеризуются как отношение патологической почвы — «патос» к состоянию нормы (здоровья), в одних случаях, и болезни к состоянию нормы — в других (И.В. Боев, О.А. Ахвердова, Н.Н. Волоскова, 2001).


Приведенные выше мнения, а также данные конституционально-генетической теории А.В. Брушлинского (1987–1996), являющейся продолжением и развитием взглядов С.Л. Рубинштейна (1935–1975) на «психическое как процесс», послужили основанием для выдвижения гипотезы о существовании лиц, зависимость которых от внешних социальных и экологических влияний гораздо выше, чем в основной популяции. Многолетний клинико-патогенетический анализ результатов психологических, психофизиологических,

На основании этого И. В. Боевым и О. А. Ахвердовой (1990—1999) была сформулирована концепция о личностно-характерологическом континууме подростков, подчеркивающая идею непрерывности и премущественности, формирования и развития психического облика человека, которая заполняла известный разрыв, промежуток качественных градаций личностной изменчивости между условной психической нормой и психопатиями как узаконенной (статистически, вероятностно) патологической конституцией личности (П. Б. Ганнушкин, 1933; О. В. Кербиков, 1961; А. Е. Личко, 1985; Г. К. Ушаков, 1987). С точки зрения авторов, именно диапазон пограничной аномальной личности (ПАЛ) являлся связующим промежуточным континуальным звеном между психологической нормой и патологической личностной конституцией, представляя собой особый промежуток выраженности и представленности психотипологических, личностных, психофизиологических, антропологических и психопатологических качественных градаций аномальной личностной изменчивости, на системном уровне отличавшихся как от нормы — акцентуаций, так и от психопатий (И. В. Боев, 1999).

Социально-стрессовые, экологические и иные экзогенные факторы, деструктивно влияющие на конституционально-типологическую основу личности и приводившие к снижению функциональной активности индивидуального барьера психологической адаптации, истощали психобиологические резервы личности и компенсаторные механизмы. В свою очередь, последние переставали полноценно выполнять свои функции по укреплению, защите мест наименьшего сопротивления в личностно-характерологической, психофизиологической и, в целом, психобиологической структуре
Глава 1. Невротические расстройства

индицива. Этому же способствовало то обстоятельство, что среди представителей ПАЛ в значительно большей степени, чем среди акцентуантов, обнаруживались смешанные конституционально-типологические ядра: шизо-истероидные, истеро-эпилептоидные. Общим итогом этого являлась неустойчивая адаптация во внешней среде, проявлявшаяся не только личностными и поведенческими аномалиями, но и различными формами девиантного поведения, пограничными психическими (невротическими) расстройствами. Причем толерантность акцентуантов к деструктивному воздействию внешних факторов была достаточно высока в отличие от представителей ПАЛ, у которых она проявлялась значительно слабее.

Значимые психотравмирующие воздействия, адресованные к месту наименьшего сопротивления у акцентуантов, приводили к напряжению индивидуального барьера психологической адаптации, к перенапряжению компенсаторных механизмов, что повышало вероятность дрейфа личностно-характерологической изменчивости в сторону границ ПАЛ. Для представителей ПАЛ, в отличие от акцентуантов, не требовалось патогенетически значимых психотравмирующих ситуаций или иных экзогенных патогенетически обусловленных влияний, чтобы произошел «сдвиг» в сторону проявления личностных, поведенческих девиаций и/или пограничных психических нарушений. Длительные, непрерывные социально нестабильные условия общества или воздействия экологических факторов повышали вероятность нарастания процесса изменчивости качественных и количественных психотипологических особенностей в сторону границ патологии.

Различие форм реагирования на социально-психологические и экзогенные воздействия у акцентуантов и представителей ПАЛ на-глядно демонстрировали следующие данные, полученные в результате лонгitudинных выборочных обследований подростков-представителей четырех базовых психотипов. Выбор в основе качественной градации испытуемых групп шизоидов, истероидов, эпилептоидов и циклоидов, по мнению автора концепции И. В. Боева (1999), соответственно представлениям о типологии высшей нервной деятельности (И. П. Павлов, Б. М. Теплов, В. Д. Небылицин, Б. М. Русаков), типологии темпераментов (Я. Стреляу, Д. Доллард, М. Миллер, А. И. Фальков) или конституциональных психотипов (Э. Кречмер, К. Конрад, У. Шелдон, Г. К. Ушаков).
Глava 1. Невротические расстройства

Данные клинико-психопатологических исследований акцентуантов эпилептоидного типа (эпилептотимиков) подтвердили высокую толерантность к экзогенным и психогенным факторам. Эпизодически возникающие психологические и психопатологические реакции отличались абортивностью, фрагментарностью и не приводили к личностно-характерологическим декомпенсациям и к невротическим, психосоматическим расстройствам. Среди представителей эпилептоидного психотипа диапазона ПАЛ было замечено, что если в отношении собственно стрессогенного воздействия обнаруживалась достаточная толерантность и социально-психологическая адаптация, то при сочетанном воздействии социально-стрессовых и токсических факторов у эпилептоидов наблюдалась актуализация конституциональных механизмов с развитием пограничных психических расстройств.

У шизоидных акцентуантов (шизотимиков) в ответ на социально-стрессовое воздействие наблюдались непатологические психические сенситивные и/или психастенические переживания. В то же время конституциональные шизоидные радикалы легко давали патологические психические реакции как на социальные, так и на иные экзогенные факторы (экологические, травматические, токсические) в виде субдепрессивно-интохондрических, субдепрессивно-фобических, обсессивно-интохондрических и астено-субдепрессивных реакций. Ни у одного из обследованных шизоидных акцентуантов не наблюдалось развития пограничных психических расстройств или процессуальных генетически обусловленных психических заболеваний. В отличие от них у конституциональных шизоидов психопатологические синдромы (также как и патологические психические реакции) отличались формированием сложной, хотя и нестойкой, структуры.

В группе истероидных акцентуантов (истеротимиков) были выявлены следующие особенности. Из всех реакций у истеротимиков наиболее часто встречались патохарактерологические аномальные реакции. Психосоматические реакции наблюдались преимущественно в ответ на стрессоры личностно-интимного характера. При сочетанном же воздействии психотравмирующих и экзогенных факторов в виде бытовой алкоголизации, черепно-мозговых травм и т.д. обнаруживалась трансформация реакций в психопатологические синдромы с выраженным вегето-сосудистым компонентом. Представители истероидного психотипа характеризовались большей легкостью формирования аномальной личностной изменчивости, отражающей большую
вероятность прорыва индивидуального барьера психической и психологической адаптации, более низкую толерантность к экзогенным факторам и, наконец, легкость в развитии личностно-характерологической декомпенсации.

У подростков с циклоидным типом акцентуаций (циклотимиков) в ответ на социальные стрессоры наблюдались патологические реакции, которые отличались яркостью, экзальтированностью, простой эмоциональной структурой с длительностью до двух недель. Особенностью течения реакций было то, что они, заканчиваясь, не оставляли «следов». После завершения реакции настроение циклоидов возвращалось на прежний уровень. У большинства обследуемых представителей циклоидного психотипа регистра ПАЛ наблюдались патологические психические реакции с их последующей трансформацией в психопатологические аффективные синдромы. Их течение отличалось длительностью — не менее 6–12 месяцев, а психопатологические особенности характеризовались вялостью и неяркостью проявлений. Провоцирующими факторами аффективных расстройств у циклоидов служили, в первую очередь, факторы социальной нестабильности. В последующем в развитии синдромов преобладали механизмы автономности, т. е. эндогенез.

Таким образом, типологические свойства нервной системы, создавая, с одной стороны, неповторимую индивидуальность личности и являясь природной основой темперамента, характера, способностей, а с другой — подвергаясь негативному воздействию дизэмбриогенеза и дисонтогенеза, способствуют аномальной изменчивости высшей деятельности и личности, и формируют конституционально-континуальное пространство на органической почве. Представители конституционально-типологического личностного континуума, располагающиеся в диапазоне пограничной аномальной личности с признаками недостаточности высшей нервной деятельности органического происхождения, под воздействием любых дополнительных неблагополучных внешних воздействий легко демонстрируют срыв индивидуального барьера психической и психологической адаптации. При этом наступающая декомпенсация психобиологического резерва приводит к формированию пограничных психических (в том числе, невротических), личностных и поведенческих расстройств, спровоцированных информационно-стрессовыми, социальными и экологическими факторами.
С точки зрения И. В. Боева (2000) невротические реакции, возникающие на фоне церебрастении и формирующиеся под влиянием негативных переживаний, страха, обиды, ревности, а, порой, и без видимых причин (Г. Е. Сухарева, 1974), являются закономерным следствием конституционально-типологической личностной недостаточности, соответствующей пограничной аномальной личности. Так, характерная неустойчивость настроения и большая реактивная лабильность при истерических реакциях, обусловленных повышенной внушаемостью и самовнушаемостью, чаще соответствует диапазону пограничной аномальной личности и практически не встречается в диапазоне психологической нормы — акцентуациях. В диапазоне нормы подростки с истерическими чертами характера отличаются большей адекватностью при выборе поведенческих стереотипов, в то время, как у представителей ПАЛ наряду с невротическими реакциями, развивающимися под влиянием психогенных факторов, могут появляться неврозоподобные состояния, отличающиеся от невротических наличием дополнительной, более грубой, органической симптоматики.

Таким образом, можно констатировать, что значимым для формирования невротических расстройств является взаимодействие конституциональной «почвы», проявляющейся в особенностях формирования темперамента, характера и косвенно личности, и психической травматизации.