

В. И. Гарбузов

Ю. А. Фесенко

НЕВРОЗЫ У ДЕТЕЙ

СПЕЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА

Специальная педагогика

Юрий Фесенко

Неврозы у детей

«КАРО»

2013

УДК 616.8+376
ББК 74.3

Фесенко Ю. А.

Неврозы у детей / Ю. А. Фесенко — «КАРО»,
2013 — (Специальная педагогика)

ISBN 978-5-9925-0849-9

Книга написана кандидатом медицинских наук, профессором Государственной классической академии им. Маймонида, основателем первого в стране городского отделения по лечению неврозов у детей (Ленинград), детским психотерапевтом и психиатром, рефлексотерапевтом, врачом высшей категории, занимающимся лечением неврозов у детей более полувека, Виленином Исаковичем Гарбузовым и его учеником – доктором медицинских наук, профессором факультета клинической психологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического Университета и кафедры коррекционной педагогики и коррекционной психологии ЛГУ им. А. С. Пушкина, членом-корреспондентом РАН, заслуженным деятелем науки и образования РАН, детским психотерапевтом и психиатром, рефлексотерапевтом, врачом высшей категории, занимающимся изучением и лечением пограничных психических расстройств у детей в «Центре восстановительного лечения „Детская психиатрия“ имени С. С. Мнухина» больше 25 лет, Юрием Анатольевичем Фесенко. В книге рассмотрены вопросы изучения пограничных психических расстройств, в том числе и неврозов, в историческом аспекте, освещены основные компенсаторные механизмы головного мозга ребенка, проанализированы понятия о стрессе и психической травме. Авторами дана подробная характеристика методов терапии неврозов – психофармакотерапии, психотерапии, представлен собственный комплексный метод лечения детей с пограничными психическими заболеваниями, включающий психофармакотерапию, адаптивное управление, рефлексотерапию, физиотерапевтическое лечение, различные виды психотерапии. Приводятся собственные данные по более чем 3000 больным пограничными психическими расстройствами детей. В интересной форме даются яркие клинические примеры, позволяющие понять основной психологический компонент того или иного страдания. Кому-то

может показаться, что книга написана слишком научным языком, кому-то, напротив, что излишне упрощенным. Однако она и задумывалась авторами как разговор на научную тему, но тем не менее глубоко интересующую совершенно разных людей, и поэтому доступна самому широкому кругу читателей. Книга адресована, таким образом, и врачам-практикам (психиатрам, психотерапевтам, неврологам), и психологам, и родителям детей с неврозом, и просто интересующимся вопросами возникновения, течения и терапии пограничных психических расстройств, к которым относятся неврозы.

УДК 616.8+376

ББК 74.3

ISBN 978-5-9925-0849-9

© Фесенко Ю. А., 2013

© КАРО, 2013

Содержание

Вступление	7
Глава 1	10
Глава 2	32
Глава 3	42
Глава 4	49
Конец ознакомительного фрагмента.	67

Гарбузов В. И., Фесенко Ю. А. Неврозы у детей

*Nemo me impune lacessit*¹

¹ Никто не тронет меня безнаказанно (*лат.*)

Вступление

Невроз, который в обиходе часто называют «нервозом», связывая его, по-видимому, со словом «нервы», является настолько интересным, ярким, изящным по проявлениям заболеванием, что его изучению, описанию, анализу отдали невероятное количество времени и сил тысячи ученых, врачей, психологов и писателей.

Считается, что невроз – болезнь «не для всех», им может заболеть только тонкая, ранимая, «со сложной душевной организацией» натура. Если вспомнить, как относились к понятию «интеллигент» в советские времена («с аристократичными манерами, в очках и шляпе: хлюпик из анекдотов»), то скромный, тихий, не умеющий постоять за себя интеллигентный человек в те времена и считался невротиком, которого жизнь и сильный, негибаемый, идущий напролом «строитель светлого коммунистического будущего» оставляли на задворках существования. И вообще, тогда считалось, что неврозом болеть стыдно (невроз – болезнь личности, а личность настоящего советского человека – личность без изъянов!). В. И. Гарбузов, один из ведущих детских психотерапевтов нашего времени, мой первый учитель в области неврологии и, к моему огромному удовлетворению, мой сегодняшний соавтор, как-то сказал мне: «Неврозов не бывает у крестьян! У них спокойная, размеренная, предсказуемая жизнь. В деревне все ясно и понятно. И все проблемы решаются в кулачных боях. Невроз – удел жителя города, особенно большого города – урбанизация, что поделаешь!»

Кроме того, необходимо сказать, что существует еще одно расхожее мнение: невротизации подвержены люди с высокоструктурированной личностью, а значит, чувствительной и ранимой. Так действительно ли невроз – удел «избранных»? Попробуем разобраться.

Итак, неврозы (принято выделять несколько форм невроза) – заболевания, относящиеся к пограничным формам психических расстройств. Это всегда следствие внутри- и межличностных конфликтов в отличие от неврозоподобных нарушений, внешне похожих на неврозы, но имеющих в большей степени непсихогенную природу. К факторам, способствующим развитию неврозов, относятся специфические особенности личности, включая инфантилизм, психопатические черты характера, крайние варианты нормальных характеров, невропатию, психофизическую ослабленность вследствие болезней, истощений, хронической и острой психотравматизации, интоксикаций и т. п. Не случайно еще швейцарский психиатр Эйген Блэйлер (Eugen Bleuler) (1857–1939), автор термина «шизофрения», сказал о причине возникновения невроза: «Невроз – от превратностей судьбы!» [Блейлер Э., 2001].

Если обратиться к истории невроза, то относительно трех основных его форм, коротко можно заметить: об *истерии* впервые в конце XVIII – начале XIX века сказал французский психиатр Пинель, хотя рассматривал как невроз и глухоту, слепоту, изжогу, рвоту, параличи, водобоязнь, столбняк, ипохондрию; американский врач Бирд в конце XIX века описал *неврастению* как невроз, возникающий на почве переутомления (главным образом умственного), подчеркнув при этом значение длительных переживаний как основного условия ее возникновения; и, наконец, в начале XX века З. Фрейд выделил третий из так называемых больших неврозов – *невроз навязчивости*, использовав термин *Zwangs* для обозначения непреодолимости, насильственности навязчивых явлений.

Определений невроза в современной литературе огромное количество. Однако более точного, патогенетически обоснованного определения, чем то, которое дал крупнейший отечественный исследователь проблемы неврозов В. Н. Мясищев в своем классическом труде «Личность и неврозы» (1960), пожалуй, не найти. Невроз, по В. Н. Мясищеву – «...психогенное заболевание, в основе которого лежит неудачно, нерационально и непродуктивно разрешаемое личностью противоречие между нею и значимыми для нее сторонами действительности, вызывающее болезненно тягостные для нее переживания: неудачи в жизненной борьбе, недо-

влетворение потребностей, недостигнутой цели, невознаградившей потери. Неумение найти рациональный и продуктивный выход влечет за собой психическую и физиологическую дезорганизацию личности. Как подчеркивал В. Н. Мясисев, «... чаще всего невроз возникает на почве столкновения желаний личности и действительности, которая их не удовлетворяет».

Это определение вполне согласуется с мнением Фрейда, что невроз – это «чувство несостоятельности». Юнг ввел в обиход понятие «комплекс», а Адлер – «неполноценность», что при совмещении родило широко употребляемое сейчас словосочетание «комплекс неполноценности», целиком соответствующее психологической канве страдания при неврозе.

Виленин Исакович Гарбузов, один из ведущих на сегодняшний день исследователей неврозов, пишет: «Зигмунд Фрейд, основоположник научной неврологии, писал, что невроз – бегство от реальности оказавшихся „слабыми для этой жизни“, в монастырь. И „монастырь“ – это невроз. Вот и все, ясно и просто. Но возникает вопрос – кто они, оказавшиеся слабыми? Чтобы ответить на этот вопрос, нужно рассмотреть понятия „адаптивность“ и „адаптированность“. Это одна из самых острых проблем для человека. Именно она порождает у многих неверие в Бога, горькую претензию к Нему: почему Он так несправедлив, даруя одному – все, а другому – ничего... Адаптивность – это уровень врожденных и приобретенных психофизических возможностей человека, обеспечивающих готовность к адаптации – приспособлению человека к жизни. Адаптированность – уровень умственных потенций, способностей, физических данных, защитных сил организма, уровень биоэнергетического потенциала, адаптивных личностных характеристик человека... Адаптивность более всего проявляется в экстремальных ситуациях, обстоятельствах, условиях, в преодолении трудностей, во всех видах испытаний, в конкурентных отношениях, в устойчивости к дистрессам – к отрицательным явлениям жизни и к переживаниям, и в способности реализовать свои притязания. Естественно, она проявляется в устойчивости к заболеваниям и при заболеваниях...»

В том, что мы не одинаково одарены Богом, – великая мудрость испытания человека одаренностью, как и отсутствием таковой. И слабые – дети, природно и по воспитанию низкоадаптивные, а потому закономерно закомплексованные неполноценностью и страхом перед реальностью своего бытия. А „монастырь“, в который они убегают, – психологическая защита – самообман. *Невроз же – фиксированная психологическая защита, грандиозный самообман, бегство от реальности в своеобразную психологическую „инвалидность“!* Психологическая защита при этом, позволяет человеку, капитулировав перед жизнью, сохранить свое достоинство, используя бессознательный самообман: „Да, у меня не сложилась судьба, но я не виноват в этом, виновата моя болезнь, виноваты злые люди, виновата жизнь...“ А болезни у него нет, она – психозащитный самообман и невроз! Внутренний конфликт, ведущий к неврозу, – это прежде всего конфликт между сверхпотребностью человека сохранить свое достоинство и неспособностью его защитить! Чувство достоинства – важнейшая составная часть индивидуальности, и более всего оно направлено на сохранение индивидуальности. Без достоинства нет человека, нет личности. Оно всегда подвигало навстречу опасности и заставляло встать упавшего, если он еще мог подняться. При подавлении индивидуальности, темперамента и обострении инстинкта самосохранения подавляются и инстинкты свободы и сохранения достоинства, чувство достоинства. Но оно никуда не делось и воздействует из глубин, где погребено» [Гарбузов 2001].

Человек – существо социальное. Если он вне общества, то он либо в монастыре, либо в тюрьме (хотя и там существуют специфические, но все же общественные отношения). Поступки, образ жизни человека постоянно оценивают, и он это знает, переживая за то, с каким знаком эта оценка. Французский философ, ученый и писатель Блез Паскаль (1623–1662), автор трактата «Размышления», сказал: «Чем бы человек ни обладал – прекрасным здоровьем, любыми благами жизни, он все-таки недоволен, если не пользуется почетом у людей. Имея все возможные преимущества, он не чувствует себя удовлетворенным, если не зани-

мает видного места в умах людей. Даже презирающие род людской тираны, и те хотят, чтобы люди поклонялись им и верили в них». Это и называется инстинктом социального одобрения, инстинктом, в проявлении которого схожи артист и ребенок, обыватель и талантливый, руководитель и подчиненный. Только стремление к такому одобрению идет у них разными путями.

Ю. А. Фесенко

Глава 1

История изучения неврозов

Термин «невроз» был предложен еще в 1776 году английским врачом Вильямом Кулленом (W. Cullen), который попытался связать ряд патологических состояний с вызвавшим их нарушением нервной деятельности, а крупнейший французский психиатр Филипп Пинель еще в 1801 году говорил, что истинные неврозы «не чисто нервные заболевания, но и в такой же степени моральные», относя в первую очередь к неврозам истерию. Но только в XX веке началось последовательное и глубокое изучение этих расстройств. Швейцарский психиатр, психолог и психотерапевт Поль Дюбуа в 1904 году предложил, а в 1912 году описал термин «психоневроз» («Психоневрозы и их психическое лечение»), чем хотел подчеркнуть роль психических факторов в возникновении невротических расстройств («...умственное представление во все их симптомы»), их функциональный характер, их отличие от психозов. В 1913 году выдающийся немецкий психиатр Карл Ясперс (1883–1969) подчеркивал, что невроз должен отвечать трем основным критериям психогенных заболеваний:

- он вызывается психической травмой;
- содержание травмы отражается в клинической картине страдания;
- невроз появляется, как правило, вслед за психической травмой и чаще всего уменьшается или вообще прекращается после исчезновения или дезактуализации психотравмирующих моментов. При неврозе имеет место осознание своей болезни и стремление избавиться от нарушений [Ясперс 1997].

Исследованию неврозов посвятили себя многие неврологи французской школы. Жан Мартен Шарко (Jean-Martin Charcot; 1825–1893), руководитель всемирно известной больницы Сальпетриер в Париже, разработал учение об истерии, на основе которого ученик Шарко клиницист-невролог Ф. Раймонд (F. Raymond; 1844–1910) установил, что неврозы – это не болезнь, а синдром (синдром неврастения, истерии, психастении), дав в своей монографии чисто феноменологическое, симптоматическое обоснование неврозов. Так как эти синдромы наблюдаются при различных заболеваниях и различных этиологических моментах, то это, по мнению В. К. Хорошко, «...остается верным для многих форм и до сих пор. Обычно диагноз того или иного невроза ставится только на основании симптоматологической картины» [Хорошко 1943].

Ученые этой школы поразили научный мир рядом своих монографий: Пьер Жане (Pierre Janet; 1859–1947) – о фиксированных идеях, навязчивых страхах; Жюль Дежерин (Joseph Jules Dejerine; 1849–1917) – об эмоциональных факторах при развитии неврозов; Жозеф Бабинский (Joseph Jules Babinski; 1857–1932) – об истерии, дав классическую ее формулировку; Поль Шарль Дюбуа (P. Dubois; 1848–1918) – о психотерапевтическом подходе (рациональная психотерапия) к неврозам.

Интересен исторический обзор отечественной литературы по проблеме неврозов, чему мы и посвятим большую часть этой главы, не забывая и о зарубежных авторах, внесших наибольший вклад в изучение этих расстройств.

Рассматривая вклад Зигмунда Фрейда (1856–1939) в невротологию, особенно на первом этапе исследования им истерического невроза, необходимо сказать об Йозефе Брейере (1842–1925), наставнике и близком друге Фрейда, основателе катартического метода психотерапии, невропатологе-практике. Он считался самым популярным врачом в Австрии и был настолько блестящим диагностом, что его полагали божественным доктором, ясновидящим, психотерапевтом, добивающимся успеха в тех случаях, когда остальные доктора терпели неудачу. В лечении пациентов с истерией Брейер применял гипноз, нередко в присутствии Фрейда, с совмест-

ным обсуждением того, что происходило во время терапии. Все это произвело на З. Фрейда глубочайшее впечатление, и он предложил Брейеру совместно написать книгу об истерии. Фрейд убеждал своего наставника и друга в том, что никто не выдвинул теорию приступов истерии, ее этиопатогенеза, что даже великий Шарко, как и все до него, давал лишь описание клиники этого невроза, что только они, Брейер и Фрейд, открыли роль подсознания как области, в которой и содержатся все механизмы истерии. Книга «Этюды по истерии» вышла в 1895 году. Она написана Фрейдом, но каждый постулат этого произведения многократно обсуждался с Брейером. Кроме того З. Фрейд поставил на титуле фамилию соавтора первой, что характеризует его глубокое уважение к Й. Брейеру.

В книге «Этюды по истерии» авторы впервые научно сформулировали роль психической травмы, осветили механизмы истерических проявлений, описали суть задержанного и вытесненного в подсознание аффекта, психическое содержание которого переносится на соматическую сферу организма (истерическая конверсия), определяя этим клинические проявления истерии.

В дальнейшем Фрейд стал работать один, понимая всю ответственность за свои революционные идеи, предвидя годы сокрушительной критики, неприятия, отвержения и обструкции, что особенно подтвердилось идейным разрывом с самыми близкими его сотрудниками – А. Адлером и К. Юнгом.

Разрабатывая проблему неврозов, Фрейд говорил, что невротики «заболевают вследствие своей несостоятельности (*versagung*) в каком бы ни было отношении» [Фрейд 1922 с. 89], подчеркивая, что у невротика всегда на первом месте стоит несостоятельность и он, когда следует вступить в борьбу, укрывается в неврозе. Фрейд также отмечал, что у невротика всегда имеется личностный конфликт, когда одна часть личности отстаивает как наиважнейшее то, что для другой ее части – неприемлемо. Он называл это «психическим конфликтом», замечая при этом, что «должны существовать особенные условия для того, чтобы такой конфликт стал патогенным» [Там же с. 139], и тогда «невротик всякий раз совершает бегство в болезнь от конфликта» [Там же с. 171].

В книге «Неврозы и психотерапия» есть размышления: «Многие работы Фрейда пронизаны идеей пансексуализма, и в этом, безусловно, есть свой смысл. Никто не будет отрицать огромную мощь и энергию врожденной, инстинктивной сексуальности как основы перво-степенной биологической потребности всего живого в продолжении рода, великой эстафеты жизни. Но для рассмотрения проблемы неврозов лично для меня написанное Фрейдом о сексуальной природе неврозов – модель представления о неврозах и их этиопатогенезе – в целом. И когда Фрейд пишет: «Невротик застрял где-то в своем прошлом; теперь мы знаем, что это прошлое составляет период, когда его либидо не было лишено удовлетворения, когда он был счастлив» [Там же с. 155], то для меня это звучит так: «Невротик застрял где-то в своем прошлом... когда он был счастлив...» И для меня это указание: при неврозе человек как бы возвращается в свое детство, инфантилизируется, впадает в пуэрилизм, короче, невроз – регрессия личности... Мне не важно, какое именно удовлетворение имеет в виду Фрейд, а важна мысль о поиске невротиком в неврозе чего-то очень важного, недостающего ему в реальной жизни!» [Гарбузов 2001].

Итак, по З. Фрейду, невроз – регрессия (инфантилизация, «возвращение в детство») страдающего от чувства несостоятельности, внутреннего конфликта, возникших от страха перед реальностью, от «разочарования в жизни», это бегство в болезнь от патогенных психических потрясений, когда психическая травма ведет к формированию клинических проявлений невроза. Надо отметить, что только после вышедших работ Фрейда невроз перестал быть «загадочным» и необъяснимым психопатологическим феноменом.

З. Фрейд хотя и не дал определения невроза, не успел указать на решающую роль психологической защиты в механизме формирования невротического расстройства, но бле-

стяще описал «уловки» неосознаваемой сферы психики, обозначил проблему психологической защиты, устраняющей патогенное воздействие внутреннего конфликта.

Говоря о вкладе в неврологию Альфреда Адлера (1870–1937), венского психиатра, психолога и психотерапевта, ученика и сотрудника З. Фрейда до 1913 года, необходимо остановиться на истории их взаимоотношений, ибо она – одна из ярчайших иллюстраций того, что всем людям «не чуждо все человеческое», ибо в ней вся сложность личности и ее системы отношений к себе, к другим и к жизни, без понимания которой невозможно понять и этиопатогенез неврозов. Ведь дело в том, что это история не только взаимоотношений Фрейда и Адлера, а и взаимоотношений трех титанов психологической науки и психотерапии – Фрейда, Адлера и Юнга.

«А. Адлер и К. Юнг восторженно приняли З. Фрейда и его учение, Фрейд же, со своей стороны, принял Адлера и Юнга. В работах всех этих великих людей много размышлений о добре, о понимании человека человеком, о терпимости, гуманизме, прощении и раскаянии. Но Адлер, уходя, говорит Фрейду: “Не думаете ли вы, что для меня большое удовольствие всю жизнь стоять в вашей тени?”, а Фрейд пишет о своем самом ярком и любимом ученике Юнге: “Мы расстались с ним без всякой потребности встретиться снова”. И не встретился более, как и с Адлером, холодно воспринял весть о смерти Адлера, а Юнг холодно воспринял смерть Фрейда... Да, были идейные разногласия, и историки психоанализа видят разрыв этих великих людей именно в них, а я вижу во всем этом трагическую повесть о человеческих страстях и поучительное для понимания психологии человека, самого человека. Ведь тот же Адлер лишь позднее создал свою “индивидуальную психологию” и окончательно отошел от психоанализа, но вначале основал “Общество свободного психоанализа”, оставаясь в “тени” ортодоксального психоанализа, и как бы он это ни трактовал, я понимаю это как “общество, свободное от Фрейда”» [Гарбузов 2001].

Возвращаясь непосредственно к неврозам, необходимо сказать, что первопричиной возникновения невроза Адлер считал чувство несостоятельности, от которого человек стремится избавиться путем достижения чувства превосходства, т. е. путем стремления к власти. Это, по мнению А. Адлера, особенно естественно для ребенка, поскольку, будучи беспомощным и зависимым от родителей, он неосознаваемо борется за достижение превосходства над значимыми для него людьми (родителями в первую очередь), стремясь тем самым к совершенству и компетентности, что и является ведущим мотивом человека на пути к самосовершенствованию. Если родители отвергают ребенка, чрезмерно его опекают, подавляя самостоятельность, у него формируется комплекс неполноценности. Это новообразование порождает стремление к гиперкомпенсации, ведущей к желанию превзойти всех, и тем самым формирует комплекс превосходства, который проявляется в эгоцентризме, высокомерии, гордыне, желании преувеличивать свои способности, возможности и достижения и преуменьшать их у окружающих. Адлер вообще считал, что стремление к превосходству – это сама жизнь, что оно врожденно и неосознаваемо (с пятого года жизни ребенка) определяет долговременные цели человека и смысл его жизни. При этом Адлер полагал, что стремление к превосходству имеет два знака: позитивный, когда это стремление конструктивное, и негативный, когда оно деструктивное. И в случае с деструктивным стремлением к превосходству, которое присуще лицам с низкой приспособляемостью, достижение превосходства осуществляется ими путем эгоцентризма и за счет других.

Адлер делил людей на четыре типа: 1) управляющий тип, к которому относятся самоуверенные, напористые, эгоцентричные и антисоциальные; 2) берущий тип – эгоцентричные, малоактивные, стремящиеся получить от жизни, от окружающих все, ничего не давая взамен; 3) избегающий тип – эгоцентричные, тревожные, малоактивные, склонные к бегству от всех жизненных проблем; 4) социально полезный тип – мужественные, социально-ориентированные, стремящиеся принести пользу людям. На основании всего этого Адлер дает свое опреде-

ление невроза: «невроз – это естественное, логическое развитие индивидуума, сравнительно неактивного, эгоцентрически стремящегося к превосходству и поэтому имеющего задержку в развитии социального интереса, что мы наблюдаем постоянно при наиболее пассивных, изнеженных стилях жизни» [Adler, 1956, с. 241]. Адлер считал, что невротик избирает неправильный (ложный) стиль жизни, ложные цели, страдает комплексом неполноценности и использует такие стратегии психологической защиты, которые помогают ему справиться с переживаниями неполноценности. Это открытие А. Адлера, по нашему мнению, и есть основа формирования невроза, в чем огромную роль играет именно *психологическая защита*! Хотя, как мы видели ранее, сам Адлер в своем определении невроза не указывает на этот фактор.

Невротики, по Адлеру, борясь за свои жизненные цели, стремятся к возвеличиванию за счет искренней заботы окружающих, жаждут, чтобы их проблемы разрешались заботой о них других людей. А психическая травматизация – лишь экзогенный фактор, приводящий к возникновению невроза у личности, к этому предрасположенной. К неврозу, таким образом, предрасположены лица «берущего» и «избегающего» типов, согласно адлеровской градации.

Взгляд на неврозы Карла Густава Юнга (1875–1961), «кронпринца психоанализа», автора аналитической теории личности, окончательно оформился после разрыва с Фрейдом, когда он стал самостоятельно разрабатывать аналитическую психологию – своеобразный вариант культурологии. Следуя во многом в психотерапевтической практике Фрейду, Юнг расходился с ним в понимании культуры. Подчеркнем существенные отличия теории К. Юнга от классического психоанализа культуры – неприятие пансексуализма Фрейда и эротической интерпретации всех явлений культуры, модифицированная структура личности и понятие «коллективного бессознательного» наряду с «индивидуальным бессознательным». И, пожалуй, самое существенное отличие от Фрейда в анализе культуры: у Фрейда культура включена в Сверх-Я, стоящее в оппозиции к Оно (вместилище бессознательного), у К. Юнга сознательное и бессознательное дополняют друг друга. Более того, оба они есть источник культуры.

В центре учения Юнга лежит представление об «индивидуации». Процесс индивидуации обусловлен всей совокупностью душевных состояний, которые координируются системой дополняющих друг друга отношений, способствующих созреванию личности. Юнг подчеркивал важность религиозной функции души, считая ее неотъемлемым компонентом процесса индивидуации.

Юнг понимал неврозы не только как нарушение, но и как необходимый импульс для «расширения» сознания и, следовательно, как стимул к достижению зрелости (исцеления). С такой точки зрения психические нарушения – не просто неудача, болезнь или задержка развития, но побуждение к самореализации и личностной целостности.

К. Юнг первым разработал теорию, гласящую, что каждый человек обладает психологическим типом. Он был убежден, что существуют два класса психологических «функций», используемых людьми: первые, через которые мы получаем информацию («воспринимаем» вещи), и вторые, на основании которых мы принимаем решения. Внутри каждого из этих двух классов существуют два противоположных способа функционирования: мы получаем информацию через 1) *ощущения* или 2) *интуицию* и принимаем решения на основании 1) *объективной логики* или 2) *субъективных чувств*.

Юнг говорил, что в своей жизни люди используют все четыре перечисленные выше функции, но каждый отдельный человек использует различные функции с разным успехом и частотой. Таким образом, можно определить индивидуальный порядок предпочтения этих функций. Функция, которая используется чаще всего, называется доминирующей. Доминирующая функция поддерживается вспомогательной (2-й) функцией, третьей (3-й) функцией и подчиненной (4-й) функцией. К. Юнг утверждал, что люди могут иметь или «экстравертную», или «интровертную» доминирующую функцию. Доминирующая функция настолько важна, что задает тон остальным функциям и всему поведению человека в целом. Само слово «версус» в переводе

с латинского означает «поворачивать», «направлять», таким образом, экстраверт – «направленный вовне», а интроверт – «направленный внутрь» (подразумевается, на себя или внутрь себя). Кроме того, в каждом типе или большом классе личностей, относящихся к экстра- или интровертам, Юнг различал подклассы, соответствующие основным психическим функциям: мышлению, эмоциям, ощущениям и интуиции. При главенстве одной из перечисленных функций проявляются соответственно мыслительный, эмоциональный, сенсорный или интуитивный тип. Каждый из этих типов может быть экстравертированным или интровертированным. Юнг отмечал, что «каждый человек обладает обоими механизмами, экстраверсией и интроверсией, и только относительный перевес того или другого определяет тип» [Юнг, 1984, с. 238].

Интровертированная личность, по Юнгу, это такая личность, которая при всех обстоятельствах старается свои собственные субъективные психологические явления поставить выше всего окружающего, т. е. в обыденном понимании это крайнее проявление эгоистических тенденций личности. *Экстравертированная личность*, наоборот, превыше всего ставит внешние обстоятельства, т. е. в большинстве случаев ориентируется на мнение социальной среды и установленные ею нормы.

К крайним интровертам подходит пословица: «В тихом омуте черти водятся». Они в большинстве своем молчаливы, трудно доступны, непонятны для окружающих. Их эмоции глубинны и иногда проявляются в изумляющих всех поступках героического характера, но о том, что они чувствуют в действительности, можно только догадываться. По словам Юнга, «они всегда стремятся к образу, которого в действительности нельзя найти, они скользят мимо цели объекта, который не подходит для их цели, они стремятся к внутренней интенсивности, для которой внешние объекты являются только возбудителями» [Там же, с. 247]. Наиболее распространенная форма их поведения – подчеркнутое равнодушие ко всему окружающему и негативные эмоциональные суждения.

Крайние экстраверты, наоборот, кажутся открытыми, общительными людьми. Это, как правило, душа общества, человек, который всегда в курсе всех событий, знает все последние новости. Вся их деятельность направлена на приспособление к окружающей среде любыми способами. Их оценки соответствуют традиционным и повсюду распространенным меркам ценности. «Экстравертированное чувство, – пишет Юнг, – насколько могло, освободилось от субъективного фактора и всецело подчинилось влиянию окружающего. Даже там, где оно кажется независимым, оно все-таки находится во власти традиционной или какой-либо имеющей общее значение оценки... Особенно ясно такая черта сказывается в выборе объекта любви: любят “подходящего” человека потому, что он по своему званию, возрасту, состоянию соответствует всем разумным требованиям... “Правильно” чувствовать можно только тогда, когда ничто другое не мешает эмоциям. Ничто, однако, так сильно не мешает чувствованию, как мышление. Отсюда совершенно понятно, что мышление у этого типа подавляется настолько возможно... Это мышление инфантильно, архаично и негативно» [Там же, с. 241–243]. Наиболее ограниченные субъекты при всей своей «гибкости» не поспевают за быстро изменяющимися внешними условиями. Поэтому основы психики такой личности часто становятся в оппозицию по отношению к меняющимся обстоятельствам, и для стороннего наблюдателя их эмоции кажутся неестественными, преувеличенными. Слова звучат пусто и неубедительно, манеры вычурны и броски или, наоборот, чересчур скованны и нарочито скромны. Все это особенно ярко проявляется, когда крайний экстраверт получает власть. Приобретенное чрезмерное влияние ведет к утрате чувства реальности и вместе с ним – остатков личностного характера эмоций. Поведение такого человека производит впечатление позы, легкомыслия, ненадежности и не может вызвать сочувствия и отклика у окружающих.

Подводя итог, отметим, что невроз, по Юнгу, представляет собой моральный кризис личности, вызванный скрытым и бессознательным комплексом: неразрешенными эгоистическими проблемами, застревании на эгоистическом восприятии жизни, ее смысла при доминирова-

нии тенденций «индивидуального бессознательного» над «коллективным бессознательным». В этом определении тоже звучат очень важные составляющие пути в невроз: эгоцентричность, личностный кризис, кризис смысла жизни.

Карен Хорни (1885–1952), немецкий психиатр, психотерапевт и психолог, с 47 лет работавшая в США, где основала Американский институт психоанализа (и была его деканом до конца своей жизни), во главе угла формирования личности видела удовлетворение потребностей ребенка в безопасности, полностью зависимое от отношения к нему родителей. В ситуации, когда у родителей отсутствует истинная любовь к ребенку, снижен уровень внимания и уважения к нему, если ребенком пренебрегают, отдавая предпочтение своим личным интересам или другому ребенку, у него возникает установка базальной (базисной) враждебности к своим родителям. При этом маленький человек испытывает мучительное чувство вины, а также чувство беспомощности, страха, одиночества, отсутствия безопасности, т. е. у него возникает «базальная тревога». От такой тревоги защищаются путем удовлетворения одной из десяти невротических потребностей (в любви и одобрении, в руководящем партнере, в четких ограничениях, во власти, в эксплуатации других, в общественном признании, в восхищении собой, в честолюбии, в самодостаточности и независимости, в безупречности и неопровержимости), в которую невротик буквально вцепляется, превращая ее удовлетворение в стиль жизни, используя как ключ ко всем замкам. Эти десять потребностей в той или иной мере присущи всем, считала К. Хорни, однако здоровые люди варьируют ими в зависимости от ситуации, от обстоятельств, гибки в их выборе, в их использовании и в отношении к ним [Horney 1942].

Хорни выделила три основные стратегии межличностного поведения невротика. Первая – «ориентация на людей», лейтмотив которой: «Если я уступлю, меня не тронут». Это «*уступчивые невротики*». Если сюда добавить стремление (по Хорни) к «избеганию любых отношений, предполагающих взятие на себя каких-либо обязательств» и «боязнь быть используемым другими или боязнь выглядеть “тупым” в их глазах», то легко понять, что речь при данной стратегии идет о *неврастении*. Вторая – «ориентация от людей» с лейтмотивом: «Если я отстранюсь, то со мной все будет в порядке». Это «*обособленные невротики*». Добавив к этому, что (по Хорни) для невротика «первостепенное значение имеют ограничения и строго установленный порядок», поймем, что здесь имеется в виду *невроз навязчивых состояний*. Третья – «ориентация против людей», где лейтмотив таков: «У меня есть власть, поэтому меня никто не тронет». По Хорни, это «*эгоцентрично-властолюбивые невротики*». Прибавив к этому лейтмотиву (опять-таки по Хорни) «ненасытное стремление невротика быть любимым», «чрезмерную зависимость от других», «доминирование и контроль над другими как самоцель», нетрудно заметить характерные признаки *истерического невроза* [Хорни 1997].

Очевидно, что концепция невроза, предложенная К. Хорни, основывается на защитной линии поведения страдающего от базисной тревоги в любой жизненной ситуации, что определяется истоками невротического конфликта, возникшего в раннем детстве индивида. Это перекликается с концепциями и Фрейда, и Адлера, и Юнга, и Гарри Салливана. Г. С. Салливан (1892–1949), американский психиатр и психотерапевт, считал, что судьба человека зависит от того, кто был у колыбели ребенка (самоотверженная или, напротив, эгоцентричная, деспотичная мать, была ли она стабильной или невротичной) и от того, как складывались эмоциональные отношения в системе «мать–дитя» в период от полугода до двух лет жизни. Салливан считал, что, хотя в интерперсональных (межличностных) отношениях взрослый человек приобретает новый жизненный опыт, совершенствует свое поведение, ядро фиксированных детских переживаний, стиля поведения (недоверчивость, агрессивность, беспокойство, страх, стремление избегать контактов и пр.) при неблагоприятном опыте отношений с матерью сохраняется на всю жизнь, а в межличностных отношениях взрослый невротик находит лишь новые стимулы к совершенствованию своих защитных механизмов, руководствуясь принци-

пом: «максимальное удовлетворение при максимальной безопасности», что обеспечивает ему снятие или уменьшение беспокойства и страха в рамках этих отношений [Sullivan 1953].

Неврозы как следствие неудовлетворения врожденно присущей человеку потребности в самоактуализации, как результат конфликта между врожденными и приобретенными системами оценки своего поведения, что вызывает у индивида глубинную тревогу, ведущую к дезорганизации его поведения, рассматривал американский психолог и психотерапевт Карл Роджерс (1902–1987), автор метода клиент-центрированной психотерапии. Для снижения уровня тревоги индивид, по Роджерсу, прибегает к двум типам приспособительных реакций: искаженному восприятию реальности и к отрицанию ее психотравмирующих сторон [Rogers 1986]. То есть и здесь речь идет о *психологической защите*, использующейся невротиком.

Исследователи начала XX столетия нередко абсолютизировали роль психической травмы в возникновении и динамике психогенных расстройств. В наши дни ясно, что это не всегда верно, что часто главное не травма, а личность, воспринимающая эту травму: в зависимости от личностных особенностей то или иное социальное воздействие может стать для одного человека причиной тяжелого невроза, а для другого – незаметным событием в жизни.

Профессор А. Я. Кожевников (1836–1902), основатель московской неврологической школы, чьим именем названа Клиника нервных болезней Московской медицинской академии И. М. Сеченова, в работе «Неврозы», вышедшей в 1904 году в «Курсе нервных болезней» (под редакцией В. К. Рота), писал: «Под именем общих неврозов подразумеваются такие болезни нервной системы, в которых, несмотря на прижизненные тяжелые и опасные симптомы, по смерти мы не находим никаких анатомических изменений, могущих объяснить болезненные явления; приходится предполагать в этих случаях существование только молекулярных изменений со стороны нервной системы. Клинические явления при этом в различных случаях могут быть весьма разнообразны».

Говоря о неврастении, Кожевников причинами ее возникновения считал недостаток силы и энергии со стороны нервной системы. При этом болезненное состояние часто сопровождается чрезмерной возбудимостью «чувствующего аппарата», когда происходит соединение излишней возбудимости и слабости, в результате чего появляется то, что известно под именем «раздражительная слабость». Встречается она чаще у людей молодых, а к числу причин ее возникновения «относится прежде всего наследственность», переутомление нервной системы, различного рода истощения организма, на первом месте из которых «неестественные половые отправления (онанизм)» и хронические болезни мочеполовых органов, а также «травмы такого рода, которые потрясают психическую сторону, т. е. такие, которые соединены с большим испугом, душевным потрясением и т. п.» [Кожевников 1904].

В 20-х годах XX столетия немецкий невролог О. Бумке (Bumke), преемник Крепелина по Мюнхенской клинике, подойдя к вопросу установления общих точек зрения на неврозы, отмечал, как и Ф. Раймонд, что в неврозах исследователь имеет только клиническую картину, зависящую от разных причин. В свете нового учения того времени, учения о конституции, профессор говорил о реакции человека или личности больного на различные вредные обстоятельства, реакции, по форме и содержанию для каждого индивида особые, т. е. подчеркивал особую связь синдрома с конституцией и личностью. Бумке сделал, таким образом, вывод: никакого невроза как особой болезни нет, а есть лишь различные реакции того или иного организма.

П. И. Эдмин, касаясь классификации неврозов, настаивал на том, что смешивать термины «функциональное заболевание» и «невроз» неправильно: «Первое понятие очень обширно и охватывает множество форм, где неизвестна анатомическая картина и неясна патофизиология, напр.: функциональное заболевание сосудов, сердца или кишечника. В отношении нервной системы функциональные заболевания составляют еще большую главу, куда входят нерасшифрованные формы вегетопатий, эндокринопатий, мозговое утомление, неврозы и психогенные реакции. Таким образом, неврозы в современном понимании составляют один из

видов функциональных заболеваний. Для невроза основными признаками являются: психогения как этиология, сложное построение ответных неадекватных реакций с вовлечением психических и соматических механизмов данной личности и фиксация этих реакций на длительный срок в форме приступов или непрерывного проявления при отсутствии уловимых анатомических и биологических отклонений. При таком понимании неврозов нет нужды заменять этот термин другим» [Эдмин 1934].

Призывая современников при постановке диагноза пользоваться формулой в виде дроби по Каннабиху, автор говорит о пяти моментах, «которые должны лежать в основе трактовки неврозов и реакций: 1) психогения как этиология; 2) круг личности как конституциональная база (характер); 3) патопсихология процесса; 4) патофизиология процесса; 5) социальная тяжесть болезни» [Там же 1934].

В середине 30-х годов В. Н. Мясищев в своей статье «О патогенезе и структуре психоневрозов» рассматривал эту патологию как болезненное нервно-психическое состояние, возникающее вследствие противоречий между личностью и окружающей ее действительностью. Это противоречие, считал Мясищев, создает значительное аффективное напряжение личности, продуктивно, рационально не перерабатываемое, что ведет к развитию болезненных функциональных нарушений. Суть конфликта в противоречии между возможностями, средствами личности и требованиями действительности, что обусловлено многими причинами.

Автор статьи указал и на иной тип противоречий – когда личность развивается в условиях противоречивых влияний, что ведет к формированию противоречий внутренних тенденций: личность как бы расщепляется внутренне, становится амбитендентной, что приводит к болезненным, неразрешенным столкновениям этих двойственных тенденций, ведущим к декомпенсации личности. «Борьба между желанием и долгом, между принципами и личными привязанностями, между инстинктивно-органическими влечениями и этическими надстройками представляет собой типичный и нередкий случай этих внутренних конфликтов, приводящих больного в клинику» [Мясищев 1935]. Описанные два типа противоречий ведут, по мнению В. Н. Мясищева, к формированию символической obsessions, когда возникают некоторые навязчивые ритуальные действия, симптомы, суть которых возможно понять только на основе истолкования символов, что напоминает obsessive neurosis, при котором между симптомами болезненного состояния и характером внутренних противоречий существует тесная связь.

Третий тип противоречий: личность вступает в конфликт с окружающей действительностью, когда последняя выдвигает требования, идущие вразрез с требованиями личности, не удовлетворяя их (важно выяснить, «удовлетворяет ли действительность требованиям личности или идет вразрез с нею»). И хотя оттенки болезненных состояний в том и другом случае несколько разнятся, клиническая картина при них чаще всего характеризуется как истерический синдром.

В связи с этим Мясищев замечает: «По отношению к истерическому синдрому мы имеем со времени Фрейда следующее определение: невроз желаний (Wunschneurose), невроз цели (Zielneurose), эпитимный невроз – невроз реализации известных эмоциональных тенденций.

Нам кажется, что это понимание лишь частично правильно и частично неправильно. Правильно потому, что действительно патогенным стержнем истерического образования является неудовлетворенная тенденция, потребность, желание личности. Оно неправильно, однако, поскольку многие рассматривают истерические явления как целесообразные действия, чрезвычайно близкие к симуляции, которые говорят о выигрыше путем болезни (Фрейд, Адлер, Бонгеффер).

В противоположность этому, нам хотелось бы отметить иное отношение болезни и желания. Истерия действительно имеет цель и желания, но они – не в болезни, болезнь – патологическая реакция на конфликт, на неудовлетворенное желание» [Там же].

Заканчивая свои размышления, В. Н. Мясищев говорит о самых важных, по его мнению, факторах понимания невроза – знании истории развития психоневроза, истории заболевания личности, а также тщательном анализе жизни индивида. «В истории развития психоневроза можно выделить ряд стадий, так как с этим связаны тяжесть случая, способы и перспективы его лечения. Сюда относятся: фаза компенсированного напряжения – период возникновения и нарастания противоречий, когда начинает уже сказываться функциональная дезорганизация личности, фаза декомпенсации и выраженного невроза, характеризующаяся выключением личности из общего хода жизни и борьбы ее с болезненными явлениями. При дальнейшем развитии болезни наступает фаза фиктивной компенсации, характеризующаяся стремлением больного приспособить окружающее к своему болезненному состоянию. Последний терминальный период болезни – фаза запустения – характеризуется устойчивым нарушением личности и резким сужением круга отношений со средой, влекущим за собой значительное оскуднение личности» [Там же].

Б. Н. Бирман, ученик И. П. Павлова, в статье «Сущность и классификация неврозов в свете учения акад. И. П. Павлова», говоря о трех основных свойствах нервной системы по Павлову, называет выделенные великим физиологом 4 типа нервной системы, являющимися общими для животных и человека:

- 1) сильный, но неуравновешенный, со слабым торможением (имеется в виду внутреннее, активное торможение) по отношению к раздражительному процессу;
- 2) сильный, уравновешенный и подвижный – самый совершенный тип;
- 3) сильный, уравновешенный и инертный, т. е. со слабой подвижностью нервных процессов;
- 4) слабый тип, когда оба основных процесса ослаблены в одинаковой или разной степени, имеющий много вариаций проявления.

Нетрудно заметить, что павловская классификация типов соответствует различению темпераментов, данному Гиппократом: холерического, сангвинического, флегматического и меланхолического.

Два из описанных типов, по Павлову, наиболее предрасположены к заболеванию неврозами: сильный, но неуравновешенный (когда предъявляются особые требования к напряжению тормозного процесса) и слабый (тоже при напряжении процессов торможения, но и, кроме того, при сильных положительных условных раздражителях, значительном нормальном возбуждении и при столкновении процессов возбуждения и торможения).

Б. Н. Бирман пишет: «Итак, если у сильного типа мы видели в неврозе проявление чрезмерного преобладания раздражительного процесса, то у слабого типа невроз обуславливается наступлением различных гипнотических фаз как разлитых, так и сосредоточенных в изолированных патологических пунктах. Помимо нарушения равновесия нервных процессов и различных степеней слабости их, наблюдается еще нарушение подвижности нервных процессов в сторону ее уменьшения или увеличения. Под влиянием перенапряжения раздражительного процесса или столкновения противоположных процессов раздражительный процесс приобретает особую стойкость, патологическую инертность» [Бирман 1939].

Помимо описанных типов И. П. Павлов, в зависимости от преобладающего значения и силы сигнальных систем (первой и второй), выделил 3 частных типа у человека:

- 1) художественный тип – люди, пользующиеся первой сигнальной системой (конкретное мышление, непосредственно обращенное к реальной действительности) и тесно с ней связанной подкоркой (безусловные рефлексы, инстинкты, влечения, эмоции);
- 2) мыслительный тип – работает больше второй сигнальной системой (отвлечение от действительности, когда допускаются обобщения, что и представляет собой наше лишнее, специально человеческое высшее мышление). Это редко встречающийся тип, еще реже встречаются люди с ярко выраженными проявлениями этого типа (например, Леонардо да Винчи);

3) средний тип – сигнальные системы у таких людей не достигают большого развития, но более или менее уравновешены.

«При заболевании неврозом системно-уравновешенного типа получаются неврастенические симптомы, где основным симптом – раздражительная слабость – имеет своим физиологическим субстратом повышенную лабильность раздражительного процесса, что называется патологической взрывчатостью. Неврастения может развиваться как на фоне сильного неуравновешенного (преобладают симптомы возбуждения – экситаторная форма неврастении), так и слабого типа (преобладают симптомы, имеющие в основе слабость раздражительного и тормозного процесса – депрессорная форма).

При сочетании общеслабого и ослабленного типа с художественным создается почва для развития истерического синдрома (основной физиологический субстрат – ослабление коркового тонуса, главным образом внутреннего торможения). При истерических припадках аффективные взрывы и судорожные приступы являются следствием острого торможения коры и возбуждения подкорки. Пассивное состояние пациента в форме истерогипнотической каталепсии или летаргии возникает при распространении торможения вниз по головному мозгу.

При сочетании общеслабого и ослабленного типа с мыслительным создается почва для психастенического невроза (ослабление подкорки и первой сигнальной системы при сохранении второй сигнальной системы). Если слабость врожденная, то налицо симптомы, свойственные психастении Жана: крайняя нерешительность, боязливость, неприспособленность к жизни, потеря чувства реальности, но при этом – склонность витать в мире отвлеченных размышлений» [Павлов 1951].

В основе симптома навязчивости, по Павлову, лежит патологическая инертность раздражительного процесса вследствие либо перенапряжения раздражительного процесса, либо столкновения противоположных процессов: «Как ненормальное развитие, так и временное обострение одной или другой из наших эмоций (инстинктов), так же как и болезненное состояние какого-нибудь внутреннего органа или целой системы – могут посылать в соответствующие корковые клетки... беспрестанное или чрезмерное раздражение и таким образом произвести в них, наконец, патологическую инертность – неотступное представление и ощущение, когда потом настоящая причина уже перестала действовать. То же самое могли сделать и какие-нибудь сильные и потрясающие жизненные впечатления» (цит. по [Бирман 1939]).

Эти же причины могут концентрировать патологическую инертность и в первой, и во второй сигнальных системах или в той и в другой одновременно. Поэтому важно различать невроз страха (фобии) и психастеническую боязливость. В основе невроза страха лежит перенапряжение тормозного процесса, который приобретает особую чувствительность, связываясь в зависимости от ситуации с каким-либо внешним или внутренним раздражителем (фобии).

В заключение Бирман говорит о том, что физиологическая сущность неврозов человека может быть сведена к функциональным нарушениям силы уравновешенности и подвижности основных нервных процессов, а также к силовым взаимоотношениям коры и подкорки и сигнальных систем.

Б. Н. Бирман не отрицал ценности методов психотерапии, базирующихся на психоаналитической теории З. Фрейда и индивидуальной психологии А. Адлера. Однако субъективно-психологическое основание указанных подходов он считал необходимым дополнить объективным изучением неврозов как особой формы поведения, так как рассматривал невроз именно как качественно своеобразную форму поведения, которая заключается в том, что за определенной поставленной жизнью задачей следует не «высшая поведенческая реакция», а «низшая, биологическая», т. е. задача решается на более низкой ступени, чем она ставится. Ведущую роль в формировании своеобразного стиля поведения, присущего больному неврозом, Бирман приписывал особой целевой социорефлекторной установке, которая характеризуется доминированием эгоцентрических реакций и заторможенностью (по механизму

отрицательной индукции) социально-продуктивных и коллективистских реакций. Социорефлекторная установка обуславливает и внешние, и внутренние конфликты личности, и она же фиксирует невротические симптомы, вводя их в систему невротического поведения. Главным фактором возникновения невроза Б. Н. Бирман считал расстройство социальных связей, или «поражение социальных рефлексов», и в качестве этиологической терапии предлагал так называемую социорефлексотерапию.

Делая окончательный вывод из проведенного собственного исследования, ученый замечает: «...Конечно, физиологическая трактовка неврозов является односторонней и не исчерпывает всей проблемы неврозов в целом, так как она не касается этиологической сущности и психосоциального содержания неврозов. Но в вопросе динамики симптомообразования учение Павлова дает возможность заменить совершенно субъективные, подчас явно выдуманные конструкции – физиологическими механизмами на основе экспериментальных данных, и этим наносится сокрушительный удар всяким идеалистическим и метапсихологическим построениям в нашей области, т. е. области психоневрозов и психотерапии... поэтому... сближение лаборатории акад. Павлова с клиникой неврозов есть событие величайшего научного значения и является действительно новым этапом в развитии учения о неврозах, их классификации и лечения» [Там же 1939].

В своей работе «Неврозы» (1949) В. А. Горовой-Шалтан, соглашаясь с мнением, что пониманию сущности неврозов способствовало учение И. П. Павлова о высшей нервной деятельности, говорит о том, что термины «невроз» и «психоневроз» являются синонимами, обозначающими функциональные заболевания нервной системы, не обусловленные, в отличие от органических заболеваний, деструктивными анатомическими изменениями. Автор, изучая медицинские документы действующей армии во время Великой Отечественной войны, сгруппировал различные формы неврозов так: 1) невращения (неврозы истощения и те астенические состояния, которые не были обусловлены инфекционными, токсическими, сосудистыми или иными органическими заболеваниями мозга); 2) психастения (неврозы, характеризующиеся навязчивыми состояниями и проявлениями тревожной мнительности); 3) истерия (все варианты истерических нарушений, включая и так называемые истеротравматические расстройства), и 4) прочие реактивные неврозы (их нередко описывали под названием эмоциональных неврозов, неврозов испуга или острых психогенно-реактивных состояний). При этом было отмечено, что «... из группы неврозов выделялось все больше заболеваний, в развитии которых были установлены анатомо-физиологические нарушения, и таким образом определялась травматическая, инфекционная или токсическая их этиология. Такие заболевания, как тетания, торсионный спазм или эпилепсия, ранее относимые в группу функциональных заболеваний, давно уже не считаются неврозами».

В. А. Горовой-Шалтан, как и многие исследователи того времени, физиологической предпосылкой для возникновения невроза считал перенапряжение возбудительного процесса или перенапряжение тормозного процесса, равно как и перенапряжение подвижности нервных процессов (необходимость внезапных переключений состояния раздражения на состояние торможения корковых клеток и наоборот, что приводило к основным типам срывов нервной деятельности). Это не удивительно, поскольку в условиях боевых действий (эксперимент в естественных условиях!) «... всегда имелось множество причин для перенапряжения функций коры головного мозга. Развитие неврозов у человека обуславливается, разумеется, не одними только физиологическими предпосылками, а в значительной степени и разнообразными социальными факторами отрицательного характера...» [Горовой-Шалтан 1949].

В эти же годы профессор В. К. Хорошко, уже цитировавшийся выше, в своем исследовании «Учение о неврозах» выдвигает три основополагающих тезиса: 1) невроз – заболевание всего организма, 2) анамнез – основа диагноза невроза и 3) невроз обратим. Он пишет: «Проявления этих заболеваний касаются и соматической, и психической сферы, они касаются

всех систем, всех органов... имеется очень много явлений психического порядка (расстройство настроения, расстройство самочувствия, ослабление памяти и внимания, упадок работоспособности), но имеется и целый ряд симптомов, которые нельзя назвать психическими. Прежде всего это всякого рода неприятные ощущения в области головы, нередко неприятные ощущения, локализуемые в области сердца, расстройства желудочно-кишечного тракта, очень часто нарушения в области половой сферы... расстройства мочеотделения, расстройства со стороны кожи (дерматоневрозы), органов чувств, – словом, целый ряд таких расстройств, которые затрагивают и сому... они должны быть предметом изучения врачей всех специальностей, а не только психиатров и невропатологов...

Методологией диагноза невроза или психоневроза является прежде всего тщательно проведенный анамнестический расспрос... это требует много времени... больше... чем при других заболеваниях...

Неврозы – заболевания обратимые. Правда, эти заболевания могут быть очень упорными и длиться иногда много лет. Иногда неврозы трудно обратимы у больных, которые утратили трудоспособность и не могут восстановить ее вследствие чрезвычайно большой нагрузки. Проф. Ганнушкин... определял это состояние как “нажитую инвалидность” [Хорошко 1943].

Говоря о неврозах, особое внимание необходимо обратить на деятельность уже упоминавшегося выше В. Н. Мясищева (1894–1973) – видного отечественного психолога, психиатра, психотерапевта, автора основополагающего научного труда «Личность и неврозы» (1960), удостоенного премии имени В. М. Бехтерева за 1960 год. В центре этой работы стоит проблема неврозов, рассматриваемая в социальном, физиологическом и психологическом аспектах, причем впервые – в детском возрасте. Рассматриваются неврозы и другие аномалии детского возраста, дифференциальная диагностика неврозов, их отграничения от сходных состояний, связи неврозов и соматических нарушений, поднимаются вопросы психотерапии, трудовой терапии, профилактического направления в связи с проблемой неврозов.

В. Н. Мясищев, соглашаясь с Г. Е. Сухаревой (1959) в том, что в этиологии психогенных заболеваний особенно велика роль внутренних условий, главным образом индивидуальных особенностей личности, подчеркивает важность не только конституциональных свойств темперамента и характера, но и индивидуальной истории развития личности ребенка, истории его сознательных отношений с окружением. Формирование черт невротического характера (эгоцентризм, инфантилизм в эмоционально-волевой сфере, повышенный уровень притязаний, склонность к преимущественно аффективному способу переработки психотравмирующих переживаний, склонность к застреванию на конфликтных переживаниях) происходит именно под влиянием нарушенных отношений с окружающими в сочетании с неправильным воспитанием. Введенное Мясищевым понятие «невроз развития» и подразумевает собой невроз как «в первую очередь болезнь развития личности» [Мясищев 1960]. Взгляды Мясищева имеют много общего (по своей глубинной сути) с работами великого К. Юнга, считавшего, что невротик неверно понимает вопросы, которые ставит ему жизнь, а избавиться от болезни он может, только если реализует себя как личность, достигнув цели и поверив в это.

Не меньший след в области клинического и психологического изучения неврозов оставило издание «Психология отношений» – книга избранных трудов В. Н. Мясищева, включающая работы, которые раскрывают актуальные проблемы отношений, взаимоотношений людей, место и роль этих отношений в структуре нормальной и аномальной личности, где рассматриваются взаимосвязи между характеристиками отношений человека и особенностями его психических процессов [Мясищев 1998].

В основе теории психологии отношений В. Н. Мясищева лежат идеи А. Ф. Лазурского о классификации личности (эндопсихика и экзопсихика), согласно типам ее отношений к окружающей действительности: личность, психика и сознание человека в каждый данный момент представляют единство отражения объективной действительности и отношения человека к

ней [Лазурский 2000]. Сложнейшие и наиболее динамические отношения человека к окружающему миру выражаются в его психической деятельности. В соотношении с окружающим человек, в отличие от животных, выступает в роли субъекта-деятеля, сознательно преобразующего действительность. Объективное изучение человека в его соотношении с окружающим выявляет эти особые качества и позволяет раскрыть его внутренний мир. Психология, отношения человека в развитом виде выступают как целостная система индивидуальных, избирательных, сознательных связей личности с различными сторонами объективной действительности: с явлениями природы и миром вещей, с людьми и обществом, личности с самой собой как субъектом деятельности. Система отношений определяется всей историей развития человека, она выражает его личный опыт и внутренне определяет его действия, переживания.

В. Н. Мясищев сформулировал одно из важнейших в советской психологии принципиальных положений теории личности. Он подчеркивал, что система общественных отношений, в которую оказывается включенным каждый человек со времени своего рождения и до смерти, формирует его субъективные отношения ко всем сторонам действительности. И эта система отношений человека к окружающему миру и к самому себе является наиболее специфической характеристикой личности, более специфической, чем, например, ряд других ее компонентов, таких, как характер, темперамент, способности. Важнейшими видами отношений Мясищев считал потребности, мотивы, эмоциональные отношения (привязанность, неприязнь, любовь, вражда, симпатия, антипатия), интересы, оценки, убеждения, доминирующие отношения, подчиняющие себе другие и определяющие жизненный путь человека, направленность. Высшая степень развития личности и ее отношений определяется уровнем сознательного отношения к окружающему и самосознанием (сознательным отношением к самому себе). Отношения связаны с разными подструктурами личности. Динамические индивидуально-психологические свойства темперамента, по мнению Мясищева, являются на уровне развитого характера снятой формой индивидуальных различий, движущие силы которой также определяются сознательным отношением, а не свойствами нервной системы [Мясищев 1960, 1998].

В своей работе «Неврозы и нервно-психические заболевания» (1962) И. В. Давыдовский, советский патологоанатом, академик АМН СССР, создатель крупной школы патологов, обращается к исследованиям И. П. Павлова и И. М. Сеченова, подчеркивая, что головной мозг является специальным органом приспособления организма: «...Так или иначе, проблема приспособительных функций и реакций в области физиологии и патологии не может ни ставиться, ни решаться без учета связей функциональных систем тела с нервной системой независимо от решения вопросов, касающихся уровней интеграции...».

Автор, опасаясь непреодолимых трудностей при решении вопроса, что в этиологии и патогенезе нервных болезней нервное (или психическое) и что не нервное, а соматическое, указывает, что границы между нервно-психическими и внутренними заболеваниями становятся все менее и менее ясными. «Вместе с тем все яснее становится другое, что новые и более тонкие связи органов можно познать только в патологических условиях (И. П. Павлов), руководствуясь при этом идеей “беспределного приспособления” как основного закона жизни... Тезис И. М. Сеченова... согласно которому проблема высшей нервной деятельности рассматривается как трехфазный рефлекс: при этом началом рефлекса считается чувственное раздражение, продолжением его – головной мозг (анализ и синтез), а заключительной фазой – мышечная деятельность... – являющийся ключом к познанию психической деятельности, может и должен быть перенесен на все формы рефлекторной приспособительной деятельности. Но этот тезис одновременно выносит самую функцию или изменение этой функции за пределы нервной системы как морфологического понятия... Другими словами, окончательный эффект действия рефлексов (безусловных, инстинктивных, условных) будет находиться в функциональных системах и органах тела, большей частью не относящихся к собственно нервной системе. Не менее прочны, столь же реальны обратные связи исполнительных органов тела, соматики

с нервной системой, с психикой. Это касается и классических нервных или психических заболеваний, фактически всегда имеющих тот или иной, патогенетически нередко решающий висцеральный компонент. Этот компонент часто оказывается исходным, порождающим не только первую фазу чувственного раздражения (по И. М. Сеченову), но и стойкие, например, психические расстройства» [Давыдовский 1962].

И. В. Давыдовский, все же подвергая сомнению положение, что между нервными и не нервными заболеваниями нет четких границ, заключает: «В понятие “диссоциация нервной деятельности” не следует вкладывать представление о какой-то хаотичности или дезорганизации. Правильнее полагать, что речь идет о существенных изменениях “нервных отношений”, об особых формах приспособительной регуляции, т. е. об особой деятельности. “Так или иначе, у нас нет теоретических оснований разделять или противопоставлять механизмы нервных заболеваний, например классических неврозов, механизмам прочих заболеваний, поскольку и в работе внутренних органов мы имеем многоэтажное построение регуляторного механизма” (К. М. Быков), т. е. все тех же приспособительных устройств, так или иначе изменяемых в патологических условиях» (цит. по [Александровский 2006]).

Эти рассуждения важны для нас, поскольку ниже мы будем говорить о сути невроза как приспособительной реакции.

А. М. Свядощ в своей книге «Неврозы и их лечение» (1971) писал: «В настоящее время в понятие “невроз” разными авторами вкладывается различное содержание... Неврозами обозначались “заболевания нервной системы с неизвестной патологоанатомической основой”, т. е. “без органических поражений, открываемых современными методами”... Такое определение неврозов, основанное лишь на негативном признаке, зависящем к тому же от уровня развития техники исследования, является недостаточным; по меткому определению Axenfeld и Huchard, это – “незнание, возведенное в степень нозологической формы”... Некоторые авторы... пользовались термином “невроз” как широким общепатологическим понятием... “это начало всякого заболевания, какова бы ни была его причина”... В таком понимании этот термин является синонимом функционального и неприменим для обозначения нозологической группы... Ряд авторов, исходя из взглядов И. П. Павлова, под термином “невроз” понимает те состояния патологически измененной высшей нервной деятельности, которые произошли вследствие перенапряжения или самих нервных процессов, или их подвижности. Перенапряжение нервных процессов может быть вызвано различными причинами... Поэтому термин “невроз”, рассматриваемый с такой точки зрения, становится широким патогенетическим понятием и также не применим для обозначения нозологической формы, выделенной на основе этиологического критерия... Некоторые клиницисты относят к неврозам все функциональные нарушения нервной деятельности как психогенной, так и соматогенной этиологии, не сопровождающиеся грубыми психическими нарушениями... Неврозы в таком понимании перестают быть нозологической группой и превращаются в этиологически разнородную группу, объединяемую по симптоматологическому признаку... Ряд авторов (Т. И. Юдин, В. Н. Мясищев, Е. А. Попов, О. В. Кербиков, А. В. Снежневский, А. А. Портнов, Д. Д. Федотов, Д. С. Озерецковский, С. Н. Доценко и Б. А. Первомайский) предлагают пользоваться термином “невроз” лишь для обозначения заболеваний, вызванных действием психической травмы, и относить их, таким образом, к психогенным заболеваниям, или психогениям. Последние делятся на две подгруппы: неврозы и психогенные или реактивные психозы. Граница между этими двумя подгруппами является условной» [Свядощ 1971].

Известный московский психиатр В. В. Ковалев, посвятивший себя детской психоневрологии, в руководстве для врачей (1979), ставшем настольной книгой уже нескольких поколений детских психиатров, в разделе «Психогенные заболевания (реактивные психозы и “общие” неврозы)» пишет об игнорировании роли социальных факторов и индивидуального сознания западными специалистами, занимающимися проблемой неврозов. Это происходит, по мне-

нию В. В. Ковалева, из-за особого влияния психоанализа З. Фрейда, особой популярности фрейдовской теории развития детской сексуальности (пан-сексуализм): «...Неудовлетворенная или подавленная вследствие социальных (например, воспитательных) влияний на различные стадии развития (“оральной”, “анальной”, “генитальной”) сексуальность ребенка вместе со свойственным ей зарядом “психической энергии” либо “сублимируется”, т. е. проявляется в более высоких формах социально приемлемой деятельности (включая научное творчество, искусство, общественную деятельность и т. д.), либо рано или поздно становится источником тех или иных невротических расстройств. Последние при этом представляют как бы символические проявления неотреагированной психической энергии “вытесненных” сексуальных влечений... В отличие от Фрейда, представители неопрейдизма (Horney K., Fromm E., Sullivan H. и др., цит. по Морозову В. М., 1961) объясняют возникновение невротических расстройств не патогенным влиянием вытесненного сексуального влечения, а конфликтом между культурой общества, “нравственным самосознанием” и имманентными внутренними психическими силами, именуемыми “реальным внутренним Я” (К. Horney), “компульсивным динамизмом” (H. Sullivan) и т. д., в основе которых лежат также инстинкты. При этом особая психотравмирующая роль в происхождении неврозов у детей (а впоследствии и у взрослых) придается нарушениям взаимоотношений матери и ребенка в первые месяцы и годы жизни, а также неправильным способам привития ребенку навыков опрятности, в чем явно звучит влияние теории Фрейда о развитии детской сексуальности» [Ковалев 1979].

Об односторонности в подходе к личности в норме и при патологии В. В. Ковалев говорит, давая характеристику феноменологическому направлению (К. Ясперс и его критерий «психологической понятности»), которое не может объяснить сущность психогенных заболеваний из-за игнорирования психофизиологического похода, а также бихевиоризму, так называемой «науке о поведении» (behaviour science), в основе которой «...лежит механистическое использование условно-рефлекторной теории И. П. Павлова для объяснения происхождения сложных поведенческих актов. Отдельные поступки и действия человека бихевиористами рассматриваются как прямой условно-рефлекторный ответ центральной нервной системы на внешнее воздействие по принципу “стимул – реакция”. При этом игнорируется роль личности с ее социальным опытом». [Там же]

Говоря о взглядах советской психиатрической школы на психогенные заболевания и прежде всего неврозы, В. В. Ковалев ставит во главу угла учение И. П. Павлова о физиологии и патологии высшей нервной деятельности человека и материалистическую концепцию личности, понимаемую с позиций психологии отношений (Мясищев, 1960). В связи с этим автором упоминаются Б. Д. Карвасарский, занимавшийся в те годы психофизиологическим изучением неврозов, Н. И. Касаткин, Н. И. Красногорский, изучавшие физиологию и патологию высшей нервной деятельности ребенка, В. Н. Мясищев, посвятивший много работ исследованию психологии конфликтных переживаний у детей с невротическими расстройствами.

«Следует подчеркнуть, что, в отличие от Фрейда и представителей неопрейдизма, советскими учеными основное значение в развитии личности придается накоплению и переработке опыта сознательных отношений ребенка с окружающими, а не саморазвитию мнимых стадий “детской сексуальности” или кумуляции ранних детских конфликтов, возникших за счет предполагаемых противоречий между внутренними (в основном – инстинктивными) потребностями ребенка и требованиями воспитания. Таким образом, важным внутренним условием возникновения наиболее распространенных психогенных заболеваний – неврозов, а возможно, и ряда реактивных состояний является наличие особых черт личности, обозначаемых в зарубежной литературе как “невротический характер” (Binder H., 1960) или “невротическая структура личности” (Nissen G., 1974) и являющихся результатом предшествующего нарушенного процесса ее формирования» [Там же 1979].

Один из авторов этой книги первым предложил рассматривать индивидуальность человека, начиная с ее фундаментальных истоков – инстинктов свободы, агрессивности, доминирования, самосохранения, продолжения рода, сохранения достоинства, альтруизма и до вершины психики – мировоззрения. Инстинкты самосохранения и продолжения рода – базовые, обеспечивающие физическое выживание особи и вида. Исследовательский инстинкт и инстинкт свободы обеспечивают первичную специализацию человека. Инстинкты доминирования и сохранения достоинства обеспечивают самоутверждение, самосохранение человека в психосоциальном плане. Все вместе эти инстинкты обеспечивают адаптацию человека в реальной жизни. Инстинкт альтруизма социализирует эгоцентрическую сущность всех остальных инстинктов.

Эта концепция согласуется с концепцией В. Н. Мясищева о важности «истории личности в развитии неврозов»: работы Гарбузова позволяют установить, каким человек родился, каким стал и почему, какие судьбоносные ошибки совершил, почему не удовлетворен собой и своей жизнью, в чем его призвание и смысл его жизни, как человеку вернуться к своей врожденной натуре, к своему истинному призванию, как изменить себя, чтобы изменить свою жизнь и достичь удовлетворенности собой, своей жизнью, судьбой.

Невроз, по В. И. Гарбузову, ярко выраженное, мучительное *чувство неудовлетворенности*. Доминирующий инстинкт определяет предпосылки врожденного призвания человека, тенденции основной, доминирующей ценности в его смысле жизни. Индивид часто стремится к удовлетворению своих личных притязаний без учета уровня своей адаптивности. Люди различны по своим психофизическим данным. В то же время растет конкуренция между людьми. На рынке великих возможностей сталкиваются высокоадаптивные и низкоадаптивные, и нередко слабый стремится не только догнать, но и перегнать сильного. В этом стремлении индивид игнорирует свои возможности, свою натуру. Так, например, человек флегматического темперамента стремится жить в темпе обладателей сангвинического или холерического темперамента, рожденный «пахарем», по образному выражению автора концепции, вызывает на бой рожденного «воином». В результате многие и многие страдают от патопластичной неудовлетворенности. «Если наш добровольный и осознанный выбор соответствует замыслу природы, то мы способны радоваться жизни и добиваться успеха; если мы противоречим этому замыслу, то неизменно придем к кризису и состоянию неудовлетворенности» [Гарбузов 1999, 2007].

Данная концепция перекликается с идеей связи невротической диспозиции и невротических расстройств А. Адлера, одного из предшественников неопрейдизма, о взглядах которого на неврозы мы уже говорили. «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» [Адлер 1995].

Известный детский психотерапевт А. И. Захаров, многие годы работавший в городском отделении неврозов, возглавляемом В. И. Гарбузовым, в своих книгах о детской невротичности подчеркивает, что неврозы у детей и подростков – самый распространенный вид нервно-психической патологии, и, как психогенные заболевания формирующейся личности, они в аффективно-заостренной форме отражают многие проблемы человеческих отношений, прежде всего понимания и общения между людьми, поиска своего Я, оптимальных путей самовыражения,

самоутверждения, признания и любви. «Первоначально неврозы представляют эмоциональное расстройство, возникающее преимущественно в условиях нарушенных отношений в семье, прежде всего с матерью, которая обычно является наиболее близким для ребенка лицом в первые годы его жизни. Не меньшую патогенную роль в последующие годы играют отношения с отцом, если он не способен своевременно разрешить личностные проблемы развития своих детей. Оба родителя испытывают много личных проблем, нередко сами больны неврозом и придерживаются догматически воспринятых или исходящих из прошлого травмирующего опыта взглядов на воспитание без учета индивидуального своеобразия и возрастных потребностей детей. Все это дает основание рассматривать невротическое, психогенное по своему происхождению заболевание ребенка как своего рода клинко-психологическое отражение личностных проблем родителей, начинающих нередко еще в прародительской семье. Неврозы – это своеобразный клинко-психологический феномен, формирующийся на протяжении жизни трех поколений – прародителей, родителей и детей» [Захаров 1988].

Невроз, по мнению А. И. Захарова, оказывает влияние на все то, что может осложнить процесс формирования личности детей и способствовать общему нарастанию нервно-психического напряжения у родителей. К этим факторам автор относит причины социально-психологического, социально-культурного и социально-экономического характера. Из социально-психологических факторов им особо выделяются: наличие единственного ребенка в семье или эмоциональная изоляция одного из детей, если их несколько, недостаточная психологическая совместимость родителей и детей; конфликты; одностороннее преобладание (доминирование) одного из взрослых (как правило, матери или бабушки по материнской линии, если она проживает в семье); перестановка или инверсия традиционных семейных ролей; низкая продуктивность совместной деятельности членов семьи; изолированность семьи в сфере внешних контактов.

В. Д. Менделевич, обращаясь к концепции неврозов В. Н. Мясичева, пишет: «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. Мясичева, к основополагающим диагностическим критериям неврозов следует относить: 1) зависимость возникновения и течения (динамики) невроза с психогенной ситуацией; 2) связь психогении с личностью больного, с неспособностью пациента в конкретных условиях разрешить конфликтную ситуацию; 3) содержательную 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 отсутствия в клинической картине психических нарушений иного уровня, чаще всего указывается на значимость непсихотического уровня реагирования, а также исключения неврозоподобных или псевдоневротических расстройств органического, соматического или шизофренического генеза.

Вследствие этого невроз определяется как психогенное (конфликтотенное) нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека, проявляется в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений» [Менделевич 1990].

Автор высказывает в этой связи свои сомнения по поводу терминологии, говоря о том, что нет четкого и однозначного определения понятия «расстройство». Так, в МКБ-10 (международной классификации болезней) понятие «расстройство» включает в себя «клинически определенную группу симптомов или поведенческих признаков, которые в большинстве случаев причиняют страдание и препятствуют личностному функционированию» при этом поясняется, что «изолированные социальные отклонения или конфликты без личностной дисфункции не должны включаться в группу психических расстройств». Все это затрудняет диф-

ференциацию 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.

Соглашаясь с тем, что для диагностики невротических расстройств недостаточно наличия лишь психопатологических непсихотических симптомов и синдромов, так же как и дезадаaptации, внутри- и межличностного конфликтов, В. Д. Менделевич считает обязательным наличие соматической (вегетативной) составляющей этих нарушений, демонстрирующей переход с психологического уровня реагирования, располагающегося в границах нормативного психического поведения, на более глубокий – психосоматический, ссылаясь в доказательство своего мнения на А. М. Вейна, который, «наряду со значимостью для диагностики неврозов психогенного фактора, личностных особенностей, недостаточности психологической защиты и формированием невротического конфликта, выделил специфические клинические проявления, отнеся к ним не только нарушения в эмоциональной, но и в вегетативной и соматической сферах» [Вейн, Айрапетянц 1982]. В. Д. Менделевич считает, что такой 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» [Менделевич 1990].

Далее, размышляя о разграничении неврозов с другими расстройствами личности, Менделевич пишет: «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” (Shapiro D., 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” (Хорни К., 1996). Можно согласиться с К. 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). Далее Менделевич проводит мнение Б. Д. Карвасарского (1980) о взаимоотношениях особенностей характера (в норме и при патологических формах) и неврозов: “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 утвердилось 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 (Фелинская Н. И., 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 предпочтительным типом реагирования. У человека же без психопатических особенностей невроз может быть и единственным эпизодом в жизни, возникающим, однако, под влиянием действительно патогенной психотравмирующей ситуации» [цит. по: Менделевич 1990].

Ведущий на сегодня специалист в области пограничных психических расстройств профессор Ю. А. Александровский, как и многие другие исследователи, не согласен с таким взглядом на проблему. Он считает, что существующее в настоящее время разделение неврозов и психопатий на основании характерных для первых из них «психогенности» и «функ-

циональности», 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.

В своем руководстве «Пограничные психические расстройства» Ю. А. Александровский пишет: «В специальной литературе уже давно и в разных аспектах дискутируется вопрос о соотношении “органического” и “психологического” в патогенезе неврозов. Исследования, проведенные в последние годы, представили множество новых фактов об изменении ряда биохимических параметров на различных стадиях невротизации и стресса. На этапах развития экспериментального невроза отмечается определенная динамика принципиально отличающихся друг от друга адаптивных процессов, взаимосвязанных с динамикой физиологических синдромов.

Доминировавшее представление о неврозах как функциональных психогенных заболеваниях, при которых в мозговых структурах отсутствуют какие-то морфологические изменения, в последние годы подвергалось существенному пересмотру. На субмикроскопическом уровне выделены церебральные изменения, сопутствующие изменениям высшей нервной деятельности при неврозах: дезинтеграция и деструкция мембранного шипикового аппарата, уменьшение числа рибосом, расширение цистерн эндоплазматического ретикулума (Манина А. А., 1976; Хананашвили М. М., 1978). Отмечены проявления, свидетельствующие о нарушении метаболизма кортикальных синапсов, дегенерации отдельных клеток гиппокампа при экспериментальном неврозе (Александровская Н. Н., Кольцова А. В., 1975), сосудистые и глионевральные нарушения, свидетельствующие о гипоксии. Субмикроскопические изменения в корковом представительстве анализаторов при информационном неврозе у собак проявляются в гиперсинапсии, дегенерации нервных окончаний, отмечается повышение концентрации синаптических везикул у пресинаптических мембран, а размер их увеличивается (Хананашвили М. М., 1978). Субсинаптические мембраны утрачивают свою форму и приобретают гомогенный вид. Нейроны, сохраняющиеся в мозговой ткани после гибели других вследствие экспериментальных воздействий, отличаются более высоким содержанием ферментов и нуклеиновых кислот и могут рассматриваться как клетки энергетически высокозаряженные (Ярыгин Н. Е., Ярыгин В. Н., 1973). Общими ультрамикроскопическими проявлениями адаптационных процессов в нейронах мозга считаются увеличение массы ядерного аппарата, гиперплазия митохондрий, интенсивное нарастание числа рибосом, гиперплазия различных мембранных структур.

Имеют значение (с позиции метаболической резистентности мозговой ткани) временные характеристики адаптационных процессов, которые должны точно соответствовать силе и частоте действия патогенного фактора. С позиций проблемы психической дезадаптации важно, что не сам по себе уровень воздействия, опосредуемый мозговыми системами, не объем информации, соотношенный с временными параметрами, не реальная “стрессогенность” стимулов вызывают напряженность метаболических адаптационных процессов мозговых нейронов, а эмоционально значимая для данной личности информация, которая благодаря своему информационно-усилительному характеру вызывает перенапряжение энергетического гомеостаза.

Биологическая организация систем саморегуляции организма такова, что они носят адаптивный характер. Если первоначальное состояние системы не является предпочтительным, то

она будет далее действовать таким образом, чтобы, в конце концов, достигнуть какого-то предпочтительного состояния. Это и происходит в патологическом синдроме» [Александровский 2000].

Считаем, что такой подход наиболее перспективен как в диагностическом, так и в лечебном плане, особенно если речь идет о пограничных психических расстройствах детского возраста. Об этом мы более обстоятельно поговорим в следующих главах книги.

Кроме психоаналитических, многократно описанных различными авторами, например, Отто Фенихелем (в его обширном труде) [Фенихель, 2004], можно назвать несколько таких теорий, оригинальных и неординарных.

Интересен взгляд на неврозы как на информационные расстройства. Так, А. М. Свядощ рассматривает психогении как раздражители, действие которых определяется не физическими параметрами, а информационным, сигнальным, значением. Невроз поэтому, с позиций Свядоща, – болезнь, вызванная информацией. Такой подход основан на этиологическом принципе понимания сущности неврозов. Потому и психотерапия – лечение информацией, которая может адресоваться к одному больному или одновременно к группе больных. Действие информации может быть непосредственным или отслеженным во времени. Информация может передаваться не только речевым путем, но и сопутствующими речи психотерапевта мимикой, жестами, интонациями и т. п. Информацией определяется и эмоциональное воздействие врача на больного. Виды психотерапии А. М. Свядощ также различает соответственно характеру ввода, переработки или действия информации [Свядощ 1963].

На развитие теории Свядоща, несомненно оказала влияние работа К. Юнга «Психологические типы». Ее идеи позже использовал создатель соционики А. Аугустинавичюте (70-е годы прошлого века) и А. Кемпински в своих работах об информационном метаболизме (процессе восприятия, селекции и обработки психикой сведений об окружающем мире и протекающих в нем процессах), суть которого была положена в основу соционики – учения о восприятии человеком информации об окружающей реальности, информационном взаимодействии между людьми и психологической совместимости, учитывающей такие понятия, как социотип и психотип [Кемпински 1975; Аугустинавичюте 2007]. А. Кемпински описывал четыре вида страха: биологический, общественный, моральный и дезинтеграционный. Биологический страх связан с угрозой собственной жизни или жизни вида. Общественный страх возникает в случае нарушения контактов в социальной сфере. Моральный страх возникает, когда индивид не принимает в качестве ориентиров для собственного поведения нормы, предлагаемые окружающими. Дезинтеграционный страх появляется при каждом изменении структуры информационного метаболизма.

Единственная женщина-психолог, чье имя значится в ряду основателей психологической теории личности, первой в Германии получившая разрешение изучать медицину, К. Хорни известна не только как яркий представитель неофрейдизма, но и как автор собственной оригинальной конструктивной теории неврозов. Указывая на то, что З. Фрейд очень близко подошел к формулировке понятия структуры характера невротика, Хорни считала, что генетический подход помешал ему дать точную формулировку, серьезные работы последователей Фрейда (Ф. Александера, О. Ранка, В. Райха, Г. Шульц-Хенке) рассогласованы относительно точной природы и динамики структуры характера невротика.

Размышляя о роли культурных факторов, которым Фрейд не придавал никакого значения, К. Хорни приходит к выводу, что неврозы порождаются культурными факторами или, более точно, что неврозы возникают из-за расстройств в человеческих отношениях. Она пишет: «Я остановилась на этих четырех способах решения конфликта частично оттого, что они, как можно заметить, регулярно наблюдаются во всех неврозах, хотя и в разной степени, и частично потому, что они порождают резкие изменения личности... Так развивалась теория невроза, чей динамический центр образует базисный конфликт между аттитюдами “дви-

жение к людям”, “движение против” и “движение от людей”. Из-за своего страха быть расколотым на части, с одной стороны, и необходимостью функционировать в качестве единой личности – с другой, невротик делает отчаянные попытки разрешить этот конфликт. Пока он способен создавать какое-то подобие искусственного равновесия, постоянно возникают новые конфликты и постоянно требуются новые средства для их нейтрализации. Каждый шаг в этой борьбе за единство личности делает невротика более враждебным, более беспомощным, более нерешительным, более отчужденным от самого себя и других, а ее результатом становится то, что препятствия, ответственные за конфликт, становятся еще более непреодолимыми, а их реальное устранение – все более недостижимым. Наконец он теряет всякую надежду и может попытаться восстановить свою целостность с помощью садистских действий, которые, в свою очередь, увеличивают его беспомощность и порождают новые конфликты.

Сказанное представляет достаточно мрачную картину невротического развития и его результата – структуры невротического характера. Почему, тем не менее, я называю свою теорию конструктивной? В первую очередь потому, что она устраняет неоправданный оптимизм, что мы можем “лечить” неврозы абсурдно простыми средствами. Но отсюда не следует в такой же степени неоправданный пессимизм. Я называю эту теорию конструктивной, потому что она позволяет нам, прежде всего, понять и устранить невротическую беспомощность. В не меньшей степени я называю ее конструктивной, потому что вопреки своему акценту на серьезности невротических проблем она позволяет не только смягчать лежащие в их основе конфликты, но и разрешать их и тем самым открывает возможность достигать реальной интеграции личности. Невротические конфликты нельзя разрешать рационально. Попытки невротика решить конфликт не только тщетны, но и опасны. Но эти конфликты могут быть разрешены посредством изменения тех внутренних условий, которые их вызвали. Любая добросовестно выполненная аналитическая работа изменяет эти условия и делает невротика менее беспомощным, менее нерешительным, менее враждебным и менее отчужденным от себя и от других» [Хорни 1997].

Необходимо сказать и о ноогенной теории неврозов Виктора Франкла. Профессор В. Д. Менделевич, директор Института исследований проблем психического здоровья, описывая суть этой теории, заключает: «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). Но-огенные 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”... 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-типологи-

ским) преморбидом пациента. Каждая из концепций претендует на описание типичных черт человека, которого вправе обозначить “потенциальным невротиком”» [Менделевич 2005].

До сих пор не существует единого подхода к определению сущности невроза, нет единой теории возникновения невротических расстройств, и это подтверждает еще один ученик С. С. Мнухина, детский психиатр, доцент Санкт-Петербургской педиатрической академии Б. В. Воронков, называя невроз специфической психогенией, принципиально отличающейся от психосоматических расстройств, развитий и пр.: это нарушение системы отношений человека не просто с реальностью, а с весьма для него значимыми ее сторонами, прежде всего и в том, что ситуация, приводящая к неврозу, на сегодня неразрешима, компромисс невозможен, налицо длительно существующий мучительный личностный конфликт, из которого вырастает самостоятельное автономное и динамичное психическое целое – комплекс [Воронков 2009].

Исследования невротических расстройств, имеющие порой весьма специфический характер, продолжаются. Так, украинский исследователь В. Н. Цыганков с соавторами представили данные, которые, по их мнению, подтверждают, что в патогенезе неврозов и непсихотических расстройств значительную роль играет солнечная активность, модулирующая функциональную активность полушарий головного мозга человека. Авторы отмечают, что «одной из важнейших индивидуальных особенностей человека, детерминирующей многие другие психологические и психофизиологические характеристики, является функциональная асимметрия полушарий головного мозга... При обсессивном неврозе и отчасти неврастении левое полушарие относительно более активно, чем при неврозе страха и особенно истерическом неврозе, при которых в большей степени проявляется функциональная активность правого полушария (Захаров А. И., 1988). В наблюдениях, где на разных стадиях заболевания у врачей возникал повод к обозначению некоторых клинических проявлений как “функциональные наслоения” и “симптомы истерического круга” выявлялась, как правило, картина преимущественной заинтересованности в патологическом процессе структур правого полушария (Доброхотова Т. А., Брагина Н. Н., 1977, 1988). Большая активность правого полушария заметна при наличии невротических черт личности: неуверенности, тревожности, непереносимости стрессов (Horkovic G., 1977). В работах М. М. Аксенова (1989) показано, что индивидуальный профиль функциональной асимметрии оказывает патопластическое влияние на возникновение и течение неврозов» [Цыганков и др. 2005].

Авторы исследования проследили динамику заболеваемости неврозами и непсихотическими расстройствами за длительный период времени и сопоставили полученные результаты с солнечным циклом. Эти данные свидетельствовали о том, что «среднегодовые показатели заболеваемости неврозами и непсихотическими расстройствами динамически изменялись, нарастая в годы периода спада солнечной активности (СА) и достигали наибольших величин в годы минимума СА. В период роста СА показатели заболеваемости снижались, достигая наименьших величин в годы максимума СА». Заклучая, Цыганков В. Н. замечает: «На основании полученных нами данных можно сделать вывод о наличии связи между ростом заболеваемости неврозами и непсихотическими расстройствами с преобладанием поражений правого полушария (что может быть свидетельством повышения его функциональной активности) в период спада СА» [Там же].

Комментарии здесь вряд ли нужны.

Глава 2

Концепция стресса Г. Селье и современное понятие о пограничных психических расстройствах

Понятие стресса, без сомнения, относится к одной из базовых научных категорий, которая имеет огромное значение в целом ряде дисциплин: физиологии, биологии, медицине, психологии, демографии, юриспруденции, менеджменте и др. Еще 150 лет назад известный немецкий врач и патологоанатом Рудольф Вирхов (1821–1902) разработал теорию клеточной патологии, согласно которой всякое заболевание представляет собой сумму нарушений на клеточном уровне, имеющих определенную локализацию и причинно-следственную цепочку последовательных изменений. Именно под влиянием Вирхова (труд 1858 года «Клеточная патология, основанная на физиологическом и патологическом учении о тканях») клеточное учение проникло в медицину и стало основной теоретической базой для понимания болезненных явлений, и именно он впервые обратил внимание на социальную природу многих распространенных заболеваний.

Прародителем концепции стресса можно считать крупнейшего французского физиолога, основоположника эндокринологии Клода Бернара (1813–1878). Являясь автором многих фундаментальных трудов по физиологии, в частности физиологии пищеварения, обмену веществ и нервной регуляции кровообращения, он экспериментально разработал принципы поддержания постоянства внутренних сред организма, лежащих в основе теории гомеостаза. Чтобы выжить в постоянно изменяющихся внешних условиях, организм должен сохранять сбалансированный режим протекания жизненно важных функций в минимальном диапазоне допустимых изменений. Любой выход за пределы допустимого диапазона чреват срывом механизмов адаптации, возникновением болезней.

Ставшая одной из самых интересных, значимых, но малоисследованных, теория гомеостаза получила развитие в работах многих исследователей, среди которых выделяется американский физиолог и психофизиолог, доктор медицины Уолтон Кеннон (W. B. Cannon; 1871–1945), показавший решающую роль вегетативной нервной системы и гормональной регуляции в формировании приспособительного поведения. Именно в его работе 1929 года «Organizatin for Psychological homeostasis» вводится понятие «гомеостаз» (от *греч.* *hómoios* – «подобный», одинаковый и *stásis* – «неподвижность», состояние – относительное динамическое постоянство состава и свойств внутренней среды и устойчивость основных физиологических функций организма) на основании переработанной им концепции эмоций по Джеймсу-Ланге [Там же]. Автор утверждает, что при эмоциональном возбуждении происходит выброс адреналина, который обеспечивает готовность организма к активным действиям, и выявляет непосредственную связь между гуморальными механизмами энергетической мобилизации и возникновением эмоциональных реакций, определяющих целостный паттерн реагирования живого существа на изменение или осложнение ситуации.

У человека и высших животных гомеостаз обеспечивает постоянство объема, клеточного и гуморального состава крови, тканевой жидкости и лимфы, температуры тела, кровяного давления и других показателей, что достигается за счет взаимодействия *нервной и* эндокринной систем (нейрогуморальная регуляция). Особо важную роль играют *кора больших полушарий* головного мозга, *гипоталамус*, *гипофиз*, эндокринные железы. Нарушения механизмов, обеспечивающих постоянство внутренней среды человека, расцениваются как «болезни гомеостаза».

Жизнеспособность организма человека, находящегося в патологическом состоянии, во многом определяют именно гомеостатические реакции. П. Д. Горизонтов (1981) отмечает, что

понятие «гомеостаз» отражает не только состояние организма, характеризующееся физиологическими константами, но и те процессы адаптации и координации физиологических механизмов, которые обеспечивают единство организма как в нормальных, так и в необычных условиях его существования. Адаптационной деятельностью организма человека и высших животных управляют генетические программы, которые условно можно разделить на две: *онтогенетическую*, регулирующую поведение индивида во внешней среде и обеспечивающую его социальный гомеостаз, и *филогенетическую*, регулирующую физиологические реакции организма, обеспечивающую гомеостаз внутренней среды. В работе каждой программы и в процессе их взаимодействия могут возникать конфликты, ошибки и несогласованности, что закономерно порождает нарушения регуляторной деятельности организма и так называемые *синдромы и болезни адаптации*. Стресс-реакция организма на агрессию и, как следствие, неизбежно наступающее при этом повреждение его структур и функций, включает в себя все неспецифические приспособительные процессы, объединяемые названием «общий адаптационный синдром» (ОАС) [Горизонтов 1975, 1981].

Исследования механизмов поддержания организмом оптимального баланса для существования стали базовыми для появления такого понятия, как «стресс».

Впервые слово «стресс» употребил в 1936 году канадский биолог и врач Ганс Селье (1907–1980) «для обозначения состояния неспецифического напряжения в живом организме, проявляющегося в реальных морфологических изменениях в различных органах» [Селье 1972, с. 23]. В переводе с английского оно означает «напряжение». Селье также ввел понятие о фазах стресса, выделив стадии *тревоги* (мобилизация защитных сил), *резистентности* (приспособление к трудной ситуации) и *истощения* (последствия длительного воздействия стресса). Как следует из приведенного выше определения, суть стресса заключается в запуске специальной приспособительной реакции в организме человека (или любой другой живой структуры) под воздействием какого-либо раздражителя. Именно эта реакция и называется стрессом, а раздражитель, ее вызвавший – стрессором. Стресс необходим организму для того, чтобы приспособиться к сложным и меняющимся условиям окружающей среды. Однако сильный и продолжительный стресс приводит к появлению хронических заболеваний и в конечном итоге к нарушению нормальной работы того или иного органа (например, головного мозга) или организма в целом.

«Многие заболевания, подобно музыкальным аккордам, связаны с одновременным действием двух или более агентов» [Там же, с. 64]. Это положение концепции стресса Г. Селье о значении подготавливающих, или, по терминологии Селье, *сенсibiliзирующих, обуславливающих*, факторов в развитии стресса находит сегодня отражение в психоневрологии. В роли сенсibilизатора при развитии часто встречающихся пограничных психических расстройств детского возраста (заикание и другие нарушения речи, синдром дефицита внимания с гиперактивностью – СДВГ, тики, энурез, неврозы) может выступать *минимальная дисфункция мозга (МДМ)*. В трактовке практического врача под минимальной или легкой дисфункцией мозга подразумеваются «легкие повреждения мозга без резко выраженных нарушений моторики и интеллекта, с четкой психопатологической картиной» [Тржесоглава 1986].

Рассматривая проблему патогенеза *идеопатических* (самопроизвольных, не связанных с проникновением в организм каких-либо патогенных агентов) заболеваний, к которым с полным основанием можно отнести и пограничные психические расстройства, Г. Селье большую роль отводил патосинтезу. «Патосинтезом» он считал то, что при комбинированном использовании простых патогенных воздействий можно вызвать в эксперименте поражения, имеющие предсказуемую органоспецифичность. В то же время одинаковые неспецифические поражения могут быть вызваны сочетанием нескольких неактивных патогенных факторов, одни из которых, названные сенсibilизаторами, вызывают скрытую предрасположенность к специфической форме реакции; другие, провоцирующие агенты, обнаруживают эту предрасположен-

ность, проявляя и локализуя заболевание. Г. Селье считал, что «избирательная сенсibilизация может на время функционально выделять определенный тип рецепторов» [Селье 1972, с. 85]. Поэтому в случае идеопатических заболеваний, зависящих, как правило, от комбинированного действия нескольких факторов, разные проявления заболевания могут быть вызваны одним и тем же агентом, который является недостающим звеном для завершения комбинации патогенных факторов.

Некоторые специалисты утверждают, что до 90 % всех заболеваний *«стресс-зависимые»*, т. е. стрессом вызваны или стрессом усугубляются. В литературе приводятся данные о том, что крысы, подвергавшиеся постоянному стрессу, имели такие биохимические показатели, будто их подвергали сильному облучению. Профессор В. В. Фролькис (1924–1999), выдающийся современный физиолог и геронтолог, вице-президент АМН Украины, писал: «О связи между продолжительностью жизни и функцией мозга свидетельствуют опыты ближайшей ученицы И. П. Павлова М. К. Петровой. Она вызывала у подопытных собак систематические срывы нервной деятельности, т. е. то, что мы бы сегодня назвали стрессами. Оказалось, что у подопытных животных развивается преждевременное старение» [Фролькис, Мурадян 1988].

Под воздействием стрессора в организме человека вырабатывается два вещества: норадреналин и адреналин. Решающее значение в запуске стрессовой реакции имеет адреналин, который иногда называют «гормоном стресса». При значительном выбросе адреналина в кровь в организме происходит целый ряд существенных изменений. В первую очередь увеличивается количество сердечных сокращений, повышается кровяное давление и нарастает содержание глюкозы в крови. Все эти сдвиги подготавливают организм к выполнению работы повышенной интенсивности: всем, конечно, известны случаи, когда человек под воздействием сильных эмоций развивал непривычную для себя силу, ловкость и т. д. Итак, *«вреден не всякий стресс, а лишь сильный и продолжительный»*.

Таким образом, если человек систематически подвергается глубокому стрессу, то со временем у него может появиться и заболевание нервной системы. В первую очередь речь идет о неврозе. Частые и глубокие переживания нередко ведут к развитию невроза, а тот, в свою очередь, служит причиной огромного количества заболеваний, имеющих психосоматическую природу (таких как гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, инсульты, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки и др.).

У каждого человека есть духовные или психологические потребности. Иначе говоря, каждый человек желает каким-либо образом самореализоваться. Если самореализоваться не получается, то человек испытывает в лучшем случае раздражение и беспокойство, а в худшем ему не хочется жить. В. И. Гарбузов, как уже говорилось, называет это «чувством неудовлетворенности», считая это тягостное ощущение одной из основных причин невротического развития.

Выдающийся немецкий психиатр и психолог К. Леонгард (1903–1988), автор понятия «акцентуированная личность», обратил внимание на то, что наблюдается два основных типа проявления характера человека. Примерно у половины людей характерологические особенности достаточно равномерны. Такая личность может быть отнесена к неакцентуированному типу. У акцентуированных личностей одна или несколько черт характера занимают главенствующее положение, накладывая отпечаток на весь облик в целом, и подчиняют себе все поведение [Леонгард 1981]. Акцентуация характера снижает приспособительные возможности человека. Однако она же может стать признаком одаренности, если ее обладатель находит сферу приложения своих сил в соответствии с индивидуальной направленностью. У обычного (не акцентуированного) человека, как правило, ровный жизненный путь, без срывов и потрясений. Акцентуация каких-либо черт характера делает человека более уязвимым по отношению к каким-либо факторам воздействия. Такой человек чаще подвержен стрессам, а значит, продолжительность его жизни может оказаться меньшей по сравнению с уравновешенными людьми. Большинство долгожителей обладают спокойным, доброжелательным нравом!

Ю. А. Александровский, говоря о социально-стрессовых расстройствах (ССР), определяемых складывающейся психогенно актуальной для большого числа людей социально-экономической и политической ситуацией, отмечает, что динамика этих расстройств схожа с развитием всех стадий адаптационно-защитных реакций организма, вызванных воздействием не только физической, но и психической травмы. «В классической формулировке Г. Селье, как известно, подчеркивается, что стрессовое состояние проявляется специфическим синдромом, который отражает «неспецифически вызванные изменения в биологической системе». В соответствии с этим при ССР, как и при большинстве психогенных расстройств, можно говорить о специфике неврозогенеза и соответствующих психических нарушений только в том смысле, что они проявляются неспецифическими симптомами и синдромами невротического уровня. При этом наблюдается три последовательно включающихся этапа. Во-первых, этап реакции тревоги, продолжающей противошоковую попытку приспособиться к изменившимся макросоциальным (социогенным) условиям. Во-вторых, этап относительного приспособления к жизни в изменившихся условиях (этап резистентности). В-третьих, этап истощения, сменяющийся в условиях продолжающейся психогении состояние «напряженного резистентного покоя». Первый этап формирует у многих людей активное противостояние изменившимся условиям жизни, второй (при невозможности адаптироваться к новым условиям) вызывает прежде всего астено-апатическое безразличие, а третий является базой формирования многих форм и вариантов невротических и соматоформных расстройств» [Александровский 2006].

Опираясь на основные положения теории Г. Селье, мы предположили, что наиболее распространенные в детском возрасте так называемые монополярные пограничные психические расстройства (заикание и другие речевые расстройства, СДВГ, тики, энурез, неврозы) напрямую связаны с МДМ, а внешне различные их проявления связаны с разной комбинацией запускающих процесс патогенных факторов [Лохов, Фесенко 2000, 2010; Фесенко, Фесенко 2010; Фесенко 2007, 2010]. МДМ, какие бы структуры она первоначально ни захватывала, в конечном счете, находит отражение в нарушении взаимодействия между различными зонами коры головного мозга, которые являются исполнительным механизмом для выполнения того или иного действия целого организма. Нарушения такого взаимодействия можно отчетливо проследить методом кросскорреляционного анализа *компьютерной электроэнцефалографии (КЭЭГ)*, о котором речь пойдет ниже.

Полученные нами за почти пятнадцатилетнюю практику использования КЭЭГ данные у более чем 2000 больных пограничными психическими расстройствами детей в возрасте 3–11 лет (более подробно об этих результатах также будет сказано ниже) позволяют нам, говоря о роли стресса в развитии пограничных состояний, сделать следующие выводы. Главным сенсibilизирующим фактором возникновения монополярных пограничных психических расстройств детского возраста служит минимальная дисфункция мозга (МДМ), полученная в перинатальном периоде развития, основным источником которой является неудовлетворительное здоровье матери. По нашим данным, в 75 % случаев в явном или скрытом виде у матерей выявляется так называемый пиелонефрит беременных. Почки не справляются с двойной нагрузкой и не могут обеспечить в достаточной мере нормальную работу организма матери и развивающегося плода, что в первую очередь отрицательно сказывается на формировании ведущих областей коры головного мозга ребенка (в частности речевых, как наиболее молодых в филогенезе), что ведет к нарушению их взаимодействия.

В качестве избирательного сенсibilизирующего фактора во всех исследованных нами случаях пограничных расстройств выступает нарушение взаимодействия теменно-затылочной зоны правого полушария коры головного мозга с другими структурами. Теменно-затылочные, или нижне-теменные, зоны коры головного мозга являются центральными межаNALизаторными областями, которые получают импульсы со всех воспринимающих рецепторов. Именно здесь происходит первичная переработка сенсорной информации, выработка вероятностных

прогнозов и передача обработанной информации в другие зоны головного мозга, причем начиная уже с первых месяцев жизни ребенка. Ведущей в отношении указанных функций является нижнетеменная зона правого полушария. В процессе онтогенеза нормальные (опережающие со стороны правой нижнетеменной зоны) взаимоотношения в диапазоне частот 4–8 Гц между структурами коры головного мозга формируются к 2–3 годам. Поэтому все пограничные психические расстройства в возрасте от 3 до 11 лет и старше можно охарактеризовать как своеобразную задержку созревания взаимоотношений между анализаторными зонами коры и другими структурами головного мозга. Основными составляющими *патосинтеза*, определяющими те или иные внешние проявления патологических реакций в каждом отдельном случае, служат конкретные варианты нарушенного взаимодействия между анализаторными и другими зонами коры головного мозга и подкорковыми структурами [Лохов, Фесенко, Чурилов 2006].

Внешне патологические реакции (навязчивые движения, действия, астенизация, гиперактивность, энурез и др.) в ряде случаев являются полезными защитными реакциями организма, предохраняющими его от более разрушительных последствий МДМ. Так, достоверно было доказано, что энурез (эпизоды ночного недержания мочи) служит защитной реакцией, восстанавливающей нормальную цикличность сна ребенка [Гольбин 1979; Фесенко, Лохов 2003; Фесенко 2010]. Повышенная двигательная активность ребенка при СДВГ, как было неоднократно показано нами, временно восстанавливает нормальное взаимодействие между различными зонами коры головного мозга, сохраняя возможность его полноценного развития [Лохов, Фесенко, Рубин 2003; Лохов, Фесенко, Фесенко 2007; Лохов, Фесенко, Фесенко 2008, 2011; Фесенко 2010]. Поэтому клиническая тактика при лечении пограничных расстройств должна быть направлена не столько на борьбу с их внешними проявлениями, сколько на восстановление нормального взаимодействия между структурами головного мозга за счет психотерапевтического, фармакологического и инструментального влияния.

Говоря о защитных механизмах головного мозга и, соответственно, всего организма при возникновении пограничного психического расстройства, следует напомнить, что почти 70 лет назад Карл Юнг определил пограничные психические расстройства как «попытку саморегулирующейся психической системы восстановить баланс» [Юнг 1987]. Используя современные средства компьютерной ЭЭГ-диагностики, мы постепенно начинаем понимать, какой баланс взаимодействия между структурами пытается восстановить эта удивительная система под названием головной мозг человека и в каком направлении ей требуется оказать помощь. Немалое влияние на понимание нейрофизиологических механизмов оказала и продолжает оказывать концепция стресса великого ученого XX столетия Ганса Селье.

Возвращаясь к наследию основателя аналитической психологии Карла Густава Юнга, важно отметить, что трактовку неврозов как попытку компенсации посредством восстановления подчиненных функций, попытку восстановить баланс в работе мозга, он дал одним из первых. Юнгом же было введено понятие архетипов как изначальных элементов человеческой психики, в которых заключен опыт всего человечества, начиная от его древнейших предков. С современной точки зрения, архетипы могут представлять собой некоторые матрицы (или программы) долгосрочной памяти, заложенные генетически, накладывающиеся на индивидуальный опыт личности и меняющие отношение личности к оценке текущих событий действительности. *Исходя из этого любая терапия неврозов должна учитывать влияние архетипов на процесс восстановления взаимодействия между структурами головного мозга. Схема нормального межструктурного взаимодействия настолько тесно и неразрывно связана с понятием архетипов, что позволяет ставить задачу применения объективных методов исследования для изучения такой связи и использования полученных данных в лечении пограничных психических расстройств.*

Юнг понимал неврозы не только как нарушение, но и как необходимый импульс для «расширения» сознания и, следовательно, как стимул к достижению зрелости (исцеление). С

такой точки зрения психические нарушения – не просто неудача, болезнь или задержка развития, но побуждение к самореализации и личностной целостности.

Не случайно, что и метод психотерапии К. Юнга отличается от метода З. Фрейда. Аналитик в терапии Юнга не остается пассивным, он часто должен играть самую активную роль в сеансе. Кроме свободных ассоциаций, Юнг использовал своего рода «направленные» ассоциации, помогающие понять содержание сновидения при помощи мотивов и символов из других источников.

Юнгу – автор понятия «коллективного бессознательного» – архетипов, врожденных форм психики, образцов поведения, которые всегда существуют потенциально и при актуализации предстают в виде особых образов. Поскольку типические характеристики, обусловленные принадлежностью к человеческому роду, наличием расовых и национальных признаков, семейных особенностей и веяний времени, сочетаются в человеческой душе с уникальными личностными характеристиками, ее естественное функционирование может быть только результатом взаимного влияния этих двух сфер бессознательного (индивидуальной и коллективной) и их отношений со сферой сознания.

«Коллективное бессознательное» К. Юнга есть родовая память человечества, итог жизни рода; оно присуще всем людям, передается по наследству, являясь основой индивидуальной психики и ее культурного своеобразия. Архетипы «коллективного бессознательного» – познавательные модели и образы (образцы). Они всегда сопровождали человека и являются в определенной степени источником мифологии. Полем исследования для К. Юнга были разнообразные феномены культуры. Он не замыкался в рамках клинического метода как основного средства анализа, предопределявшего и объекты изучения. Предметом его изучения были литература (Шиллер, Ницше), философия (античная, эллинистическая), мифология и религия (восточные верования), история культуры, а также экзотические ритуалы и мистические аспекты культуры [Юнг 1984, 1995].

Различают следующие *виды* стресса (по продолжительности действия, причинам возникновения):

- Острый стресс – состояние человека после события или явления, в результате которого утрачивается психологическое равновесие (конфликт, ссора, нападение кого-то и пр.).
- Хронический стресс предполагает наличие постоянной (или существующей длительное время) значительной нагрузки на человека, в результате которой его психика или тело находятся в повышенно напряженном или безысходном для него состоянии.
- Физиологический стресс возникает при физической перегрузке организма (слишком высокая или низкая температура, сильные запахи, повышенный уровень шума и т. д.).
- Психологический стресс. Он является следствием нарушения психологической устойчивости личности по целому ряду причин (неудовлетворенность жизнью в текущее время, задетое самолюбие, полученное оскорбление, работа, не приносящая удовлетворения или не соответствующая квалификации исполнителя и т. п.). Кроме того, стресс может быть результатом чрезмерной психологической нагрузки (выполнение слишком большого объема работ, ответственность за качество сложной работы, негативные результаты деятельности, ситуации угрозы, опасности).
- Информационный стресс возникает в ситуациях информационных перегрузок или информационного вакуума.

Выделяют также *модели* стресса, когда рассматривают его как стимул, как ответную реакцию и как транзакцию (взаимодействие) [Кокс, Маккей 1995; Бодров 2000]. В соответствии с этим подходом существующие модели стресса разделяют на стимульные модели, модели ответной реакции и транзактные модели.

Стимульные модели рассматривают стресс как психологическое требование, приводящее к личностному напряжению. Стресс здесь – независимая переменная как некое объективное свойство окружающей среды. В стимульных моделях крайне важна роль таких факторов окружающей среды, как жизненные события. Эта модель предполагает, что любое событие есть стресс, а телесный ответ на него выражается напряжением или усилием [Shinn et al. 1984].

В *моделях ответной реакции* стресс рассматривается как физиологическая ответная реакция на требование окружающей среды (стресс – динамическое состояние организма, которое развивается в ответ на требование адаптации) [Wolff 1953; Selye 1956]. Вольф отводил стрессу центральное, основное место в жизнедеятельности человека, считая все жизненные процессы постоянной адаптацией к изменяющимся условиям. Эти модели стресса предполагают возникновение заболеваний, причем в основном соматических, под влиянием социальных и психологических факторов, учитывают важность физиологической мобилизации организма для управления стрессовыми ситуациями.

Т. Кокс и К. Маккей, приверженцы транзактного подхода к изучению стресса (1995), критически относятся к обеим моделям, описанным выше, так как, по их мнению, эти модели механистичны (рассматривают человека как пассивный объект воздействия стресса) и не учитывают индивидуальных особенностей и специфики протекания психологических процессов.

Транзактные модели определяют стресс как взаимодействие между личностью и окружающей средой, когда важны не ситуация и не личность, а именно их взаимодействие, в котором главенствующая роль принадлежит когнитивной способности человека в определении его активности [Китаев-Смык 1983; Березин 1988; Coyne, Lazarus 1980]. Ф. Б. Березин, описывая стресс системный (физиологический) и психический, считает, что «основной чертой, различающей эти состояния, является необходимое для возникновения психического стресса восприятие угрозы» [Березин, 1988, с. 10].

Одной из разновидностей транзактных моделей является когнитивная модель стресса Р. Лазаруса. Здесь ведущим постулатом служит положение, что стресс возникает тогда, когда требования окружающей среды находятся на пределе или за пределами человеческих возможностей, а психическое отражение явлений действительности и их объективная оценка зависят от индивидуальных различий [Лазарус 1970, 1989]. В когнитивной модели Мак-Граф выделяются 4 основных положения: когнитивные оценки событий определяют их стрессогенность; успешный предшествующий опыт ослабляет, а неудачный усиливает негативные эффекты стресса при последующих столкновениях со стрессором; интенсивность стимуляции окружающей среды имеет криволинейную зависимость с испытываемым стрессом; социальная поддержка способна смягчать стрессовые события. Таким образом, стресс возникает каждый раз, когда нарушается баланс между воздействием окружающей среды и возможностями человека [McGrath 1970].

Несмотря на то что стресс принято рассматривать и идентифицировать с позиции его деструктивного характера, а в большинстве работ акцент ставится на проблемах, связанных с дистрессом, следует сказать и об эустрессе (конструктивном стрессе), поскольку одни и те же стрессовые стимулы могут оказать как мобилизующее, так и дезорганизирующее действие на поведение и всю деятельность человека.

Не случайно Г. Селье долгое время избегал слова «стресс», понимая, что оно употреблялось для обозначения нервно-психического напряжения (синдром «бороться или бежать»), и описывал процессы, происходящие при стрессе, как общий адаптационный синдром (ОАС),

о котором говорилось выше. Только через 10 лет после введения термина «стресс» Селье стал использовать его в своих работах для определения общего адаптационного напряжения.

Таким образом, неверно отождествлять стресс с нервным напряжением. Стресс – не только душевное волнение или нервное напряжение. Это прежде всего универсальная физиологическая реакция на достаточно сильные воздействия, имеющая свои механизмы, симптомы и фазы, имеющая, наконец, свою целесообразность.

Деструктивный стресс, или дистресс (distress), являясь источником многочисленных негативных переживаний, ухудшает протекание психофизиологических функций, приводит к заболеваниям и дезорганизует поведение человека. Дистресс – это разрушительный стресс, демобилизующий и дезорганизующий. Это негативный тип стресса, с которым организм не в силах справиться. Дистресс, как правило, является следствием длительного стресса, когда мобилизация и расходование адаптационных резервов происходят непродуктивно. Если дистресс не удастся предотвратить, то возникают соматические и психические расстройства, требующие активной терапии. К симптомам дистресса относят: постоянную усталость, рассеянность, повышенную возбудимость, ухудшение памяти, нарушения сна, потерю аппетита, болевые ощущения в области головы, спины, груди, живота, утрату чувства юмора, снижение витального настроения и пр.

Эустресс же, напротив, мобилизует, активизирует внутренние резервы человека, улучшает протекание психических и физиологических функций. Это активизирующий стресс. Он приводит к улучшению памяти и усилению концентрации.

Искусство саморегуляции как раз и заключается в умении использовать преимущества эустресса и в умении избегать дистрессов. Так как находиться в «мобилизованном» состоянии постоянно невозможно, то организму необходим отдых, чтобы созидательный эустресс не перешел в разрушительный дистресс. Поэтому для любого человека важно уметь регулировать потоки стрессоров, соблюдая оптимальное для себя равновесие между спокойным существованием и нервным напряжением.

Поиски рецептов, с помощью которых можно было бы справляться со стрессом, продолжаются с того времени, когда это понятие ввел Г. Селье. Одной из наиболее значимых теорий стала (со второй половины прошлого века) теория копинга американского психолога А. Маслоу (1908–1970). Под «копингом» (от *англ.* to cope – «справиться, совладать») подразумеваются постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие попытки справиться со специфическими внешними или/и внутренними требованиями, которые оцениваются как «напряжение» или превышают возможности человека справиться с ними. Копингповедение отражает готовность индивида решать жизненные проблемы, так как при выборе активных действий повышается вероятность устранения воздействия стрессоров на личность. Это поведение направлено на приспособление к обстоятельствам и предполагает сформированное умение использовать определенные средства для преодоления эмоционального стресса [Maslow, Frager 1987]. По Р. Лазарусу, копинг-стратегии (совладающее поведение) – сознательные усилия личности в ситуации психологической угрозы для совладания со стрессом и другими порождающими тревогу событиями [Lasarus 1966].

Для совладания со стрессом каждый человек использует собственные стратегии (копинг-стратегии) на основе имеющегося у него личностного опыта (личностных ресурсов, или копинг-ресурсов). Совладающее поведение и является результатом взаимодействия копинг-стратегии и копинг-ресурсов. Успешность адаптации к стрессам определяется степенью развития копинг-ресурсов; при низком развитии формируется пассивное дезадаптивное копингповедение, происходит социальная изоляция и дезинтеграция личности.

С. Фолькман выделяет несколько видов копинг-ресурсов:

1. Физические (здоровье, выносливость и т. д.).
2. Психологические (убеждения, самооценка, locus контроля, мораль и т. д.).

3. Социальные (социальные связи человека и другие виды социальной поддержки). (Автор подразделяет их на личностные и средовые копинг-ресурсы.)

4. Ресурсы личности:

- ресурсы когнитивной сферы – возможности, позволяющие оценивать воздействие социальной среды, окружающей человека;
- Я-концепция, или представление человека о себе;
- интернальный локус контроля – умение контролировать свою жизнь и принимать на себя ответственность за нее;
- аффилиация – умение общаться с окружающими, определенная социальная компетентность, стремление быть вместе с людьми;
- эмпатия – умение сопереживать окружающим, проживать вместе с ними какой-то отрезок их жизни, накапливая при этом свой собственный опыт;
- позиция человека по отношению к жизни, смерти, любви, одиночеству, вере;
- духовность человека;
- ценностная мотивационная структура личности.

5. Ресурсы социальной среды:

- система социальной поддержки – окружение, в котором живет человек (семья, общество);
- социально-поддерживающий процесс – умение находить, принимать и оказывать социальную поддержку [Lazarus, Folkman 1984].

И. М. Никольская и Р. М. Грановская считают, что для совладания необходимо соблюдать по крайней мере три условия: 1) достаточно полно осознавать возникшие трудности; 2) знать способы эффективного совладания именно с ситуацией данного типа; 3) уметь своевременно применить их на практике (2000). Исследователи полагают, что «...эффективность совладания зависит от того, является ли срабатывание данной защиты ситуативным или это уже элемент стиля личного реагирования на трудности» (цит. по [Духновский 2003]).

С. В. Духновский пишет: «Н. С. Видерман (2000), рассматривая основные подходы исследования копинг-поведения, выделяет три подхода к пониманию его определения. Первый подход характерен для психоаналитической школы. Копинг-процессы рассматриваются как эго-процессы, в своей основе направленные на продуктивную адаптацию личности в затруднительных ситуациях. Функционирование копинг-процессов предполагает включение моральных, социальных и мотивационных структур личности для совладания с проблемой. В случае неспособности личности к адекватному преодолению проблемы включаются защитные механизмы, способствующие пассивной адаптации. Защитные механизмы определяются как ригидные, дезадаптивные способы совладания с проблемой, препятствующие адекватной ориентации индивида в реальности. Копинг и защита функционируют на основании одинаковых эго-процессов, но являются разнонаправленными механизмами в преодолении проблем (Naan N., 1977).

Второй подход определяет копинг как качества личности, которые предполагают использование относительно постоянных вариантов ответа на стрессовые ситуации. Billings A. G., Moos R. H. (1984) выделили три способа совладания со стрессовой ситуацией: 1) оценка ситуации; 2) вмешательство в ситуацию; 3) избегание ситуации.

Третий подход – копинг выступает как динамический процесс, который определяется субъективностью переживания ситуации. Lazarus R. S., Folkman S. (1984) обозначили психологическое преодоление как когнитивные и поведенческие усилия личности, направленные на снижение влияния стресса. Авторы выделили активное и пассивное копинг-поведение. Активная форма копинг-поведения (активное преодоление) является целенаправленным устранением или изменением влияния стрессовой ситуации, ослаблением стрессовой связи личности с окружающей средой. Пассивное копинг-поведение (пассивное преодоление) – интрапсихи-

ческие способы совладания со стрессом с использованием различных техник психологической защиты, которые направлены на редукцию эмоционального напряжения, а не на изменение стрессовой ситуации [Там же 2003]».

Стрессоустойчивость, таким образом, представляет собой совокупность личностных качеств, позволяющих человеку переносить значительные интеллектуальные, волевые и эмоциональные нагрузки (перегрузки), обусловленные особенностями профессиональной деятельности, без особых вредных последствий для деятельности, окружающих и своего здоровья. Немаловажным фактором в этих процессах является психологическая защита. И хотя речь о ней пойдет ниже, некоторые аспекты психологической защиты целесообразно отметить в этой главе.

Р. Плутчик считает, что механизмы психологической защиты выступают как производные эмоций – базисных средств адаптации. При этом защитные механизмы характеризуются биполярностью (противоположностью) в зависимости от знака лежащих в их основе эмоций (например, радость – печаль). Р. Плутчик совместно с Г. Келлерманом предложил так называемую «специфическую сеть» взаимосвязей между различными уровнями личности: *эмоциями, защитой и диспозицией (наследственной предрасположенностью к психическим заболеваниям)* [Plutchik, Kellerman 1989].

У детей формирование психологических защит идет в принципе по тем же механизмам, что и у взрослых. Однако каждый защитный механизм вначале формируется для овладения конкретными инстинктивными побуждениями и связан, таким образом, с определенной формой индивидуального развития. Выделяют несколько форм защитного приспособления ребенка: *защитные автоматизмы* (простые и сложные поведенческие реакции и первичные психологические защитные механизмы, такие как крик, мышечные спазмы, пассивный протест, отрицание, проекция), *защитные поведенческие реакции* (отказ, оппозиция, имитация, компенсация, эмансипация, замещение, вытеснение, отчуждение, сновидение, сублимация, регрессия) и *семью* как среду, определяющую развитие защиты. На этой базе у ребенка формируются *осознанные стратегии совладания*, используемые им и во взрослой жизни [Никольская, Грановская 2006].

Таким образом, психологический стресс (как в виде действие сверхсильных раздражителей, так и в виде более слабых, но постоянно действующих психотравмирующих раздражителей, вызывающих длительное состояние психического перенапряжения) является одной из самых весомых причин возникновения невротической реакции и может привести в конце концов к стойким болезненным переживаниям неудачи, внутренним конфликтам, чувству недостижимости жизненных целей, невосполнимости потери и т. п. Более того, стрессогенное детство (постоянные ссоры и конфликты в семье, неуважительное отношение к личности ребенка со стороны родителей, развод с «делением» ребенка) способствует формированию у него таких черт характера, как неуверенность в себе, боязливость, тревожность, застенчивость, мнительность, робость, нерешительность. И это необходимо учитывать, говоря о профилактике возникновения нервно-психических расстройств, особенно в детском возрасте.

Глава 3

Понятие о психической травме

В Википедии дается простое и вполне понятное определение: «*Психологическая* травма, или *психическая* травма (*психотравма*), – вред, нанесенный психическому здоровью человека в результате интенсивного воздействия неблагоприятных факторов среды или остроэмоциональных, стрессовых воздействий других людей на его психику».

Автор монографии «Психическая травма» М. М. Решетников (2006) говорит о том, что во всех многочисленных руководствах по нервно-психическим нарушениям невозможно найти не то что раздел, но даже сколько-нибудь подробное описание такого важного в психологии, психиатрии и психотерапии понятия, как «психическая травма». Между тем расстройства психогенной природы психиатрами и психотерапевтами всех эпох и всех научных направлений неизменно связывались с патогенным воздействием психической травмы. М. М. Решетников пишет: «Понятие “психической травмы” впервые появилось в научной литературе в конце XIX века, но ее признание в качестве самостоятельной нозологической единицы растянулось почти на 100 лет, а дискуссия вокруг этой проблемы была настолько захватывающей, что заслуживает отдельного изложения и анализа» [Решетников 2006].

Следует все же сразу оговориться: *психическая* и *психологическая* травма – не суть одно и то же. При психической травме происходит повреждения (кем-то или чем-то) психики, приводящие к заметному нарушению ее нормального функционирования. При травме же психологической выраженных нарушений функций психики не происходит и у индивида остаются возможности быть адекватным и успешно адаптироваться к среде.

Несмотря на то что о психической травме так или иначе говорили практически все специалисты в области научной психиатрии и психотерапии, а история вопроса насчитывает уже более века, на сегодня не существуют ее систематизированной классификации. И это не случайно, поскольку за прошедшее время остались только разрозненные данные немногочисленных исследований психической травмы (от работ французского психиатра В. Маньяна, американского психолога Соммера, немецкого философа, психолога и психиатра К. Ясперса, русского психиатра П. Б. Ганнушкина до исследований А. Н. Молохова, Г. К. Ушакова), приводимых, как правило, без учета особенностей личности. Так, А. Н. Молоховым было выделено три этапа в развитии представлений о психической травме: 1) «психологический», для которого характерен акцент на травмирующем факторе без связи его с психическим и соматическим преморбидом (К. Jaspers; K. Schneider); 2) «клинико-описательный», когда было осуществлено определение основных клинических форм психогений (П. Б. Ганнушкин и др.); 3) «патофизиологический», когда в основу концепций психогений были положены идеи И. П. Павлова и его школы [Ганнушкин 1933; Молохов 1963; Ушаков 1978; Ясперс 1997; Magnan 1903 (Маньян 1995); Schneider 1928, 1955; Sommer 1968].

Тем не менее, о психической травме и ее роли в возникновении болезненных состояний все эти годы писали приверженцы психоанализа и его ответвлений. Так, Отто Ранк (1884–1939), австрийский психолог, один из учеников З. Фрейда, в своем классическом труде «Травма рождения и ее значение для психоанализа» анализирует наиболее глубокий, но неизбежный травматический опыт в жизни каждого человека – травму рождения. В ней он видит важнейший элемент психического развития, причину всех страхов и неврозов, а также рассматривает желание вернуться во внутриутробное состояние как основополагающую силу, управляющую психической жизнью индивида, выдвигая на этом основании концепцию о негативном влиянии родовой травмы на развитие личности и формирование позитивных отношений. Ранк подчеркивал важность аномального влияния на развитие психики в дальнейшей

жизни (к примеру, на формирование навыков опрятности), когда формируются модели взаимоотношений в разнообразных жизненных событиях. Он считал чем в более раннем возрасте ребенок получает психическую травму, тем более глубокие слои личности оказываются «деформированными» у него во взрослом состоянии [Rank 1936; Ранк 2009].

Эти взгляды получили свое развитие через полвека в работах американского психолога и психиатра чешского происхождения, врача и исследователя Станислава Грофа, приверженца трансперсональной психологии, автора весьма интересной психофизиологической теории этиологии пограничных психических расстройств. Используя колоссальный опыт по изучению психоделических состояний, вызванных применением наркотика ЛСД, или сходных состояний, вызванных глубоким учащенным дыханием (так называемым холотропным дыханием), и опираясь в том числе на идеи О. Ранка, он выдвинул гипотезу о влиянии процесса рождения на психику человека и ее патологии [Гроф 1992, 1994, 1996]. По Грофу, физиологический процесс родов оставляет глубокий след в подсознании человека. Этот след фиксируется в четырех (в соответствии с этапами родовой деятельности) *базовых перинатальных матрицах (БПМ)*.

БПМ-1 – след от пребывания в утробе матери. Если развитие плода в утробе матери происходит благополучно, то основу этой матрицы составляет идеальное состояние блаженства и покоя. БПМ-1 в жизни индивида воспроизводится в ситуациях, в которых полностью удовлетворены первоочередные потребности. Она проявляется в счастливых картинах раннего детства, влюбленности, познании красоты природы, видов искусства и т. п. Однако идеальные ситуации бывают редко, даже в утробе матери. Если плод крупный, то на поздних сроках беременности он испытывает дискомфорт от механического сжатия и перебоев в работе плаценты. Иногда органы матери, например почки или печень, плохо справляются со своими функциями (что тоже чаще бывает на поздних сроках), в этом случае на мозг плода воздействуют вредные факторы химической и биологической природы (яды, токсины). Наконец, недостаточно серьезное отношение матери к процессу беременности, ее психические (например, учеба, сдача экзаменов) или физические перегрузки также оказывают вредное воздействие на развитие плода. Патологические отклонения развития проявляются в ощущениях опасности, экологических катастроф, конца света и т. п. Кроме того, в этих случаях БПМ-1 может служить матрицей развития родственных психопатологических проявлений: параноидальной симптоматики, ипохондрии, истерических галлюцинаций и смещения фантазий с реальностью.

БПМ-2 – след, связанный с началом родовой деятельности, с первыми схватками. Плод периодически сжимается мышечными спазмами при закрытой шейке матки. Кровоснабжение плода периодически прерывается или значительно сокращается. Ограничивается поступление кислорода и питательных веществ. Проявление БПМ-2 определяется воспоминаниями, связанными с угрозой жизни и целостности индивида (война, травмы, операции и т. п.), с повторным переживанием тяжелых психических травм (отвержение родителями, развод родителей, смерть близких и т. п.). БПМ-2 может служить матрицей развития шизофренических психозов, эндогенной депрессии, чувства неполноценности, алкоголизма, наркомании, псориаза и язвы желудка.

БПМ-3 – след, связанный с процессом непосредственно родовой деятельности. Сокращения матки продолжают, однако шейка матки раскрыта, и плод постепенно продвигается по родовому каналу. Продолжается ограничение притока крови к мозгу плода, вызванное спазмами матки. Кроме того, на этой стадии может наблюдаться полное пережатие пуповины (она попадает между головой плода и тазовыми костями матери, особенно если таз узкий) и захлестывание пуповины вокруг шеи плода, иногда многократное, что усугубляет ситуацию «удушения». БПМ-3 проявляется в воспоминаниях ситуаций, связанных с борьбой индивида за жизнь, или эпизодов игры (спортивных состязаний) на грани жизни и смерти (драки, военные эпизоды, альпинистские опасности, азартные игры с большими ставками, сексуальные

моменты большой напряженности и т. п.). У женщин это воспоминания о ситуациях рождения собственного ребенка. БПМ-3 может служить матрицей развития шизофренических психозов с элементами садомазохизма, тревожной депрессии, сексуальных отклонений, невроза навязчивых состояний, истерии, тиков, заикания, энуреза, психогенной астмы, мигрени.

БПМ-4 – след, связанный с завершением процесса родовой деятельности. За пиком боли и напряжения, которые сопровождают появление ребенка на свет, наступает внезапное облегчение и покой. В воспоминаниях проявления БПМ-4 являются как бы продолжением ситуаций, связанных с БПМ-3: счастливое избавление от смертельной опасности, воспоминание о преодолении сложных жизненных препятствий или ситуаций, картины возрождающейся природы (весна, восход солнца ранним утром и т. п.), повторное переживание успеха в достижении той или иной жизненной цели и т. д. БПМ-4 может служить матрицей развития шизофренических психозов (мессианский бред, воссоздание мира и т. п.), маниакальной симптоматики, женских сексуальных отклонений.

Таким образом, развитие пограничных психических расстройств, по Грофу, связано с БПМ-3, т. е. непосредственно с завершающим процессом родовой деятельности – прохождением плода по родовому каналу. Трудностям этого процесса могут способствовать как психологическая неподготовленность матери к родам, так и неудачное анатомическое строение скелета в области тазовых костей. Не секрет, что эталоном женской красоты для западной культуры последних десятилетий стала фигура с узкими бедрами, анатомическим строением, совершенно не приспособленным для родовой деятельности. Отсюда и возросший процент длительных родов, различные виды родовспоможения в виде психофармакологической стимуляции, ручного выдавливания и т. п., что отрицательно сказывается на здоровье ребенка и матери.

Гроф предполагает, что «переживание настоящего момента искажено частичным проникновением опыта, полученного при рождении... Эмоции и телесные ощущения, которые должны быть полным соответствием рождению, становятся в другом контексте психопатологическими симптомами. Такой человек... в определенном смысле как бы застревает в родовом канале и еще не родился» [Гроф 1992, с. 246].

Барнесс Э. Мур, один из авторов наиболее часто цитируемых словарей во всей современной западной психоаналитической литературе, пишет: «*Психическая травма* – дезинтеграция или срыв, возникающий в том случае, когда психический аппарат внезапно подвергается воздействию внешних или внутренних стимулов, которые слишком сильны, чтобы справиться с ними обычным способом. При психической травме разрушается так называемый предохранительный “щит”, а “Я” утрачивает свои посреднические функции и становится беззащитным. Возникает состояние беспомощности, варьирующее от общей апатии и ухода в себя до эмоциональной “бури”, сопровождающейся дезорганизацией поведения.

Понятие травмы является неотъемлемой частью ранней теории неврозов Фрейда. В конечном счете он предложил такую формулу для описания развития невроза: ранняя травма – защита – латентность – наступление невротического заболевания – частичное возвращение вытесненного.

В процессе развития психические травмы неизбежны. Некоторые из них могут быть настолько значимыми, что их влияние сказывается на общих свойствах чувствительности индивида ко всем последующим травматическим воздействиям. При этом конституциональные факторы наряду с фиксацией и регрессией в развитии Я и Сверх-Я, основой которых являются проблемы в ранних отношениях со значимыми объектами, обуславливают уязвимость Я. Подобное неблагоприятное влияние оказывают и аккумулирующиеся “легкие” травмы детского возраста, могущие существенно изменить структуру развития и адаптивных способностей индивида. Корреляция травматических воздействий с проявлениями либидинозной фазы, на которую приходится травма, определяет степень риска возникновения болезненного состо-

яния и типологию его проявлений. Успех излечения психической травмы зависит от многих факторов, таких, как внутренняя и внешняя ситуации, возраст, в котором была получена травма, реакция индивида на событие (а не столько само событие), архаические патологические попытки справиться с ним, самооценка и поддержка со стороны объектов.

Последствия травмы могут нивелироваться или выражаться в виде затяжного *травматического невроза*. Травматический невроз возникает, как правило, после катастроф, аварий, стихийных бедствий, насилия, то есть в тех случаях, когда травматические воздействия выходят за рамки привычных переживаний и ставят человека перед лицом смерти, и представляет собой вызванное стрессом расстройство тревожного типа, часто очень тяжелое. Симптоматика травматического невроза включает: переживания постоянного воспроизведения травматической ситуации (во снах, фантазиях, представлениях), замедление ответных реакций на различные стимулы, ограничение контактов с внешним миром, а также целый ряд дисфорических расстройств, поведенческих и когнитивных нарушений. По мнению английского психоаналитика Ч. Райкрофта, “травматические неврозы или спонтанно излечиваются, или становятся хроническими, или переходят в психоневрозы”. В современной DSM-IV “Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders”² травматические неврозы рассматриваются как *посттравматические стрессовые расстройства* [Мур, Файн 2000].

Таким образом, основные научные разработки о механизмах психической травмы принадлежат ученым психоаналитического направления, что не удивительно, учитывая особую роль такой травмы в построениях практически всех концепций психоанализа. В подтверждение этого можно привести довольно обширный ряд работ, в которых приверженцы психоанализа рассматривали проблему психической травмы: «Книга об “Оно”» Г. Гроддека (1923); «Тревожность и магическое мышление» К. Ожье (1956); «Краткое изложение теории личности с точки зрения объектных отношений» В. Фэйберна (1963); «Was hat man dir, du armes Kind getan?» («Что сделали с тобой, бедное дитя?») Дж. Мессона (1984); «Театры души» и «Театры тела» Д. Ф. Мак-Даугалля (1986, 1989); «Распространенность и эпидемиология. Семейная психодинамика» Ф. Тастина (1990); «Современный психоанализ» П. Куттера (1997); «Внутренний мир травмы» Д. Калшеда (2001); «Базисный дефект» М. Балинта (2002); «Введение в детский психоанализ. Норма и патология детского развития» А. Фрейда и т. д.

М. М. Решетников отмечает: «...Во время первых психоаналитических сеансов Фрейд обращает внимание на то, что в рассказах его пациентов почти всегда выявляется повышенная фиксация на темах и психотравмирующих переживаниях, так или иначе связанных с попытками или результатами совращения их в детстве, преимущественно – со стороны близких родственников, и наиболее часто – дочерей отцами... Позднее признание роли психотравмирующих ситуаций раннего детства, и особенно – детской сексуальной травмы в качестве пускового механизма психопатологии, вошло в число основных постулатов психоанализа (и фактически общепризнанно)... Фрейд полагал, что случаи сексуального злоупотребления со стороны взрослых настолько ранят детей, что они оказываются не в состоянии перенести эти ужасные, непонятные, неизвестные и даже чуждые им переживания, которые в результате вытесняются (из памяти и сознания). Но, поскольку аффективный (патологический) процесс уже запущен и в большинстве случаев не может остановиться, он качественно трансформируется (в симптоме) – и вместо вытесненного страдания, по поводу которого ребенку не к кому обратиться, появляется его “заместитель”, который может быть предъявлен, в том числе нанесшему травму взрослому, – та или иная психопатология... Такая психопатология очень нередко в явной или скрытой форме присутствует с самого детства, но главное – ее причина обычно остается недоступной для сознания.

² Руководство по диагностике и статистике психических расстройств (принятое в США)(англ.).

Однако с помощью психоаналитического метода эти воспоминания можно вывести на сознательный уровень, как бы “проявить” вытесненный аффект, освободить его, выражаясь языком Фрейда, от “нагара неестественности” и “зловония”, и затем в процессе психической проработки сделать действительно прошлым, действительно забытым и таким образом преодолеть последствия психической травмы – те или иные симптомы актуального душевного страдания (и их соматические эквиваленты) [Решетников 2006].

В. М. Кровяков высказывает свою точку зрения, говоря о взглядах Фрейда на психическую травму: «Сам З. Фрейд придавал значение травме (первичная сцена и др.). Он, полагая, что ребенок, переживающий насилие со стороны родителя, должен амнезировать насилие, в связи с тем что он зависим от опекуна. Фрейд ввел термин “предательская травма”, считая, что жертва насилия не может позволить себя помнить о травме до достижения возраста, когда она становится независимой».

Развитие концепции травмы в психоанализе не произошло. Основное внимание психоаналитиками было уделено разработке концепции “психологической защиты”. Начиная с З. Фрейда и в последующих работах специалистов психоанализа, изучающих механизмы психологической защиты, неоднократно отмечается, что привычная для личности в обычных условиях защита, в экстремальных, критических, напряженных жизненных условиях обладает способностью закрепляться, приобретая форму фиксированных психологических защит. Согласно представлениям психоаналитиков, психологическая защита представляет собой ряд специфических приемов переработки переживаний, нейтрализующих патогенное влияние, которое эти переживания могут оказывать на сознание. Это феномены типа “вытеснение”, “проекция”, “рационализация”, “сублимация”. В последующем З. Фрейд отказался от травмы как этиологического фактора при истерии» [Кровяков 2005].

Гораздо в большей степени развитие теории о психической травме, по мнению В. М. Кровякова, прослеживается в работах Анны Фрейд (1895–1982), младшего ребенка в семье З. Фрейда, основоположницы детского психоанализа, активно отстаивавшей специфические потребности ребенка. Применяя теории своего отца в аналитических исследованиях детей, находящихся в приюте, она отметила наличие регрессии как «обычного явления», возникающего, по ее мнению, в результате травмирующего опыта (смерть родителя или разлука с ним). Эти регрессии всегда сопровождались потерей значительных достижений в развитии Эго. Дети переставали контролировать свою опрятность, те, кто умел говорить, утрачивали этот навык и недавно освоенные двигательные навыки, а виды игровой деятельности становились примитивными. Дети становились более примитивными существами. Опираясь на свои наблюдения, А. Фрейд рекомендовала вплотную заняться исследованием травматичных событий жизни у взрослых пациентов в ходе психоаналитического процесса.

Еще в 1977 году один из авторов этой книги, проанализировав истории болезни 1000 детей и подростков, наблюдавшихся в Ленинградском городском отделении по лечению неврозов у детей, систематизировал основные психотравматизирующие факторы, приводящие детей к неврозу. В монографии «Неврозы у детей и их лечение» выделяется ряд психотравмирующих факторов, невротизирующих ребенка уже в самом раннем возрасте.

1. Нарушения взаимоотношений в системе «мать – дитя». Обычно это неприятие. В этом периоде оно выступает и как тип неправильного воспитания, и как фактор депривации. Неприятие ребенка отчетливо выявляется с первых месяцев его жизни, и он отвечает на него протестом или страхом и невротическими реакциями.

2. Отрыв от матери в силу разных обстоятельств, воспринятый ребенком как психогения. В советские времена это чаще всего было направление ребенка раннего возраста в ясли, но и сегодня по разным причинам (болезнь матери с госпитализацией, отъезд родителей в отпуск, в командировки, отправление ребенка на воспитание к бабушкам и пр.) нередко ребенка с матерью разлучают.

3. Особое место в психотравмирующем комплексе «отрыв от матери» занимает госпитализация ребенка без матери (в стационары различного профиля). Госпитализация – эмоциональный стресс и для ребенка, и для всей семьи. Нескрываемое беспокойство родителей, их озабоченность, переживания, тревожность и страх передаются и самому ребенку. Он остро переживает одиночество, все, что с ним происходит, пропитано чувством страха, поскольку истинный смысл госпитализации ребенку в раннем возрасте недоступен. Госпитализация – одно из самых сильных потрясений детского возраста, особенно для инфантильных, единственных, эгоцентрических, боязливых, невропатических детей. У многих госпитализированных детей во время пребывания в стационаре появляются впервые или обостряются ранее только намечавшиеся вредные привычки: сосание пальцев, обкусывание ногтей (онихофагия), выдергивание волос (трихотилломания), мастурбация. Нередко после выписки из больницы дети младшего возраста амбивалентно относятся к матери: с одной стороны, они не отпускают ее от себя ни на шаг, с другой – агрессивно теребят ее, кусают, бьют. Это проявления «ребенок в стационаре»: протест, отчаяние, отказ и аффективная, но мнимая примиренность.

4. Среди причин, оказывающих влияние на формирование невроза у детей раннего возраста, необходимо отметить острые соматические и инфекционные заболевания, в первую очередь отиты. Непрерывная острая боль, сопровождающая воспаление среднего уха, нарушает баланс в системе сон – бодрствование, процесс кормления, а медицинские манипуляции еще больше усиливают острую психическую травматизацию малыша.

5. В ряде случаев острой психической травмой, особенно для боязливых и интровертных детей, является не только госпитализация, но и медицинское обследование, лечение во внебольничных условиях, связанное с неприятными, болезненными процедурами. Наиболее травматичными являются отоларингологические вмешательства (аденэктомия, парацентез, пункции пазух и т. п.) и стоматологические процедуры без предварительной подготовки (психологической, медикаментозной).

6. Наиболее частой причиной невротической реакции в возрасте до года является испуг. Наряду с испугом, вызванным неадекватным поведением взрослых, в этиологии невроза детей этого возраста большую роль играют страхи, возникающие при падении ребенка, нарушении его равновесия (реакция на сигналы о резком изменении положения тела, поступающие со стороны вестибулярного аппарата).

7. Блокада потребности ребенка в активности, возникающая, к примеру, при наложении фиксирующей повязки в связи с врожденным подвывихом тазобедренных суставов, – еще один вид психической травматизации. Ограничение активности тяжелее переносят подвижные, энергичные, любознательные дети, а также боязливые, эгоцентричные и, разумеется, дети с проявлениями невропатии и минимальной дисфункции мозга (они подвержены воздействию депривации, фрустрации даже от, казалось бы, незначительных стрессоров).

8. В возрасте от 1 года до 3 лет большое значение имеют дефицит любви, ощущаемый ребенком, и недостаточный уход за ним со стороны матери (когда она больше внимания уделяет мужу, другим детям, производственным, научным и прочим интересам).

9. Наличие отчима и общих с ним детей. Поведение сына или дочери от первого брака по психологически понятным причинам часто конфликтно и невыгодно отличается от поведения общего с отчимом, не испытывающего комплекса «неродного», ребенка. Ситуация обостряется, если мать, демонстрируя отчиму объективность отношения к первому ребенку, подчеркнута строга с ним и требовательна и если продолжаются встречи с родным отцом и его родителями, во время которых ребенку «открывают глаза» на то, «что матери он не нужен, что он лишний, несчастный, брошенный».

10. Неприятие со стороны отца, выражающееся в равнодушии к учебе и жизни ребенка, в ироническом отношении (особенно к сыну), в холодности (неласковость, суровость) и, наконец, в уходе из семьи.

11. Неприятие как депривация переживается детьми в случаях, когда они воспитываются в двух домах – то у родителей, то у бабушки и дедушки, когда они «не знают, где будут ночевать завтра». Часта ситуация, когда родители отправляют ребенка к прауродителям в другой населенный пункт («там экология лучше, молоко из-под коровы»), продолжая при этом вести привычный «свободный» образ жизни. По достижении ребенком 3-летнего возраста его возвращают домой, с тем чтобы тут же отдать в детский сад. При этом резко изменяется стереотип его жизни и тип воспитания – обычно с эгоцентрически-гиперсоциализирующего на отвергающее-гиперсоциализирующее. Такая резкая смена перерастает в психотравмирующий фактор – «отвергание».

12. Неприятие воспринимается как психотравмирующий фактор при рождении брата или сестры, что обычно связано с контрастной сменой воспитания и стереотипа жизни семьи вообще. Ревность старших детей к младшим (иногда и наоборот) – проблема, выходящая за рамки «неразумной детской эгоистичности». Ребенок, не подготовленный к появлению нового члена семьи, всячески протестует против изменений, он становится агрессивным и к младшему, и к родителям, что вызвано депривацией и ревностью. Взрослыми это его поведение расценивается как капризы, эгоистичность, в связи с чем с их стороны следуют соответствующие «санкции». Ревность, таким образом, становится очень серьезной проблемой, ведущей к неприятию ребенка родителями, и со временем воспринимается им как агрессия со стороны близких, превращаясь в хроническую психотравму. Не случайно, что в более ранних (предыдущих) классификациях болезней существовал диагноз: «детская ревность»!

13. В возрасте от года до 3 лет весьма частой причиной невроза служит эмоциональное потрясение, вызванное неожиданной встречей ребенка с животными: насекомыми, домашней птицей, крупным рогатым скотом, лошадью, собаками.

14. В ряде случаев невротические проявления начинались у эгоцентричных, инфантильных, тревожных, боязливых детей, попавших в угрожающую ситуацию (падают в люк, теряются в лесу, в городе, не могут найти выход из подвала и т. п.), получивших травму (особенно с сильными болевыми ощущениями и обильными кровотечениями), ожог. Нельзя не сказать здесь об угрозе асфиксии, когда дети не могут выбраться из шкафа, из воды и пр., а также других ситуациях, связанных с острым переживанием страха смерти. Страх, тревога ребенка в подобных ситуациях усугубляются или подготавливаются страхами, тревогой его родителей.

15. Ребенок 2–3 лет уже осознанно или неосознанно воспринимает как угрожающую благополучию семьи ситуацию конфликта между родителями. При этом угрозу ухода из семьи отца дети воспринимают со страхом и чувством вины, нередко полагая, что отец ушел из семьи из-за их неправильного поведения [Гарбузов, Исаев, Захаров 1997].

Таким образом, «психическая травматизация – все, что бьет прямо в сердце и потрясает, все, что нестерпимо обостряет предневроз. И тогда, чтобы “не разорвалось сердце”, приходит, как спасение, удивительная способность подсознания защитить чувство достоинства, психику, организм в целом, сердце. Речь идет о психологической защите!

Зигмунд Фрейд, создавший науку о подсознании, описал защитные уловки неосознаваемой сферы психики. Неосознаваемо мы нередко “забываем” о неприятном, избегаем его, приукрашиваем себя и преуменьшаем чужие достоинства и заслуги, видим только то, что желаем видеть, толкуем происходящее с нами в выгодном для себя свете, защищая свою психику от потрясений, депрессии, болезненных переживаний. Все вышеперечисленное и есть психологическая защита в ее многообразных формах. Выход на авансцену психологической защиты и завершает картину формирования невроза, переход из состояния предневроза в невроз» [Гарбузов 2001].

Не в этом ли «главная роль» психической травмы в драме под названием «Невроз»?

Глава 4

Неврозы как пограничные психические расстройства

Неврозы относят к группе заболеваний, получивших общее название «пограничные психические расстройства», они являются самыми распространенными видами нервно-психических нарушений. Понятие о резидуальных формах нервно-психических или пограничных расстройств используется, по мнению ведущих специалистов в этой области, для отделения их от психотических проявлений на основе общих патогенетических факторов и клинических особенностей [Александровский 2000; Гарбузов 2001; Пальчик 2002; Голубев, Вейн 2003].

В своем руководстве для врачей один из ведущих специалистов в этой области профессор Ю. А. Александровский пишет: «Границы пограничных состояний с момента их обозначения и до наших дней скорее неопределенны, чем точно определены. История изучения пограничных состояний богата разнообразными принципиально отличными тенденциями в их понимании. Невротические расстройства известны уже очень давно. Fernel в 1540 г. (цит.: Каннабих, 1935) утверждал, что нервность зависит от неких “паров” – vapores, поднимающихся от видоизмененного в своем составе семени или менструальной крови и своим присутствием влияющих на общее самочувствие. Несколько позже Sydengam дал описание истерии, которую назвал протеом за ее способность “принимать различные формы”. Истерию и ипохондрию он сводил к изменениям в крови, приводящим к “атаксии” жизненных духов. Теория “паров” и “атаксии” в той или иной модификации господствовала при объяснении невротических расстройств до конца XVIII в. В 1765 г. Whytt (цит.: Каннабих, 1935) предпринял первую попытку выделить из числа болезней, приписывавшихся “парам”, “простую нервность”, “ипохондрическое” и “истерическое” расстройства в качестве специальных заболеваний нервной системы. В 1776 г. W. Cullen в “Медицинском руководстве” впервые для обозначения этой группы болезней употребил термин “невроз”, которым он назвал “те поражения чувств и движений, которые зависят не от местного поражения самого органа, а от более общего страдания, от которого зависят все вообще движения...”. Регулирующей “все вообще движения” W. Cullen считал нервную систему, почему и назвал “все эти страдания” неврозами. В соответствии с таким определением к неврозам относились все заболевания периферических нервов, спинного и головного мозга (Bomberg C., 1840). Еще в середине XIX века, как об этом свидетельствует литература, неврозы являлись широким названием для большинства нервных болезней» [Александровский 2000].

Шиммельпеннинг еще в середине 60-х годов прошлого столетия утверждал, что с развитием цивилизации меняются клиническая картина и распространенность пограничных психоневрологических расстройств (в первую очередь психогенных): больше стало психосоматических нарушений, почти исчезла настоящая истерия, резко возросло число больных с заиканием, недержанием мочи и кала, тиками и т. д. [Schimmelpenning 1963]. К аналогичным выводам приходят современные ученые разных стран [Личко, 1983; Карвасарский, 1990; Гарбузов, 1999; Goldman et al. 1998; Психиатрия, 1998; Психиатрия детского и подросткового возраста 2004].

Данные последних лет о структуре пограничных психических расстройств весьма вариabельны. По данным Ю. А. Александровского (анализ результатов разных исследований), невротические расстройства составляют в структуре пограничных психических расстройств от 12,9 до 69,9 %; расстройства личности – 2,3–32,7 %; непсихотические органические поражения ЦНС – 13,4–24,5 %; непсихотические инволюционные и сосудистые расстройства – 5,1–30,2 %; психогенные расстройства – 14,1–64,3 %; соматогенные расстройства – 9,1–37,9 %. Вместе с тем обследование выборочных групп населения показало, что значительная часть

больных, даже с выраженными психическими расстройствами остаются вне поля зрения врачей-психиатров и психотерапевтов.

Необходимо отметить, что проблема пограничных (резидуально-неврологических) нервно-психических нарушений мало исследована и полна противоречий. Пограничные психические расстройства, согласно МКБ-10, относятся к разделу «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте». Уместно будет напомнить, что в МКБ-9 (предыдущей классификации болезней) они входили в раздел «Невротические расстройства, психопатии и другие психические расстройства непсихотического характера». Все указанные заболевания в психиатрической и неврологической практике характеризуются широко распространенным и устойчивым термином «пограничные психические расстройства». Этот термин используется для обозначения «...нерезко выраженных нарушений, граничащих с состоянием здоровья и отделяющих его от собственно патологических психических проявлений, сопровождающихся значительными отклонениями от нормы» [Александровский, 2000, с. 9]. Кроме того, «...необходимым условием возникновения и декомпенсации всех пограничных состояний является, как установил R. Sommer (1901), психогенное воздействие, порождающее несоответствие между возможностями человека и предъявляемыми к нему требованиями или между ожидаемым результатом того или иного действия и его фактическим воплощением. При этом, по мнению В. П. Осипова (1931), правильнее говорить не о психогенности, а об аффектогенности, потому что именно эмоционально-аффективные нарушения, порождая тревожное чувство неопределенности и неизвестности будущего, служат первой ступенькой в возникновении и реализации перечисленных синдромов. В. Н. Мясисев (1935) отмечал, что невротические расстройства проявляются вследствие возникновения “аффективного напряжения личности”, А. Kreindler (1973) также стоит на точке зрения, согласно которой невроз вызывается борьбой между двумя аффективными состояниями, возникающей под влиянием конфликтной ситуации» [Александровский, 2000].

Пограничные психические расстройства, к которым, помимо неврозов, относятся заикание, синдром нарушения (дефицита) внимания с гиперактивностью (СНВГ или СДВГ), тикозные расстройства, энурез и энкопрез, являются самыми распространенными видами заболеваний. По данным разных источников, ими страдает более 20 % детей в возрасте от 3 до 11 лет, и этот процент имеет тенденцию к увеличению. Как отмечает Н. В. Вострокнутов с соавторами, у детей с проблемами развития и поведения группа пограничных психических расстройств, включая нарушения интеллекта и речи, составляет до 40 % и сопровождается высоким уровнем школьной дезадаптации. Эти же исследователи отмечают, что в московских центрах психолого-медико-социального сопровождения детей первичная обращаемость детей и подростков к психиатру увеличилась за последние 15 лет в 4 раза, при этом у 75 % обратившихся обнаружены пограничные психические расстройства [Вострокнутов, Шалимов, Новикова 2011]. Все это говорит об актуальности проблемы исследования и лечения таких расстройств.

Начальные стадии любых перинатальных поражений ЦНС определяются как резидуальные, что при неуспешной терапии ребенка до года приводит в большинстве случаев к развитию у него в дальнейшем (как правило, после 3 лет жизни) пограничного психического расстройства. Пограничные расстройства объединяются в одну группу на основе ряда характерных признаков, ведущими из которых являются:

- 1) невротический уровень психопатологических проявлений в динамике болезни;
- 2) четкая связь расстройств с вегетативными дисфункциями и патологией сна;
- 3) большое влияние психогенных факторов на возникновение болезни;
- 4) выявление в большинстве случаев минимальной дисфункции мозга (МДМ) – органической составляющей, способствующей развитию болезни;
- 5) сохранение больными критического отношения к своему состоянию.

Вместе с тем при пограничных состояниях отсутствуют психотическая симптоматика, нарастающее слабоумие и личностные изменения, характерные для эндогенных психических заболеваний (например, для шизофрении) [Александровский 2000].

Н. В. Вострокнутов, дополняя вышеназванные признаки пограничных психических расстройств, отмечает, что на современном этапе их клинко-психопатологические особенности у детей характеризуются рядом признаков, которые отражают возрастную психопатологическую предпочтительность симптомообразования. Эти признаки следующие:

- отсутствие психических расстройств психотического уровня;
- преобладание психических расстройств функционально-динамического типа, в том числе реакций дезадаптации, астенических и аффективных расстройств;
- сочетание расстройств функционально-динамического типа с нарушениями возрастного психического развития в виде задержанного личностного (личностная незрелость, инфантилизм) или собственно психического развития, включая легкие когнитивные расстройства;
- органические эмоционально-лабильные астенические расстройства в сочетании с парциальными формами задержанного развития высших корковых функций и легкими когнитивными нарушениями (исключая органические расстройства личности, постэнцефалопатический, постконтузионный синдромы);
- отсутствие устойчивых форм критического отношения к особенностям своего состояния и поведения в силу личностной незрелости ребенка [Вострокнутов, Шалимов, Новикова 2011].

Не следует также забывать, что резидуально-органические поражения головного мозга являются одним из наиболее важных факторов в развитии неврозов, психопатий, в возникновении эпилепсии; они нередко изменяют классическое течение шизофрении. Тенденция к увеличению доли резидуальных нервно-психических расстройств в противовес невротическим (заикание, тики, энурез, энкопрез, нарушения сна, поведенческие и эмоциональные нарушения) явно прослеживается в последние десятилетия [Самуэльс 1997; Александровский 2000; Бадалян 2000].

Трансформация отдельных психопатологических феноменов, характерных для болезненных проявлений невротического уровня, определяет многообразие клинических форм и вариантов рассматриваемых расстройств. При этом обоснованно разделение на *невротические* нарушения (возникших под влиянием психогенных факторов, которые и определяют их течение и исход) и *неврозоподобные* расстройства в структуре психических, нервных, соматических болезней, при которых преобладающее место в возникновении и течении симптоматики принадлежит эндогенным и соматогенным факторам. И при невротических, и при неврозоподобных расстройствах имеются достаточно выраженные клинические проявления, позволяющие дифференцировать их в рамках отдельных нозологических состояний (например, тики, энурез, энкопрез, заикание, нарушения сна, гиперактивность).

Ю. А. Александровский, говоря о многообразии этиопатогенетических факторов и особенностей проявления и течения пограничных психических расстройств, относит к ним различные клинические формы и варианты невротических реакций, реактивные состояния, неврозы, патологические развития личности, психопатии, а также широкий круг неврозо- и психопатоподобных расстройств при соматических, неврологических и других заболеваниях. Он отмечает: «В современной Международной классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10) пограничные психические расстройства рассматриваются главным образом в разделах F4 (“Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства”), F5 (“Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физиологическими факторами”), F6 (“Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых») и некоторых других. В число пограничных состояний, с нашей точки зрения, не следует включать эндогенные психические заболевания (в том числе их мягкие, латентные формы, такие, напри-

мер, как вялотекущая шизофрения и др.), на определенных этапах течения которых преобладают и даже определяют клиническое состояние неврозо- и психопатоподобные расстройства, в значительной мере имитирующие основные формы и варианты собственно пограничных состояний. Однако в этих случаях эндогенный процесс протекает по своим собственным закономерностям, отличным от клинко-психопатологических механизмов, характерных для всех пограничных форм психических расстройств. Неврозо- и психопатоподобные нарушения, будучи наименее специфическими психопатологическими проявлениями, нередко могут отражать динамику более сложных по своей структуре психических заболеваний, протекающих с характерной для них симптоматикой и вызывающих те или иные личностные изменения...

Пограничные состояния объединяют группу расстройств, характеризующихся главным образом преобладанием проявлений так называемого невротического уровня нарушений психической деятельности.

Уровни психических расстройств могут анализироваться с различных точек зрения – философской, социальной, психологической, эволюционной, патогенетической, клинической и т. д. Своеобразие психопатологических проявлений при различных психических заболеваниях послужило основанием для разработки общепатологической концепции регистров психических расстройств (Кронфельд А. С., 1940; Гуревич М. О., 1945; Снежневский А. В., 1960; Рохлин Л. Л., 1971, и др.; Hoche, 1912; Specht G., 1917; Kraepelin E., 1920; Ewald G., 1921; Vostroem A., 1926). Согласно этой концепции, психические нарушения, определяющие пограничные формы психических расстройств, имеют по сравнению с другой психопатологией наиболее ограниченный диапазон болезненных проявлений. Учитывая включения в число “пограничных” многочисленных групп больных, прежде всего с психогенно обусловленными невротическими нарушениями и личностными декомпенсациями, а также с невротическими нарушениями, неврозоподобными и психопатоподобными расстройствами при соматических, неврологических и других заболеваниях, многие исследователи нередко обозначают их как пограничные нервно-психические или психоневрологические расстройства. При такого рода терминологическом сочетании “психические” нарушения как бы “разбавляются” неврологическими расстройствами, более “престижными” для ряда больных и их родственников, чем реально существующие психопатологические проявления. В этом же следует искать объяснение стремления называть врача, занимающегося пограничной психиатрией, “психоневрологом”, лукаво скрывая при этом или отодвигая на второй план его психиатрическую компетенцию. Корни подобной терминологической “подделки” заключены в существовавшем длительное время социальном нигилизме в отношении к психиатрии и боязни больных с пограничными формами психических расстройств и их родственников постановки их на соответствующий учет в психиатрическом диспансере» [Александровский 2000].

О. В. Кербиков (1907–1965), известный советский психиатр, академик АМН СССР, имя которого присвоено Московской загородной психиатрической больнице в Добрынихе, говорил о том, что одной из отличительных особенностей «малой», пограничной психиатрии является нечеткость границ между отдельными клиническими формами, которые «не столько разъединяют, сколько соединяют» [Кербиков 1971]. В. Я. Семке пишет: «В широком спектре пограничных нервно-психических расстройств им (Кербиковым) выделены самые различные по тяжести, длительности и устойчивости клинических проявлений невротические и психопатические состояния, среди которых особо важное значение для ранней диагностики и профилактики имеет описание преневротических и препсихопатических состояний (Кербиков О. В., 1960, 1962). Вместе с тем существующие классификации пограничных нервно-психических расстройств, по справедливому замечанию Г. К. Ушакова (1978), настолько пестры и фрагментарны, что ни одна из них не может служить основой для единой систематики. Б. Д. Карварский (1980) считает, что разработка классификации с учетом не только клинических особенностей, но и этиопатогенетических механизмов в их биологических, психологических и

социальных аспектах представляет задачу будущего. С этим положением можно согласиться лишь частично: решать данную задачу надо уже сейчас, поскольку систематика и патология пограничных состояний помогают выработке теоретических конструкций (в частности, выяснению сложных причинно-следственных взаимосвязей), осуществлению лечебно-диагностических мероприятий (прежде всего в аспекте массовой диспансеризации населения), оптимизации реабилитационных программ, позволяющих сократить сроки и повысить качество социотерапевтических вмешательств» [Семке 1988].

Пограничные состояния у детей, так же как и у взрослых, встречаются в несколько раз чаще, чем суммарно все остальные (психозы, олигофрении и пр.). При этом многие авторы отмечают трудности, возникающие при диагностике психических расстройств пограничного круга, особенно в раннем детском возрасте. Мощным подспорьем врачам-практикам стала Первая международная классификация нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве (Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood сокращенно – DC: 0-3, обновленная в 2005 году – DC: 0-3R), появившаяся в 1994 году.

Г. В. Скобло, ведущий научный сотрудник Научного Центра психического здоровья РАМН, отмечает: «В этой классификации особый интерес представляют так называемые расстройства регуляции... класс нарушений, которые наиболее распространены в круге пограничной патологии и клинически проявляются уже с первых месяцев жизни ребенка, поскольку являются обусловленными конституционально или “факторами созревания”. Они отвечают одновременно двум главным диагностическим требованиям: при характерном, отличающемся от нормы типе поведения (выделено четыре таких типа с подтипами) у ребенка проявляются “трудности организации”. Последние описаны в виде групп симптомов, касающихся нарушений физиологических процессов, в значительной мере – сенсорики, а также психомоторики, внимания и эмоционального реагирования... Показательно, что, несмотря на врожденность такого рода расстройств, в DC: 0-3 подчеркивается особая важность формирования в этих случаях адекватных родительно-детских взаимоотношений, поскольку их нарушение является мощным провоцирующим и утяжеляющим фактором... Что касается остальных пограничных состояний раннего детства (в DC: 0-3 это – расстройства аффекта, расстройства адаптации и ряд других), то клинический опыт показывает, что они редко возникают изолированно, обычно сочетаясь с регуляторными нарушениями или даже имея их в основе» [Скобло, Трушкина 2010].

Эти замечания, на наш взгляд, крайне важны, поскольку ранняя диагностика и своевременные коррекционные меры позволяют решить основные проблемы, возникающие при развитии пограничного психического расстройства, в том числе при формировании невроза, в детском возрасте, когда всевозможные лечебные мероприятия наиболее эффективны.

Перечисленные выше характерные признаки пограничных расстройств, в том числе и детского возраста, дополняются рядом широко распространенных так называемых *моносимптоматических заболеваний* в виде заикания, синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), тиков, энуреза и других поведенческих реакций «протеста», которые сигнализируют о патологическом развитии личности.

Пионером среди врачей, которые связывают патологию в развитии речи, чтения и письма с резидуальными (остаточными, сохранившимися) поражениями мозга, был Samuel T. Orton [Orton 1937]. Он обобщил результаты своих многолетних исследований в широко известной на Западе монографии «*Reading, writing and speech problems in children*». При этом он во многом опирался на наблюдения нейрохирурга Блана, описавшего изменения поведения детей после различных травм головы. Последующие сравнительные наблюдения за поведением доношенных и недоношенных детей установили связь нарушений поведения с локализацией мозговых патологий [Strauss, Lethinen, 1947; Strauss et al. 1955], которые стали называть *легкими* или

минимальными дисфункциями мозга (ЛДМ или МДМ). В целом перинатальные (внутриутробные), натальные (во время родов) и ранние постнатальные (после рождения) поражения мозга чаще всего приводят к трем различным вариантам клинических проявлений, которые зависят от степени и расположения повреждений:

- тяжелые нарушения моторики, которые могут сопровождаться дефектами интеллекта различной степени, – типичная картина детского церебрального паралича (ДЦП);
- состояния, при которых на первый план выступают дефекты интеллекта и могут обнаруживаться более легкие, чем при ДЦП, нарушения моторики;
- легкие повреждения мозга без резко выраженных нарушений моторики и интеллекта, с четкой психопатологической картиной.

Сегодня существует устойчивое мнение, что МДМ «является объективным выражением патологической почвы, необходимой для развития пограничного состояния» [Александровский 2000, с. 24], что подтверждается микроневрологической симптоматикой, обнаруживаемой (особенно в детском возрасте) достоверно чаще у больных пограничными расстройствами, чем в контрольных группах. До настоящего времени не существует объективных методик, наглядно показывающих влияние таких нарушений на развитие функциональной деятельности головного мозга в целом.

Готовя защиту кандидатской диссертации (1995 год), один из авторов этой книги провел электроэнцефалографическое обследование более 2000 детей в возрасте 5–8 лет, страдающих различными формами пограничных психических расстройств, среди которых были и дети с неврозами (неврастения, истерический невроз, невроз навязчивых состояний) [Фесенко 1995]. Надо заметить, что в повседневной практике в обследовании детей и взрослых с неврозами электроэнцефалографическое обследование ни в те годы, ни сегодня не носило и не носит характер не то что приоритетного, а даже обязательного по причине все той же «функциональной» теории развития невротического расстройства. Полученные при анализе электроэнцефалограмм сравнительные результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1

Сравнительный анализ ЭЭГ больных с пограничными психическими заболеваниями

Наименование группы и количество лиц в группе	Сравнительные признаки электроэнцефалограммы по группам							
	Распределение альфа-активности нормальное	Очаг полиморфной активности в тем.-зат. обл. справа	Ирритация тем.-зат. отделов коры больших полушарий	Пароксизмальная активность в фоновой записи	Функциональные пробы			
					Эпи-активность при ГВ	Эпи-активность в последствии	Реакция на фотостимуляцию	Реакция на фотостимуляцию
Здоровые дети, n = 162, %	83	2	4	15	10	0	93	20
Дети, больные заиканием, n = 530, %	58	79	38	68	58	26	84	47
Дети с тиками, n = 475, %	55	3	36	70	60	22	90	50
Дети с энурезом, n = 445, %	63	2	54	30	42	16	80	46
Дети с СДВГ, n = 535, %	38	5	41	50	58	30	84	52
Дети с неврастенией, n = 95, %	40	3	58	26	42	21	64	54
Дети с истерическим неврозом, n = 105, %	39	3	60	31	44	20	54	56
Дети с неврозом навязчивых состояний, n = 216, %	44	4	62	69	56	29	70	65

Рассмотрение приведенных данных показывает, что по всем пунктам анализа показатели ЭЭГ-активности больных пограничными психическими расстройствами достоверно отличаются от показателей условной нормы. Внутри рассмотренных подгрупп больных также существуют достоверные различия. Так, ирритация теменно-затылочной области коры наиболее ярко выражена у больных энурезом и неврозами – в 54 % и 58-62 % случаев, что достоверно ($p = 0,95$) отличается от больных другими пограничными состояниями. Показатели всех больных по этому пункту достоверно ($p = 0,99$) отличаются от условной нормы. В то же время наличие очага медленноволновой полиморфной активности в теменно-затылочной области правого полушария характерно исключительно для больных заиканием (79 % всех больных), а в остальных случаях от условной нормы достоверно не отличается.

У больных с неврастенией выражено снижение амплитуды и индекса альфа-ритма и низкий показатель по усвоению ритмической фотостимуляции, что может объясняться тормозным состоянием ретикулярной формации и дезактивацией коры головного мозга.

У больных истерией сглажены региональные различия, неверно распределен альфа-ритм (захватывает передние отделы) и снижена реакция на фото-, фоностимуляцию (за счет снижения тонуса коры головного мозга).

У больных с неврозом навязчивых состояний альфа-ритм распределен неверно из-за доминирования быстрых ритмов, а на фотостимуляцию отмечается реакция в виде усвоения высоких частот (за счет повышенной возбудимости ретикулярной формации).

Наличие пароксизмальной активности в фоновой записи наиболее ярко выражено для больных тиками – в 70 % случаев, что достоверно ($p = 0,95$) отличается от больных энурезом, истерическим неврозом, неврастениями и СДВГ, но не отличается от больных заиканием и неврозом навязчивых состояний. Показатели всех больных по этому пункту также достоверно ($p = 0,99$) отличаются от условной нормы.

Появление генерализованной медленноволновой пароксизмальной (эпилептиформной) активности на гипервентиляцию характерно для всех больных монополярными пограничными психическими расстройствами, и их показатели по этому пункту достоверно ($p = 0,99$) отличаются от условной нормы. Однако между собой по указанному показателю больные всех групп достоверно не отличаются ($p = 0,90$). Сохранение эпилептиформной активности после гипервентиляции характерно исключительно для больных, в норме не наблюдается. Между собой по этому показателю больные всех исследованных групп не отличаются.

И, наконец, по характеру распределения альфа-активности ни одна из групп больных, кроме больных СДВГ и неврозами, достоверно от условной нормы не отличается.

Обращает на себя внимание тот факт, что больные с неврозами достоверно ($p = 0,99$) отличаются от условной нормы, а больные с неврозом навязчивых состояний близки по почти всем параметрам к больным с заиканием и тиками, которые имеют, как правило, неврозоподобную форму (развившуюся на фоне резидуально-неврологического поражения головного мозга) этих заболеваний.

В целом общая картина ЭЭГ-активности в фоновой записи, при проведении функциональных проб и в последствии могла характеризоваться как патологическая у 90 % исследованных нами детей с пограничными расстройствами (у детей с неврозами этот процент несколько ниже – около 65 %). Полученный факт представляет значительный интерес, так как в многочисленных исследованиях ЭЭГ-активности у взрослых больных этими расстройствами лишь в небольшом числе работ обнаруживаются значимые отклонения от нормы. Патологические проявления в ЭЭГ, повидимому, с возрастом компенсируются, во всяком случае по внешним ЭЭГ-проявлениям, но, вероятно, не проходят совсем, оставляя след в нарушенном межструктурном взаимодействии мозга, что отражается на психическом складе личности.

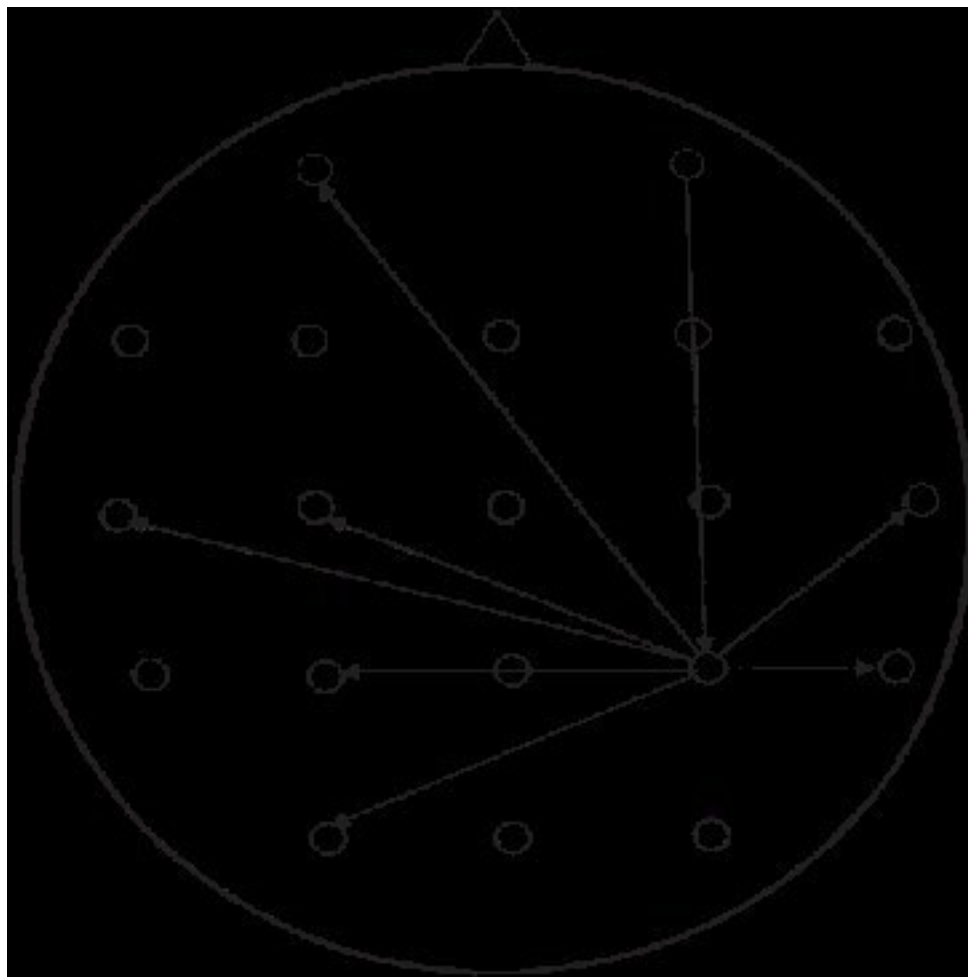
Необходимо все же отметить, что в детском и даже в подростковом возрасте часто встречается медленный вариант альфа-колебаний (на границе верхнего тета- и нижнего альфа-диапазона – 7–8 Гц). Это отражает возрастной разброс в скорости созревания структур головного мозга и является вариантом нормы в отличие от взрослой ЭЭГ.

Что касается медленноволновой эпилептиформной активности, то как у взрослых, так и у детей основные закономерности поражения мозга при ее появлении сохраняются. Высокоамплитудная дельта-активность характеризует локализацию поражения в коре головного мозга. Тета-активность (нижнего диапазона частот) характеризует поражение среднего уровня ствола головного мозга, а бета-активность – поражение среднего мозга. Низкоамплитудная ЭЭГ или высокоамплитудные заостренные альфа-волны характерны для поражений нижнего ствола головного мозга.

Начиная с 1998 года в обследовании таких детей мы активно стали применять метод кросскорреляционного анализа ЭЭГ, который позволяет получить дополнительные и чрезвычайно важные результаты, касающиеся представленности тех или иных частотных диапазонов в различных структурах мозга, их спектральной мощности, наличия асимметрии, численного выражения индекса того или иного ритма в выбранных структурах и другие показатели, которые трудно оценить при визуальной оценке записи. Кроме того, результаты КЭЭГ дают возможность для кросскорреляционного анализа полученных данных и для представления всех

результатов (как спектрального, так и кросскорреляционного анализа) в виде наглядных графических данных.

Усредненные данные кросскорреляционного анализа ЭЭГ здоровых испытуемых детей 3—11 лет

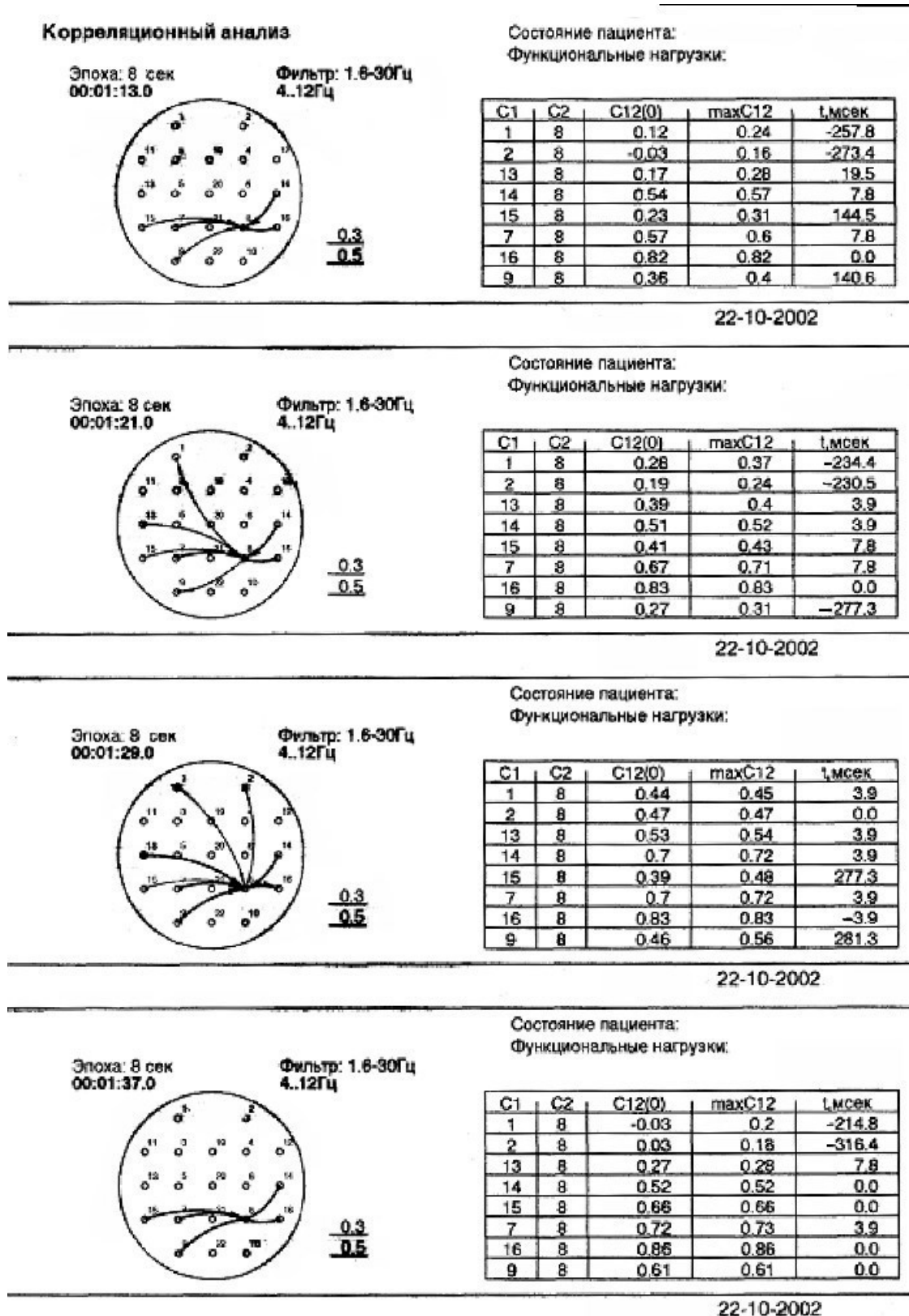


Для этого использовался известный метод проекции графов, отражающий динамику перемещения фокусов максимальной активности и сопряженного угнетения различных областей левого и правого полушарий головного мозга. На языке теории графов такие области обозначаются соответственно как точки «истока» и «стока». Нами изучалось наличие «истоков» и «стоков» в теменно-затылочную или нижнетеменную зону (citoархитектонические поля 39 и 40, по Бродману) правого полушария головного мозга. Эта область коры головного мозга, согласно современным данным, играет ведущую роль в развитии психики и интеллекта ребенка. Учитывалось также, что характерные профили психотропных фармакологических препаратов строятся именно по отношению к правой теменно-затылочной области коры головного мозга.

Как видно из представленных данных (рис. 1, табл. 2), усредненных по 200 практически здоровым испытуемым (дети 3—11 лет), правая теменно-затылочная область у детей, начиная с 3-летнего возраста, в норме является областью «истоков», что подтверждается результатами других исследований [Фарбер, Дубровинская, 1988; Хризман 1978, 1989 и др.]. Направления стрелок на рисунке характеризуют опережение в работе той структуры, откуда стрелка исходит (так называемый «исток»).

Рассмотрение динамики изменений кросскорреляций в реальном фрагменте последовательного анализа фоновой записи ЭЭГ здоровой испытуемой А. А., 4 лет (рис. 2), показывает, что взаимоотношения между структурами не являются однородными.

Фрагмент компьютерного кросскорреляционного анализа ЭЭГ здоровой испытуемой А. А., 4 лет



Они как бы «дышат», конкурируют между собой за лидерство на усредненной записи. Бывают отрезки, когда отношения меняются на прямо противоположные тем, которые выявлены при статистическом усреднении записи в целом. Представленные на рисунке 2 результаты компьютерного анализа ЭЭГ, как видно из графических и табличных данных, свидетельствуют, что исходная теменно-затылочная зона анализа становится центром «источа», что характерно для здоровых испытуемых 3–7 и более лет.

В дополнение к указанному возрастному диапазону на рисунке 3 приведены результаты компьютерного анализа ЭЭГ здорового испытуемого мужского пола А. Д., 10 лет, которые подтверждают рассмотренные выше закономерности.

Аналогичный факт для здоровых детей в возрасте от 3 до 5 лет продемонстрирован в исследованиях Т. П. Хризман (1978), а для детей, подростков и взрослых испытуемых – в более поздних наших работах [Лохов, Фесенко 2000; Лохов, Фесенко, Рубин 2003; Лохов, Фесенко 2005; Фесенко 2005, 2007, 2009].

Такой живой динамический рисунок кросскорреляций характерен для большинства детей 3–11 лет. Также стоит отметить, что в норме большинство связей имеют коэффициент корреляции выше 0,5. В целом кадры приведенного фрагмента реальной записи анализа компьютерной электроэнцефалограммы (КЭЭГ) достоверно соответствует статистически усредненным результатам нормы для детей 3–11 лет.

Совершенно иная картина наблюдается при анализе ЭЭГ у больных детей того же возраста с пограничными психическими заболеваниями. На рисунке 4 и в таблице 2 представлены статистически усредненные результаты по 350 пациентам в возрасте 3–11 лет, страдающим этой патологией.

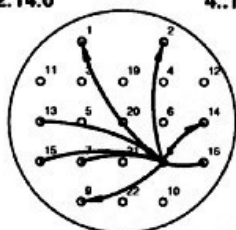
Как видно из рисунка, полученные данные кросскорреляционного анализа связей между структурами головного мозга отличаются от нормы по нескольким параметрам. Во-первых, и это характерно для большинства пограничных психических расстройств, практически отсутствуют связи теменно-затылочной области правого полушария головного мозга с передними (лобными) структурами. Во-вторых, количество значимых связей (с коэффициентом корреляции более 0,3) теменно-затылочной области с другими структурами резко уменьшается. В-третьих, и это характерно в большей степени для речевых нарушений, изменяется направление связей: из центра «источа» (в норме) теменно-затылочная зона правого полушария превращается в центр «стока».

Фрагмент компьютерного кросскорреляционного анализа ЭЭГ здорового испытуемого А. Д., 10 лет

Корреляционный анализ

Эпоха: 4 сек
00:02:14.0

Фильтр: 1.6-30Гц
4..12Гц



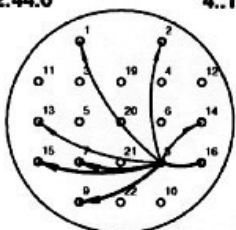
Состояние пациента:
Функциональные нагрузки:

C1	C2	C12(0)	maxC12	t,мсек
1	8	-0.16	0.55	-85.9
2	8	-0.33	0.61	-78.1
13	8	0.04	0.64	27.3
14	8	0.02	0.61	-89.8
15	8	0.79	0.79	0.0
7	8	0.82	0.82	0.0
16	8	0.99	0.99	0.0
9	8	0.67	0.73	-7.8

09-12-2003

Эпоха: 4 сек
00:02:44.0

Фильтр: 1.6-30Гц
4..12Гц



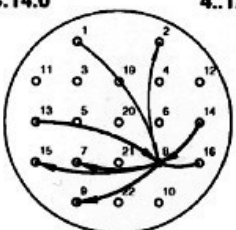
Состояние пациента:
Функциональные нагрузки:

C1	C2	C12(0)	maxC12	t,мсек
1	8	-0.12	0.4	-293.0
2	8	-0.36	0.46	-66.4
13	8	0.1	0.31	-97.7
14	8	0.04	0.38	-89.8
15	8	0.57	0.59	-3.9
7	8	0.61	0.62	-3.9
16	8	0.99	0.99	0.0
9	8	0.61	0.65	-7.8

09-12-2003

Эпоха: 4 сек
00:03:14.0

Фильтр: 1.6-30Гц
4..12Гц



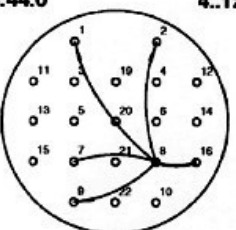
Состояние пациента:
Функциональные нагрузки:

C1	C2	C12(0)	maxC12	t,мсек
1	8	-0.12	0.48	35.2
2	8	-0.21	0.49	-78.1
13	8	0.11	0.53	23.4
14	8	0.09	0.52	140.6
15	8	0.79	0.82	-3.9
7	8	0.81	0.82	-3.9
16	8	0.99	0.99	0.0
9	8	0.55	0.67	-11.7

09-12-2003

Эпоха: 4 сек
00:03:44.0

Фильтр: 1.6-30Гц
4..12Гц

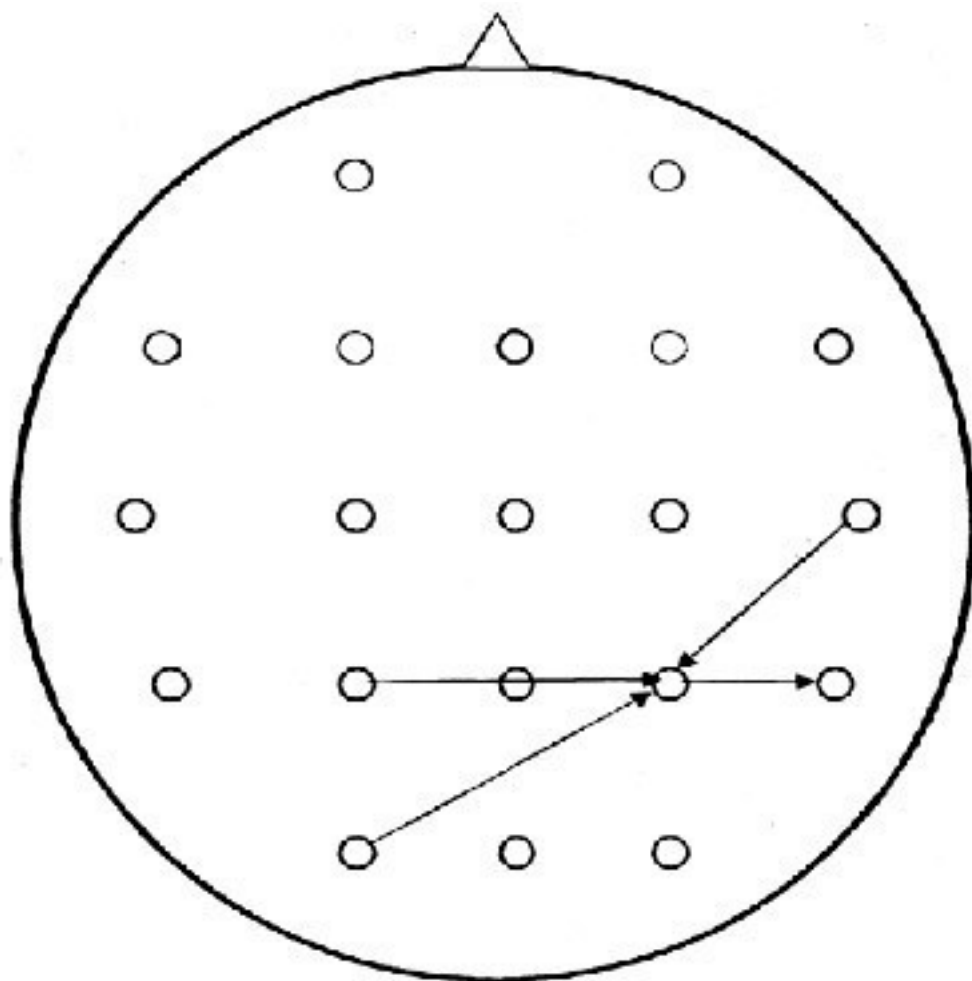


Состояние пациента:
Функциональные нагрузки:

C1	C2	C12(0)	maxC12	t,мсек
1	8	-0.09	0.38	-183.6
2	8	-0.19	0.38	-183.6
13	8	0.03	0.27	121.1
14	8	-0.12	0.26	-66.4
15	8	0.27	0.27	-3.9
7	8	0.31	0.31	0.0
16	8	0.98	0.98	0.0
9	8	0.3	0.34	-125.0

09-12-2003

Усредненные данные кросскорреляционного анализа ЭЭГ детей 3–11 лет, страдающих пограничными психическими заболеваниями



Таким образом, мы имеем в явном виде сопряженное торможение теменно-затылочной зоны правого полушария головного мозга и ограничение связей этой зоны с другими структурами, способными снять или уменьшить такое торможение. В зависимости от конкретного пограничного состояния меняются и показатели межструктурных взаимоотношений в коре головного мозга. Так, при СДВГ (и в несколько меньшей степени при неврозах) связи теменно-затылочной зоны правого полушария с лобными отделами в значительной степени сохраняются и практически не отличаются от нормы. Для других исследованных нами пограничных психических расстройств такие связи в значительной степени нарушены, о чем можно судить по низким значениям коэффициентов кросскорреляции и большой величине времени сдвига (более 200 мс). Другой особенностью межструктурных отношений при СДВГ (и меньше при неврозах) является гораздо большая, по сравнению с другими синдромами, активность теменно-затылочной области правого полушария. Количество «источков» из этой области у детей с СДВГ достоверно превышает значения, полученные для других моносимптоматических пограничных заболеваний (заикания, тиков, энуреза, в меньшей степени – при неврозах), и такие связи характеризуются более высокими коэффициентами корреляции.

Самые низкие коэффициенты кросскорреляции по всем отведениям получены для энуреза, что позволяет характеризовать этот синдром в рамках «врожденной детской нервности», при которой выявляется наибольшая задержка в развитии связей между различными отделами коры головного мозга ребенка (в частности, в задержке формирования («созревания») стадий нормального сна). Такой вывод подтверждается и результатами психологического тестирования по тесту Керна–Йерасика, опосредованного и реального запоминания слов и изображений.

Стоит отметить, что наилучшие результаты по этим тестам наблюдались у детей с СДВГ и неврозами (неврастение и истерическим).

Таблица 2
Усредненные результаты корреляционного анализа по группам на частоте 4–12 Гц

Группы	Показатель	Структуры отведений и каналы ЭЭГ							
		F1-P4/1-8	F2-P4/2-8	T3-P4/13-8	T4-P4/14-8	T5-P4/15-8	P3-P4/7-8	T6-P4/16-8	O1-P4/9-8
Дети 3–11 лет больные заиканием, n = 200	Ведущая структура	1	8	13	8	15	7	8	9
	Время сдвига, мс	262 ± 35	– 356 ± 50	273 ± 34	– 3,9 ± 0,1	281 ± 20	7,8 ± 0,3	– 3,9 ± 0,1	293 ± 15
	Коэф. кросс. между структ.	0,15 ± 0,01	0,27 ± 0,01	0,25 ± 0,01	0,59 ± 0,05	0,3 ± 0,02	0,36 ± 0,03	0,82 ± 0,05	0,24 ± 0,03
Дети 3–11 лет с СДВГ, n = 50	Ведущая структура	1	8	13	14	8	8	16	8
	Время сдвига, мс	43 ± 5	– 70 ± 10	39 ± 7	23 ± 7	– 7,8 ± 0,3	– 3,9 ± 0,3	3,9 ± 0,1	– 3,9 ± 0,1
	Коэф. кросс. между структ.	0,35 ± 0,01	0,4 ± 0,02	0,22 ± 0,02	0,42 ± 0,02	0,44 ± 0,03	0,62 ± 0,05	0,91 ± 0,05	0,52 ± 0,01
Дети 3–11 лет с тиками, n = 50	Ведущая структура	1	2	13	8	8	8	16	8
	Время сдвига, мс	270 ± 20	273 ± 50	144 ± 35	– 82 ± 5	– 3,9 ± 0,3	– 3,9 ± 0,2	3,9 ± 0,1	– 11,7 ± 0,3
	Коэф. кросс. между структ.	0,27 ± 0,01	0,25 ± 0,03	0,33 ± 0,03	0,18 ± 0,01	0,39 ± 0,02	0,56 ± 0,03	0,83 ± 0,01	0,34 ± 0,03
Дети 3–11 лет с энурезом, n = 50	Ведущая структура	1	2	13	8	8	7	8	9
	Время сдвига, мс	238 ± 30	223 ± 25	270 ± 19	– 200 ± 27	– 3,9 ± 0,3	11,7 ± 0,3	– 3,9 ± 0,1	242 ± 50
	Коэф. кросс. между структ.	0,2 ± 0,01	0,11 ± 0,02	0,10 ± 0,02	0,22 ± 0,02	0,36 ± 0,04	0,45 ± 0,03	0,52 ± 0,03	0,29 ± 0,05
Дети 3–11 лет с неврозами, n = 90	Ведущая структура	1	8	13	14	8	8	16	8
	Время сдвига, мс	80 ± 5	– 45 ± 10	138 ± 7	73 ± 7	– 4,8 ± 0,3	– 4,9 ± 0,3	3,8 ± 0,1	– 9,8 ± 0,1
	Коэф. кросс. между структ.	0,30 ± 0,01	0,7 ± 0,02	0,16 ± 0,02	0,19 ± 0,02	0,41 ± 0,03	0,60 ± 0,05	0,90 ± 0,05	0,43 ± 0,01
Здоровые дети 3–11 лет, N = 200	Ведущая структура	1	8	8	8	8	8	8	8
	Время сдвига, мс	31 ± 0,5	– 78 ± 0,5	– 19,5 ± 0,5	– 19,5 ± 0,4	– 7,8 ± 0,1	– 3,9 ± 0,05	– 2,6 ± 0,05	– 11,7 ± 0,03
	Коэф. кросс. между структ.	0,4 ± 0,01	0,4 ± 0,01	0,4 ± 0,01	0,57 ± 0,02	0,56 ± 0,01	0,65 ± 0,02	0,91 ± 0,03	0,6 ± 0,01

Больные заиканием, тикозными расстройствами и неврозом навязчивостей как по результатам кросскорреляционного анализа, так и по результатам психологического тестирования между собой достоверно не отличались, что может свидетельствовать о сходных механизмах нарушений при этих пограничных расстройствах.

Приведенные статистические данные могут быть проиллюстрированы конкретными клиническими случаями (дети с пограничными психическими расстройствами). На рисунке 5 показаны результаты кросскорреляционного анализа ЭЭГ больного Р. И., 3 лет, с выраженным заиканием тоноклонического типа, до лечения.

Ребенок родился от первой беременности, которая протекала с осложнениями из-за пиелонефрита у матери. На пятой неделе беременности наблюдалась угроза выкидыша, компенсированная стационарным лечением в течение 2 недель. Роды в срок. Проводилась химическая стимуляция родовой активности из-за слабости родовой деятельности. Конфликт по резус-фактору между плодом и матерью. Желтуха. Кормление грудью до года жизни ребенка. Сон без явных нарушений. Мальчик сел в 7 месяцев, пошел в 9 месяцев. Первые слова до года. Фразовая речь до 2 лет. С началом фразовой речи не выговаривал больше 5 звуков, в связи с чем был направлен в логопедический детский сад. Первые запинки клонического типа появились за 4 месяца до нашего обследования.

По результатам наблюдений: ребенок неусидчив, мать слушает плохо. Стихи запоминает плохо. Результаты опосредованного запоминания ниже нормы. С тестом Керна–Йерасика не справился.

Как видно из представленного фрагмента КЭЭГ, полученные данные кросскорреляционного анализа связей между структурами головного мозга отличаются от нормы по нескольким параметрам. Во-первых, полностью отсутствуют связи теменно-затылочной области правого полушария головного мозга с передними (лобными) структурами. Во-вторых, количество значимых связей (с коэффициентом корреляции более 0,3) теменно-затылочной области с другими структурами резко уменьшено. В-третьих, и это характерно в большей степени именно для речевых нарушений, изменяется направление связей: из центра «источка», в норме, теменно-затылочная зона правого полушария превращается в центр «стока». Таким образом, налицо сопряженное торможение теменно-затылочной зоны правого полушария головного мозга и ограничение связей этой зоны с другими структурами, способными снять или уменьшить такое торможение.

По сути дела перед нами четкая картина патогенеза всех речевых нарушений, от алалии до заикания, включая и такие разновидности этих нарушений, как общее недоразвитие речи (ОНР), дисграфия и т. п.

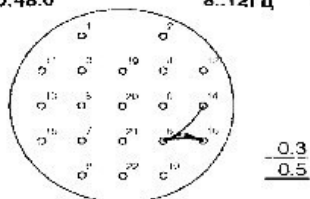
На рисунке 6 представлены фрагменты анализа КЭЭГ больного В. Ж., 6 лет, с неврозом навязчивых состояний без речевых нарушений.

Фрагмент компьютерного кросскорреляционного анализа ЭЭГ больного заиканием Р. И., 3 лет, до лечения

Корреляционный анализ

Эпоха: 8 сек
00:00:48.0

Фильтр: 1.6-30Гц
8..12Гц



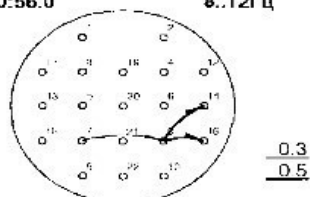
Состояние пациента:
Функциональные нагрузки:

C1	C2	C12(0)	maxC12	t,мсек
1	8	-0.01	0.15	312.5
2	8	0.19	0.24	19.5
13	8	0.07	0.16	304.7
14	8	0.36	0.37	7.8
15	8	0.11	0.18	304.7
7	8	0.2	0.24	300.8
16	8	0.88	0.88	-3.9
9	8	0.1	0.18	308.6

19-02-2002

Эпоха: 8 сек
00:00:56.0

Фильтр: 1.6-30Гц
8..12Гц



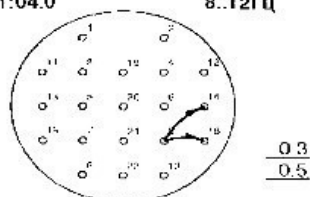
Состояние пациента:
Функциональные нагрузки:

C1	C2	C12(0)	maxC12	t,мсек
1	8	0.02	0.14	277.3
2	8	0.06	0.23	-367.2
13	8	0.03	0.17	277.3
14	8	0.56	0.57	-3.9
15	8	0.12	0.23	285.2
7	8	0.32	0.32	3.9
16	8	0.83	0.83	-3.9
9	8	0.15	0.21	293.0

19-02-2002

Эпоха: 8 сек
00:01:04.0

Фильтр: 1.6-30Гц
8..12Гц



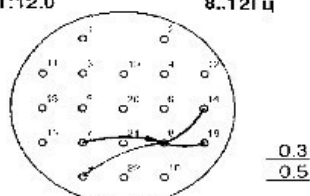
Состояние пациента:
Функциональные нагрузки:

C1	C2	C12(0)	maxC12	t,мсек
1	8	0.03	0.16	371.1
2	8	0.21	0.24	-11.7
13	8	0.04	0.14	390.6
14	8	0.57	0.58	-3.9
15	8	0.12	0.15	168.0
7	8	0.3	0.3	0.0
16	8	0.81	0.82	-3.9
9	8	0.17	0.2	164.1

19-02-2002

Эпоха: 8 сек
00:01:12.0

Фильтр: 1.6-30Гц
8..12Гц

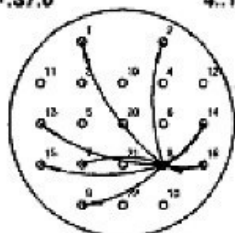


Состояние пациента:
Функциональные нагрузки:

C1	C2	C12(0)	maxC12	t,мсек
1	8	0.17	0.18	7.8
2	8	0.24	0.25	-7.8
13	8	0.09	0.14	246.1
14	8	0.53	0.53	0.0
15	8	0.26	0.27	7.8
7	8	0.5	0.53	7.8
16	8	0.86	0.86	0.0
9	8	0.33	0.38	11.7

19-02-2002

Фрагмент компьютерного кросскорреляционного анализа ЭЭГ больного неврозом навязчивых состояний В. Ж., 6 лет, до лечения

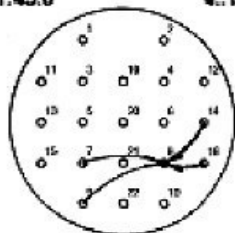
Корреляционный анализЭпоха: 8 сек
00:01:37.0Фильтр: 1.6-30Гц
4..12Гц

Состояние пациента:

Функциональные нагрузки:

C1	C2	C12(0)	maxC12	t,мсек
1	8	0.33	0.34	-3.9
2	8	0.33	0.34	-7.8
13	8	0.4	0.43	-7.8
14	8	0.59	0.59	0.0
15	8	0.34	0.36	-7.8
7	8	0.5	0.5	0.0
16	8	0.72	0.73	3.9
9	8	0.34	0.34	-3.9

09-01-2001

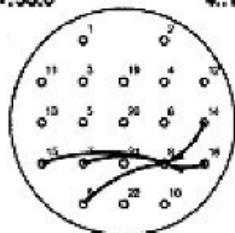
Эпоха: 8 сек
00:01:45.0Фильтр: 1.6-30Гц
4..12Гц

Состояние пациента:

Функциональные нагрузки:

C1	C2	C12(0)	maxC12	t,мсек
1	8	0.07	0.16	359.4
2	8	0.04	0.2	363.3
13	8	0.04	0.22	371.1
14	8	0.58	0.58	3.9
15	8	0.16	0.23	367.2
7	8	0.33	0.37	11.7
16	8	0.77	0.78	3.9
9	8	0.37	0.39	7.8

09-01-2001

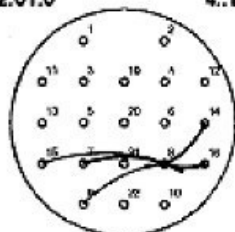
Эпоха: 8 сек
00:01:53.0Фильтр: 1.6-30Гц
4..12Гц

Состояние пациента:

Функциональные нагрузки:

C1	C2	C12(0)	maxC12	t,мсек
1	8	0.15	0.22	164.1
2	8	0.19	0.2	11.7
13	8	0.25	0.25	3.9
14	8	0.6	0.6	3.9
15	8	0.59	0.59	0.0
7	8	0.63	0.63	0.0
16	8	0.76	0.76	3.9
9	8	0.51	0.51	0.0

09-01-2001

Эпоха: 8 сек
00:02:01.0Фильтр: 1.6-30Гц
4..12Гц

Состояние пациента:

Функциональные нагрузки:

C1	C2	C12(0)	maxC12	t,мсек
1	8	0.06	0.13	-27.3
2	8	-0.1	0.14	164.1
13	8	0.13	0.15	15.6
14	8	0.54	0.54	0.0
15	8	0.39	0.43	7.8
7	8	0.52	0.52	0.0
16	8	0.78	0.78	3.9
9	8	0.41	0.43	7.8

09-01-2001

Родители обратились с жалобами на «ритуальные» действия ребенка: постоянно поправлял одежду («мешает», «чешется»), облизывал губы, «морщил» нос, поводил плечами, постукивал ногой об ногу («так легче ходить», «не так давят ботинки»); при этом родители отмечали у мальчика капризность, беспричинную смену настроения («от слезливости и хныканья до агрессивности и злобности»). Как правило, все «лишние» движения усиливались при «каких-то эмоционально значимых моментах» и в вечернее

время, когда нужно было ложиться спать. Засыпал по 2 часа, постоянно вставал с кровати и просил «то пить, то есть» или жаловался на страхи, головную боль, боли в животе.

Из данных анамнеза: от 4-й беременности (первая – аборт, вторая и третья закончились выкидышами), протекавшей с угрозой прерывания на сроках 12 и 20–26 недель на фоне медикаментозного сохранения беременности. Роды первые, преждевременные (на сроке 36 недель), со стимуляцией из-за слабости родовой деятельности. Вес при рождении 2600 г. Ребенок желанный. До года был крайне беспокойным. Срыгивания, запоры, диатез. ОРВИ часто, «цепочкой», как правило с выраженной гипертермией (до 39 градусов). Травм головы, судорог не было. До года наблюдался районным неврологом с диагнозом: энцефалопатия смешанного генеза, пирамидная недостаточность. Пошел самостоятельно в 1 год 3 месяца. Отдельные слова – после полутора лет, фразовая речь с 2,5 лет.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.