

УДК 616.85
ББК 56.14
М50

Менделевич В.Д.

М50 Антиципационные механизмы неврозогенеза. – М.: ИД «Городец», 2018. – 448 с.

В написании отдельных глав принимали участие: В.Т. Плещинская (гл. 2, разд. 6), Н.П. Ничипоренко (гл. 3, 9), А.С. Граница (гл. 4), Д.А. Мухаметзянова (гл. 5), Ч.Р. Громова (гл. 6), Л.Р. Ахмадуллина (гл. 7), И.Р. Абитов (гл. 8), Н.Е. Сумина (гл. 9), Ф.Х. Хабиров, О.В. Демакина (гл. 10)

Монография посвящена клинико-психологическим аспектам невротических расстройств. Описывается антиципационная концепция неврозогенеза, разработанная автором и развиваемая в работах его учеников. Приводятся результаты исследований специфики антиципационных механизмов неврозогенеза у лиц разного возраста, анализируется связь антиципации с психологическими защитами и копингом.

Монография предназначена для врачей-психиатров, медицинских психологов, психотерапевтов, врачей-интернистов, а также для студентов медицинских и психологических вузов.

Глава 1

**НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА:
ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ТЕОРИИ
НЕВРОЗОГЕНЕЗА**

Современную ситуацию в неврологии можно без преувеличения назвать проблемной. Заболевание «невроз», известное уже несколько столетий и описанное впервые Уильямом Кулленом, не становится яснее в теоретическом плане и излечимее на практике. Выздоровление больных не происходит чаще, чем это было многие годы тому назад. Подвергаются кардинальному пересмотру основополагающие диагностико-нозологические признаки неврозов, такие, например, как функциональность, т. е. обратимость невротических расстройств после нормализации жизненной ситуации и исчезновения психотравмы. Доля выздоровевших составляет лишь 58% [Десятников, 1974], в лучшем случае — 65% [Киселев, Сочнева], что явно противоречит введенному в дефиницию критерию функциональности.

Наибольшие сложности возникают при выявлении границ невротических расстройств, строгом определении данного вида психической патологии и разграничении ее с феноменологически сходными состояниями, имеющими, однако, принципиально иные механизмы психогенеза.

Дефиниции невротических расстройств. Невроз и невротик

Определение невротических расстройств традиционно строится на одном из двух принципов: *позитивной* или *негативной диагностики*. В рамках первой распознавание невротических расстройств базируется на выявлении специфичных клинических проявлений (симптомов и синдромов) и психогенного механизма формирования. По мнению В. Н. Мясищева, к основополагающим диагностическим критериям неврозов следует относить: 1) зависимость возникновения и течения (динамики) невроза от психогенной ситуации; 2) связь психогении с личностью больного, с неспособностью

пациента в конкретных условиях разрешить конфликтную ситуацию; 3) содержательная связь между характером психотравмы и клиническими проявлениями невроза, с одной стороны, и патологической фиксацией на фрустрации и переживаниях, связанных с ней, — с другой. В рамках второй диагностической парадигмы упор делается на факте отсутствия в клинической картине психических нарушений иного уровня, чаще всего указывается на значимость непсихотического реагирования, а также исключения неврозоподобных или псевдоневротических расстройств органического, соматического или шизофренического генеза.

Вследствие этого невроз определяется как психогенное (конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека, проявляется в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений [Карвасарский, 1990; Свядощ, 1982; и др.].

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

Уточняющее и углубляющее определение дано А. М. Вейном, который наряду со значимостью для диагностики неврозов психогенного фактора, личностных особенностей, формирования невротического конфликта и недостаточности психологической защиты выделил

те самые специфические клинические проявления, отнеся к ним нарушения не только в эмоциональной, но также в вегетативной и соматической сферах [Айрапетянц, Вейн, 1982]. Данный подход создает базу для дифференциации невротических расстройств от сходных психологических феноменов (переживаний), так как фактически переводит проблему психологическую в психовегетативную и психосоматическую, демонстрируя медицинскую составляющую этого вида патологии.

Можно согласиться с тем, что для диагностики невротических расстройств недостаточно наличия лишь психопатологических непсихотических симптомов и синдромов, как и дезадаптации, внутри- и межличностного конфликтов. С нашей точки зрения, о невротических расстройствах (и даже заболеваниях) можно говорить в случае наличия соматической (вегетативной) составляющей этих нарушений, что демонстрирует переход с психологического уровня реагирования, располагающегося в границах нормативного психического поведения, на более глубокий — психосоматический.

Еще одной попыткой разграничить невротические расстройства и психологические переживания в рамках нормы считается выбор параметра осознанности психической травматизации. По мнению К. Юнга, «лица, имеющие проблемы, очень часто бывают невротиками, но было бы серьезным недоразумением смешивать наличие проблематики с неврозом, ибо между ними имеется существенное различие: невротик болен потому, что не осознает своей проблематичности, а человек, имеющий осознанную проблему, страдает от нее, не становясь больным». Предложенный подход находится в русле психоаналитических воззрений и, к сожалению, не до конца способен на практике разрешить диагностическую загадку. Более того, сам К. Юнг справедливо указывал на то, что «неудовлетворительную теорию можно терпеть, в общем-то, достаточно долго, но это не относится к неудовлетворительным терапевтическим методам».

Значимой для диагностики и дифференциальной диагностики невротических расстройств считается взаимосвязь, взаимозависимость или альтернативность *невроза и невротического характера* (стиля поведения, психопатии в старом понимании). Большинство исследователей разделяют точку зрения о том, что «любой невроз характерологичен» [Shapiro, 1989], «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, 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). Б. Д. Карвасарский, рассматривая связь между особенностями характера (в норме и при патологических формах) и неврозами, писал: «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» [Карвасарский, 1980]. Если идти по пути сближения психогенных декомпенсаций психопатий с неврозами в узком смысле слова [см., например: Фелинская, 1976], 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.

С представленной точкой зрения согласны далеко не все исследователи. В частности, Ю. А. Александровский считает, что существующее в настоящее время разделение неврозов и психопатий на основании характерных для первых «психогенности» и «функциональности», а для вторых — «биологичности» и «органичности» сугубо относительно [Александровский, 1987]. Такое разделение, по мнению ученого, имеет значение для описания клинических форм и вариантов пограничных состояний, прогнозирования их развития, но не является принципиальным для понимания различий в определяющих их патофизиологических механизмах, а они скорее одинаковы 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. Для их реализации

требуется сочетание врожденно-конституциональных, соматогенно-органических и личностно-ситуационных факторов в различных комбинациях.

Если в вопросе о влиянии патологической характерологической «почвы» на неврозогенез существуют различные точки зрения, то о важной роли акцентуаций характера пишут подавляющее большинство авторов. По мнению А. Е. Личко, наличие акцентуаций характера в условиях психотравматизации может стать благоприятной почвой для возникновения неврозов и невротических развитий [Личко, 1985]. К тому же отдельным типам акцентуации характера свойственны определенные формы невротических расстройств. Астеноневротический и лабильный типы акцентуаций предрасполагают в соответствующих условиях к возникновению неврастения; сенситивный, психастенический и реже — астеноневротический служат благоприятной почвой для развития обсессивно-фобического невроза. Истерический невроз возникает на фоне истероидной акцентуации или, реже, при некоторых смешанных с ней типах: лабильно-истероидном, истероидно-эпилептоидном, иногда шизоидно-истероидном. Подчеркивая значение акцентуации характера в неврозогенезе, автор справедливо отмечает, что от ее типа зависят не только особенности клинической картины невроза, но и избирательная чувствительность к определенным психогенным факторам, поскольку очевидно, что невротическая декомпенсация может быть облегчена психотравматизацией, предъявляющей чрезмерные требования к «месту наименьшего сопротивления» данного типа акцентуации.

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

Таким образом, связь невротических расстройств и так называемого невротического характера, несомненно, существует. Однако следует отметить, что риск формирования неврозов не исчерпывается структурой или выраженностью характерологических черт. Можно утверждать (и это будет показано далее), что необходимым условием неврозогенеза является наличие специфических черт «потенциального невротика», а для противостояния становлению невротического конфликта и расстройств необходимы типичные признаки «неврозоустойчивой личности». К **невротическим расстройствам**, с нашей точки зрения, следует причислять *психопатологические симптомы и синдромы непсихотического уровня, сочетающиеся с вегетативной дисфункцией, возникающие вследствие воздействия на личность актуальной психической травмы и несовершенства механизмов антиципации и психологической компенсации*. Невротические расстройства отличаются от психосоматических наличием в клинической картине психопатологических или соматических симптомов, а также специфичностью внутрличностных конфликтов.

Теории и концепции неврозогенеза

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

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

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

Нейрофизиологическая научная платформа базируется на классических представлениях И. П. Павлова, выраженных в следующих абзацах: «Всюду и всегда необходимо идти к физиологическому основанию как в отношении болезнетворных агентов, так и в отношении реакций на них со всеми их последствиями, т. е. переводить всю психогению и симптоматику на физиологический язык <...>. Могу сказать, что касается до нервной клиники, то почти все здесь наблюдаемые невротические симптомы картины можно понять и привести в связь с нашими патофизиологическими лабораторными фактами» [Павлов, 1951].

Столь строгий патофизиологический уклон разделяется многими отечественными учеными-неврологами, однако в более современном, смягченном варианте, учитывающем достижения психологических наук и психиатрии. Сегодня в рамках нейрофизиологической платформы принято говорить не об этиологическом значении каких-либо патофизиологических механизмов, а о «церебральной предрасположенности, облегчающей формирование невротической патологии» [Захаржевский и др., 1989]. Придается большое значение так называемой ирритирующей триаде (шейный остеохондроз, хронический тонзиллит и хронический холецистит), способствующей возникновению (или проявлению) «не только отдельных синдромов невроза, но и самого невротического заболевания». Несмотря на то что М. Г. Айрапетянц и А. М. Вейн отмечают существенную и патогенетически значимую роль в неврозогенезе «негрубой органической мозговой предрасположенности» и даже церебральной гипоксии, они с большой осторожностью обсуждают эту проблему. «Еще нет неопровержимых

доказательств, — пишут они, — прямого участия системных механизмов мозга (активирующих и синхронизирующих аппаратов) и активности биохимических систем (судим о них по содержанию биологически активных веществ в венозной крови и экскреции с мочой) во взаимодействии психотравмирующей ситуации с особенностями структуры личности и формировании невротического конфликта. Скорее всего, они отражают наличие стрессорной ситуации, характер и интенсивность эмоционального напряжения, а также индивидуальный паттерн реагирования. Вероятно, правильнее говорить о наличии характерных психофизиологических и психогуморальных соотношений при неврозах. Соотнести их прямо с патогенезом заболевания не представляется в настоящее время возможным [Айрапетянц, Вейн, 1982].

Как видно из представленной позиции, проблема заключается лишь во временном отсутствии четких, «неопровержимых» доказательств корреляции мозговой дисфункции с возникновением невротических расстройств, а отнюдь не в принципиальных теоретических представлениях. Еще более ярко нейрофизиологическая платформа представлена в таких размышлениях ученых: «Существует два принципиальных пути обсуждения: первая позиция — органическая церебральная дефицитарность реально существует, но имеется она и при многих формах патологии, и у части практически здоровых лиц, что позволяет считать ее своеобразным эпифеноменом, т. е. отсутствует какая-либо внутренняя и логичная связь между церебральными нарушениями, с одной стороны, и возникновением, появлением и течением невротической патологии — с другой; вторая позиция — следуя за сформулированными В. М. Бехтеревым положениями о связи между различными психическими нарушениями и состоянием органа, осуществляющего психическую деятельность, т. е. головного мозга, пытаться понять наличие определенной взаимосвязи между ними. Сразу же скажем, что мы являемся убежденными сторонниками этой позиции».

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

Обобщая современные представления о неврозогенезе, характерные для ученых, стоящих на нейрофизиологической платформе,

можно согласиться с Б.Д. Карвасарским, что не вполне обоснованно патогенез неврозов видится нейрофизиологам в расстройстве функций интегративных систем мозга, среди которых наряду с корой больших полушарий существенная роль отводится лимбико-ретикулярному комплексу [Карвасарский, 1990].

Психологическая платформа является на современном этапе преобладающей как в западной психиатрической и психологической литературе, так и в отечественной. Она так же, как и нейрофизиологическая, не монолитна и не единообразна, но содержит анализ значимости для неврозогенеза множества различных психологических параметров. Объединяет последние представление о принципиальной патогенетической значимости психологической составляющей для возникновения и проявления невротической симптоматики (В.Н. Мясищев). Спектр выделяемых существенных психологических феноменов широк, однако противопоставления одних другим не наблюдается. В. Франкл писал: «Каждому времени присущ свой невроз и нужна своя психотерапия». Это высказывание, дополненное географической характеристикой — месторасположением («Каждому времени и месту присущ свой невроз»), объясняет сосуществование различных психологических теорий и концепций неврозогенеза. Столь обширный список «правильных» научных подходов отражает значимость не только психологического, но и социально-психологического аспектов неврозогенеза. З. Фрейд с помощью психоанализа объяснял не вообще неврозогенез (хотя и претендовал на это), но лишь механизмы происхождения невротических нарушений у молодых женщин австрийских городков конца прошлого века. Ноогенный характер невротических расстройств, описанный В. Франклом, подходил для понимания развития неврозов западноевропейского интеллигента послевоенного времени. Именно подобная многовариантность механизмов неврозогенеза позволила В. Франклу оценить удельный вес ноогенного механизма среди иных, который, по мнению ученого, составил 20%.

Учитывая очевидный факт «фрагментарности» западных и отечественных теорий неврозогенеза, отсутствие в них универсального характера (кстати, как и в наиболее популярной в течение многих лет в отечественной клинической психологии и психиатрии теории личности В.Н. Мясищевой), следует признать, что идея создания единой теории неврозогенеза утопична. Общественный уклад жизни, социально-политические процессы и даже морально-этические и религиозные воззрения людей способны изменять понимание и суть

этиологии и в еще большей степени патогенеза неврозов. Именно эта аксиома позволила некоторым ученым вывести невроз за рамки психической патологии.

Психоаналитическая каузальная сексуальная теория неврозов

3. Фрейда

З. Фрейд сосредоточил свое внимание на проявлениях невротических расстройств, считая, что их возникновение не является случайным и каждый симптом имеет для пациента особый смысл. При этом смысл симптома «всегда и везде» неизвестен больному, скрыт от него, являясь производным бессознательных процессов, так как «из сознательных процессов симптомы не образуются». «Невротические симптомы, — писал З. Фрейд, — по-своему связаны с жизнью лиц, у которых они обнаруживаются. Они представляют собой заместитель того, что не осуществилось <...> и было вытеснено из сознания». Их основой являются чрезмерная фиксация на определенном отрезке прошлого из жизни конкретного человека, невозможность освободиться от него, стремление «спрятаться» от проблем. Именно аффективную фиксацию на определенной фазе прошлого З. Фрейд считал наиболее существенной характеристикой невроза. Механизмом же, по его мнению, является вынужденный отказ человека от удовлетворения его сексуальных желаний, связь либидо с инфантильными сексуальными переживаниями, что может быть изображено в виде этиологического уравнения неврозов (рис. 1).

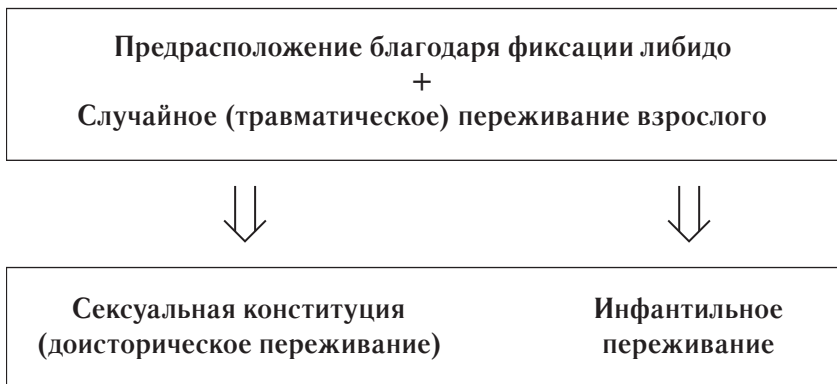


Рис. 1. Механизмы неврозогенеза по З. Фрейду

По мнению З. Фрейда, при нормальной сексуальной жизни не может быть актуального невроза. При этом невротизирующий механизм начинается формироваться в раннем детстве (обычно в первые три года жизни), когда у ребенка появляется ряд сексуальных влечений, которые он расценивает как запретные, недозволенные (аутоэротизм, гомосексуальные или инцестуальные влечения). В процессе воспитания ребенок узнает о запретности всех этих влечений, и они подавляются, не допускаются им до сознания, вытесняясь «цензурой» в бессознательную сферу. Таким образом, формируются комплексы, углубляющиеся по мере взросления и формирующие готовность к невротическим симптомам. Последние могут возникать тогда, когда «энергия вытесненного сексуального влечения» не переводится (не сублимируется) в иные допустимые «цензурой» виды деятельности.

Теория «невротического превосходства»

А. Адлера

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

Основанное на реальных впечатлениях, впоследствии тенденциозно закреплённое и углубившееся чувство неполноценности уже

в детском возрасте постоянно побуждает пациента стремиться к цели, значительно превышающей человеческую меру, приближающейся к «богоподобию» и заставляющей его идти по строго очерченным направляющим линиям. Так формируются ригидный жизненный план невротика, ограничительный стиль его поведения, «сети защит».

А. Адлер, не соглашаясь со схемой формирования невроза как «бегства в болезнь», предложенной его предшественниками (З. Фрейдом, К. Юнгом, Э. Кречмером) и выраженной в виде формулы: Невроз = Индивид + Переживания (сексуальные и инцестуозные) + Требования жизни, приводит собственную: Индивидуальная схема оценки (Индивид + Переживания + Среда) + X = Личностный идеал превосходства.

Таким образом, недостижимой целью невротика становится стремление к личностному идеалу. Он как бы «врастает в свои симптомы», которые формируются в соответствии с его опытом и психическим напряжением и представляются ему необходимыми и целесообразными для повышения собственного чувства личности. Невротический жизненный план поддерживается исключительно благодаря внутреннему стремлению к превосходству, продиктованному первичным чувством неполноценности. Симптомы при этом становятся лишь «формами выражения господства тщеславия» пациента.

Так же, как и З. Фрейд, А. Адлер обнаруживал у человека первые признаки формирования готовности к невротическим расстройствам в детские годы. Однако, в отличие от психоаналитиков, усматривавших причину неврозов в вытеснении в бессознательную область недопустимых сексуальных влечений, он обращал внимание на неправильные формы воспитания, в частности формирования отношения к себе и окружению. Основой же этого неправильного отношения служило обретенное чувство неполноценности, компенсируемое впоследствии стремлением к превосходству. «Всю целиком область неврозов, — писал А. Адлер, — можно понимать как домен всех тех индивидов, которые — либо вследствие органических неполноценностей, либо из-за неправильного воспитания или дурной семейной традиции — перенесли с собой в жизнь из детства чувство слабости, пессимистическую перспективу и вместе с тем всегда одни и те же или похожие уловки, предубеждения, трюки и экзальтации, такие же, как и при создании воображаемого, субъективного превосходства». Иными словами, чувство незрелости и неполноценности, по мнению А. Адлера, рождает навязчивое стремление к «цели богоподобия». Самым же лучшим определением невроза ученый считал такое: «Да — но!»

Теория «автономного комплекса» К. Юнга

По мнению К. Юнга, высказанному им в конце 1920-х годов, не существует всестороннее удовлетворительного объяснения сущности неврозов. Сравнивая теории невротогенеза З. Фрейда и А. Адлера, ученый указывал на тот факт, что каждый из подходов применим к довольно большому числу людей, соответствует определенным психическим реалиям, но не охватывает «душевную реальность» в целом. Вследствие этого каждая из точек зрения обладает «относительной истинностью».

К. Юнг обратил внимание на то, что теории невротогенеза, как правило, ориентированы на молодых людей и могут быть полезны при анализе невротических симптомов исключительно данной возрастной группы, тогда как для лиц среднего и пожилого возраста они не могут быть успешно применены. Вследствие этого ученый отмечал существенную значимость возраста пациента, называя его «в наивысшей степени важным показателем». По мнению К. Юнга, «молодой невротик пугается жизни, тогда как старый отступает перед смертью». Именно поэтому он отметил, что около трети невротических пациентов страдают от бессмысленности и беспредметности своей жизни.

В основе невротогенеза К. Юнг видел образование так называемого автономного комплекса бессознательного содержания, которое не может быть подчинено сознательной воле. Продолжая традиции психоанализа, ученый настаивал на том, что причина невротических симптомов кроется в бессознательном. Однако в происхождении неврозов он не придавал особого значения вытесненному сексуальному влечению, а обращал внимание на «мощные психические воздействия, лежащие в основе духовной установки и ее самых влиятельных, направляющих идей». «Автономные содержания бессознательного или доминанты бессознательного, — писал он, — это не врожденные представления, а врожденные возможности, даже необходимости, направленные на воссоздание тех представлений, которые с давних пор выражались через доминанты бессознательного». К. Юнг называл эту сферу коллективным бессознательным.

Теория «невротических наклонностей» К. Хорни

Сущностью невроза, по мнению К. Хорни, является невротическая структура характера, а его центральными звеньями — невротические наклонности, каждая из которых составляет своеобразное ядро этой структуры внутри личности и тесно взаимодействует

с другими подобными подструктурами. При этом невротические наклонности порождают не только специфическую тревожность, но и «специфические формы поведения, специфический образ “Я” и специфическое представление о других людях, специфическую гордость, специфическую форму уязвимости и специфические внутренние запреты».

Разделяя невроты на «простые ситуативные» и «невроты характера», К. Хорни писала о том, что «патогенный конфликт, подобно вулкану, спрятан глубоко внутри человека и неведом ему». Вследствие этого понимание невроза невозможно без прослеживания его глубинных корней — невротических наклонностей. Автором выделены 10 патогенных невротических наклонностей, которые она отличает от сходных «нормальных» черт, не приводящих к невротическому конфликту и невротическим симптомам. Отличительной сущностью таких патологических наклонностей К. Хорни считает иллюзорность, карикатурность, лишенность свободы, спонтанности, смысла и утилитарную нацеленность на безопасность и решение всех проблем. К невротическим наклонностям, по мнению К. Хорни, относятся:

- 1) невротическая потребность в любви, привязанности и одобрении: неразборчивая потребность угождать и нравиться другим, получать одобрение; произвольное стремление оправдывать ожидания окружающих; перенесение центра тяжести на других, а не на собственную личность, принятие во внимание только их желаний и мнений; боязнь самоутверждения; боязнь враждебности со стороны других или враждебных чувств внутри себя;
- 2) невротическая потребность в «партнере», который примет руководство жизнью невротика в свои руки; перенесение центра тяжести на «партнера», который должен осуществить все жизненные ожидания невротика и нести ответственность за все происходящее, как хорошее, так и плохое, причем успешное манипулирование «партнером» становится доминирующей задачей; придание «любви» преувеличенного значения на основе предположения, что «любовь» решает все проблемы; боязнь быть покинутым всеми; боязнь оставаться в одиночестве;
- 3) невротическое стремление заключить свою жизнь в узкие рамки; настоящее желание быть нетребовательным, довольствоваться малым и ограничивать свои честолюбивые стремления и желание материальных благ; настоящая потребность оставаться неприметным и занимать вторые места; умаление своих способностей и потенциальных возможностей, принятие скромности за высшую

добродетель; стремление скорее сохранить, нежели потратить; боязнь высказать любые требования; боязнь иметь или отстаивать возрастающие желания;

4) невротическое стремление к власти: страстная жажда господства над другими; неуважение других людей (их индивидуальности, достоинства, чувств), стремление подчинить их себе; большие различия в степени вовлеченных в такое стремление деструктивных элементов; неразборчивое поклонение перед всякой силой и презрение ко всякой слабости; боязнь неконтролируемых ситуаций; боязнь беспомощности;

4а) невротическая потребность контролировать себя и других людей посредством разума и предусмотрительности; вера во всемогущество интеллекта и разума; отрицание могущества эмоциональных сил и презрение к ним; придание чрезвычайно большого значения предвидению и предсказанию; чувство превосходства над другими, основанное на способности такого предвидения; презрение в себе самом ко всему, что не дотягивает до образа интеллектуального превосходства; боязнь признать объективные границы могущества разума; боязнь «глупости» и неправильного суждения;

4б) невротическая потребность верить во всемогущество воли: ощущение силы духа, проистекающее от веры в магическую силу воли; реакция безысходного отчаяния на любую фрустрацию желания; тенденция отказываться от желаний или ограничивать их и терять к ним интерес из-за страха неудачи; боязнь признания каких-либо ограничений абсолютной воли;

5) невротическая потребность в эксплуатации других и стремление любыми способами добиваться от них для себя преимуществ: оценка других людей в основном с точки зрения их полезности или возможности эксплуатации; различные сферы эксплуатации — деньги (заключение сделок как болезненная страсть), идеи, сексуальность, чувства; гордость от своего умения эксплуатировать других; боязнь самому подвергнуться эксплуатации и тем самым «оказаться в дураках»;

6) невротическая потребность в общественном признании или достижении престижного положения (в сочетании со страстным желанием власти или без него): оценка всех и всего (людей, неодушевленных предметов, денег, собственных качеств, поступков и чувств) только в соответствии с их престижностью; самооценка, целиком зависящая от характера публичного признания; различия в использовании традиционных или «вызывающих» способов возбуждения зависти или восхищения; боязнь потери привилегированного положения

в обществе («унижение») либо из-за внешних обстоятельств, либо вследствие внутренних факторов;

7) невротическая потребность в восхищении своей особой: раздутое представление о себе (нарциссизм); потребность в лести и восхищении своим воображаемым образом; самооценка, целиком зависящая от соответствия этому образу и восхищения им окружающих; боязнь утратить восхищение и испытать «унижение»;

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

9) невротическая потребность в самодостаточности и независимости; настоятельное стремление никогда ни в ком не нуждаться, или не поддаваться никакому влиянию, или не быть абсолютно ничем связанным; боязнь любой близости из-за опасения какого-либо вида порабощения; ощущение дистанции и обособленности как единственного источника безопасности; боязнь потребности в других людях, в каких-либо связях, близости, любви;

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

Основой невротогенеза, по мнению К. Хорни, чаще всего становится конфликт нескольких невротических наклонностей, когда следование одним будет постоянно препятствовать осуществлению противоположных. В такой ситуации человек заходит в тупик, и, даже несмотря на самостоятельные поиски компромисса, невротическая структура характера не позволит ему разрешить невротический конфликт наклонностей, поскольку невротик, по мнению К. Хорни, как правило, даже не подозревает, что именно эти наклонности являются

движущими силами в его жизни. Становление же их самих происходит из-за еще более ранних расстройств, конфликтов, которые имели место в человеческих взаимоотношениях.

Ноогенная теория неврозов В. Франкла

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

Ноогенная теория неврозов расходится с психоаналитической в том, что 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 Ф. Ницше о том, что «тот, у кого есть для чего жить, может выдержать почти любое как».

С точки зрения В. Франкла, невротические расстройства ноогенного характера стали широко распространенными в XX в. в силу двойной утраты, которую понес человек в ходе его становления подлинно человеческим существом. Во-первых, человек утратил некоторые из базисных животных инстинктов, обеспечивавших животным поведение, и у него появилась необходимость «осуществлять свой выбор». Во-вторых, еще одной утратой стало разрушение многовековых традиций. И теперь «никакой инстинкт не говорит ему, что ему делать, и никакая традиция не подсказывает, что он должен делать; скоро, — пишет В. Франкл, — он уже не будет знать, что он хочет делать». Подобный экзистенциальный вакуум был обнаружен более чем у половины обследованных ученым людей. Он проявлялся в первую очередь состоянием скуки от невозможности осознать смысл собственной внешне «бурной жизнедеятельности», направленной на обогащение, власть, сексуальные изыски. Каждая житейская ситуация

(а не только психотравма) может бросать человеку вызов, требовать ответа на самый главный вопрос о смысле его существования, а значит, провоцировать его на формирование экзистенциального вакуума и невротических симптомов. Причем для избегания невроза должен быть обнаружен смысл многих явлений: существования, любви, страдания. Формирование же невротических симптомов может быть описано в рамках ноогенного механизма как разновидность нигилизма — представления о том, что бытие не имеет смысла вообще.



Приведенные 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 учеными не в медицинском (нозологическом) смысле и смешивается с понятием «отклоняющееся поведение», что нельзя признать справедливым. Значимость же перечисленных теорий состоит в том, что становление невротических симптомов рассматривается в неразрывной связи с личностно-характерологическим (индивидуально-типологическим) преморбидом пациента. Каждая из концепций претендует на описание типичных черт человека, которого можно обозначить как «потенциального невротика».

Психическая травматизация, личностно-характерологический преморбид и неврозогенез

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

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

1) стимулы — отдельные объекты или действия;

- 2) эпизоды — особые значимые события, имеющие причину и следствие;
- 3) ситуации — физические, временные и психологические параметры, определяемые внешними условиями;
- 4) окружение — обобщающее понятие, характеризующее типы ситуаций;
- 5) среда — совокупность физических и социальных переменных внешнего мира.

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

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

По мнению Г. К. Ушакова, по интенсивности психические травмы следует делить на:

- 1) *массивные (катастрофические)* — внезапные, острые, неожиданные, потрясающие, одноплановые: а) сверхактуальные для личности; б) неактуальные для личности (например, природные, общественные катастрофы, интактные для данного индивида);
- 2) *ситуационные острые (подострые)* — неожиданные, многопланово вовлекающие личность (связанные с утратой социального престижа, с ущербом для самоутверждения);
- 3) *ситуационные пролонгированные* — трансформирующие условия многих лет жизни (ситуация лишения, ситуация изобилия — кумир семьи): а) осознаваемые и преодолимые; б) неосознаваемые и непреодолимые;
- 4) *ситуационные пролонгированные (истощающие)* — приводящие к осознанной необходимости стойкого психического перенапряжения: а) вызываемые самим содержанием ситуации; б) вызываемые чрезмерным уровнем притязаний личности при отсутствии объективных возможностей для достижения цели в обычном ритме деятельности.

В. Н. Мясищев делил психические травмы на объективно значимые и условно-патогенные, подчеркивая тем самым семантическую роль события. Под объективно значимыми ученый понимал жизненные события (психические травмы), значимость которых можно считать высокой для подавляющего большинства людей: смерть близкого, развод, увольнение и пр. Условно-патогенными он называл события, которые становятся психическими травмами, вызывающими переживания в силу особенностей иерархии ценностей человека (например, потеря марки из коллекции филателиста). Широко распространена в западной психиатрии шкала Холмса–Раэ (Holmes–Rahe), с помощью которой каждому жизненному событию приписывается строго определенный и неизменный коэффициент, выраженный в баллах. На основании суммы баллов предлагается судить о силе и интенсивности психического воздействия жизненных событий. Так, наивысшее количество баллов приписывается смерти супруга (100 баллов). Далее следуют: развод (73 балла), разлука супругов (65), тюремное заключение (63), смерть родных (63), женитьба (50), примирение супругов (45), выход на пенсию (45). Авторы включили в шкалу стресса даже такие ситуации, как заклад или заем суммы денег, причем если заклад или заем не превышает 10 тысяч долларов, то это дает 17 баллов по шкале стресса, а свыше 10 тысяч — 31 балл. На основании простого арифметического подсчета баллов предполагается в процентах априорно оценить риск возникновения невроза. Шкала Холмса–Раэ, несмотря на очевидную субъективность и недостоверность, до настоящего времени широко используется в научных исследованиях, затрагивающих проблемы неврозогенеза.

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

По мнению Б. Д. Карвасарского, существуют два подхода к классификации невротических конфликтов. К первому относятся попытки

феноменологии психотравмирующих обстоятельств и оценки их значимости в неврозогенезе. Однако гораздо большее значение, по мнению многих современных исследователей, имеет классификация по внутренним личностным механизмам развития конфликтов. В историческом плане интересен подход В. Н. Мясищева, который рассматривал три основных типа невротических конфликтов: истерический, обсессивно-психастенический и неврастенический.

При подобном подходе ведущая роль в неврозогенезе отводится не столько психической травме в изолированном виде, сколько базовым психологическим параметрам личности. Первый из отмеченных типов конфликтов (истерический) определяется чрезмерно завышенными претензиями личности, всегда сочетающимися с недооценкой или полным игнорированием реальных условий или требований окружающих. Следует подчеркнуть, что такую личность отличают превышение требовательности к другим над требовательностью к себе и отсутствие критического отношения к своему поведению. В генезе этого типа конфликта существенное значение приобретают история развития личности и процесс формирования системы ее жизненных отношений. Второй (обсессивно-психастенический) тип невротического конфликта обусловлен противоречивыми собственными внутренними тенденциями и потребностями, борьбой между желанием и долгом, между моральными принципами и личными привязанностями. При этом, даже если одна из потребностей и становится доминирующей, но продолжает встречать сопротивление другой, создаются благоприятные возможности для резкого усиления психического напряжения и возникновения невроза навязчивых состояний. Конфликт третьего типа (неврастенический) представляет собой противоречие между возможностями личности, с одной стороны, и ее желаниями и завышенными требованиями к себе — с другой. Конфликт этого типа чаще всего формируется в условиях, когда постоянно стимулируется нездоровое стремление к личному успеху без реального учета сил и возможностей индивида.

Как видно из сказанного, В. Н. Мясищев в неврозологическом ракурсе был нацелен на поиск морально-нравственных и социально-психологических характеристик человека, формирующих при встрече с психотравмирующей ситуацией особый, типичный стиль невротического поведения. Учение о трех типах невротического конфликта стало продолжением и развитием теории системы отношений личности, в которой основной упор делался на изучение механизмов «продуцирования психических травм», бессознательного

приписывания тем или иным жизненным событиям психического звучания с последующим аффективно проявляющимся комплексом внутриличностного конфликта. При этом выделялась роль характерологических особенностей.

При анализе трудов психологов и психиатров, нацеленных на выявление **специфических преморбидных психологических особенностей** больных неврозами, отмечается теоретическая и экспериментальная разработка нескольких феноменов и процессов: темперамента, характера, личности, а также отдельных психических функций. На патогенетическую значимость особенностей высшей нервной деятельности указывал еще И. П. Павлов. Основной «почвой» для неврозов, по И. П. Павлову, являются крайние варианты нормы, прежде всего слабый тип, однако не исключено их возникновение и у представителей сильного типа при значительной выраженности патогенного воздействия. Неврастения возникает у людей со слабым или сильным неуравновешенным (безудержным) и повышено-тормозным типом, средним в отношении сигнальных систем; истерия — у представителей слабого художественного типа с преобладанием подкорковой деятельности над корковой; психастения (которую И. П. Павлов относил к неврозам) — у людей мыслительного типа с болезненным преобладанием кортикальной деятельности над субкортикальной.

В современной психологической и психиатрической литературе наряду с темпераментом большое значение в этиопатогенезе неврозов придается и иным психологическим параметрам человека. Существенными для неврозогенеза являются особенности, в частности, акцентуации характера. Широкую известность приобрело положение В. Магнана об обратной пропорциональной зависимости между ранимостью нервной системы и массивностью психической травмы, необходимой для развития невроза: чем более ранима (чувствительна), чем больше предрасположена («невропатизирована, психопатизирована») нервная система, тем меньшая интенсивность психической травмы необходима для ее поражения. По мнению Б. Д. Карвасарского, рассматривавшего связь особенностей характера (в норме и при патологических формах) и неврозов, если в прошлом весьма распространенной была точка зрения, что невротические расстройства отмечаются, как правило, у психопатов, 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 невроты 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 невротами в узком смысле слова, то, естественно, в случаях психопатий невротизм 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 невротизм может быть и единственным эпизодом в жизни, появившимся, однако, под влиянием действительно патогенной психотравмирующей ситуации.

В работах психологов исследования predisposing к невротам факторов исчерпываются анализом особенностей темперамента и характера. Если же рассмотрению подвергаются некоторые *личностные качества*, то чаще всего их круг неширок и строго определен методико-теоретической базой исследования. В. Н. Мясищев предлагал оценивать степень психотравмирующего влияния ситуации в зависимости от системы отношений личности — ценностных ориентаций человека. Ученый выделил три группы людей в зависимости от сферы, которая для них принципиально важна и в которой сосредоточен их *«смысл жизни»*. Для каждой из этих групп психические травмы оказались различными. В первой группе людей, ценности которых были сосредоточены *в семье*, психотравмирующими в большей степени становились развод, смерть родственника, болезнь ребенка или родителя, семейные конфликты. Для второй группы людей, ориентированных на *ценности карьеры*, служебного статуса, невротизм возникал после таких психотравм, как увольнение с работы, понижение в должности, двойка на экзамене. Третья группа людей, значимой для которых является *область хобби*, психотравмой становилась, например, утрата коллекции. В некоторых работах отмечено, что у лиц без значительных патологических отклонений и акцентуаций характера ярко выражены некоторые преморбидные особенности темперамента, характера и личности. Для группы больных невротизмом оказались характерными повышенная ответственность и добросовестность в сочетании с высокой чувствительностью к критике. Они отличались хорошей работоспособностью и активностью при наличии эмоций высокой интенсивности и продолжительности и достаточно выраженной тревожности. Наряду с этим в характере больных невротизмом выявлялись низкие показатели уступчивости

при средней степени выраженности таких качеств, как решительность, фрустрационная толерантность и адаптивность. Больные истерией в преморбиде отличались завышенной самооценкой, эгоистичностью и эгоцентричностью, относительно высокой активностью, сочетавшейся у них с такими свойствами, как низкая степень решительности и целенаправленности и значительная степень внушаемости и самовнушаемости. У них часто выявлялись сочетания выраженной сенситивности и тревожности с лабильностью и импульсивностью. Высокая потребность в контактах и лидерстве сочеталась со средней степенью уступчивости и ответственности. В преморбиде больных неврозом навязчивых состояний обращала на себя внимание прежде всего низкая степень активности, уверенности в себе, решительности, целенаправленности в сочетании с выраженной тревожностью и мнительностью — черты, свойственные психастеническому типу. Характерными для части больных были сочетание повышенной впечатлительности и чрезмерной чувствительности (при склонности к задержке внешних проявлений эмоциональных реакций) и в связи с этим наличие постоянной фиксации больных на значимых для них сложных жизненных обстоятельствах, чему способствовала также повышенная склонность к самовнушению.

В психологической платформе изучения неврозогенеза можно отметить два направления, по-разному оценивающих процесс восприятия и осознания информации и его роль в возникновении невротических нарушений. Первое направление позволительно обозначить как акцентированное на количественных показателях информации, второе — на качественных. К первому следует отнести представление М. М. Хананашвили об «информационной триаде», лежащей в основе невроза [Хананашвили, 1978]. В нее включаются: 1) необходимость обработки и усвоения большого объема высокозначимой информации (включая и необходимость принятия решения); 2) хронический дефицит времени, отведенного на такую работу мозга; 3) высокий уровень мотивации. При наличии «информационной триады» закономерно, с точки зрения М. М. Хананашвили, возникают невроз и разнообразные психосоматические расстройства. По мнению П. В. Симонова, невроз — это «болезнь неведения» [Симонов, 1968], что, в противовес представлениям М. М. Хананашвили, отражает позицию о патогенетической значимости отсутствия или малого, недостаточного количества информации — неведения о том, что может случиться с человеком в ситуации конфликта, чего от него ждут окружающие и т. п.

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

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

Еще сравнительно недавно понятие «дизонтогенез» трактовалось по аналогии с понятием «дизонтогенез» — как грубое нарушение развития организма в перинатальном периоде. В настоящее же время в понятие «дизонтогенез» стали включать любые искажения онтогенетического развития, выделяя при этом пренатальный и постнатальный дизонтогенез. И если первый выступал ведущим патогенетическим механизмом психического развития и отчасти моментом формирования преимущественной локализации повреждения [Сухарева, 1955], то второй становился фактором коморбидности, характеризующейся появлением и различным сочетанием симптомов и синдромов, преимущественно пограничного психического реагирования. Таким образом, в последние десятилетия под термином «постнатальный дизонтогенез» стали понимать более легкие формы нарушений психического развития (психического дизонтогенеза), не

только структурные, но и функциональные, связанные с расстройствами созревания структур и функций головного мозга [Ковалев, 1973–1985].

Существует два уровня индивидуально-психологических различий в человеке (по В. М. Русалову). К первому относятся результативные «содержательные» индивидуальные различия, касающиеся социально обусловленных свойств личности, ко второму — ее динамические свойства и те качества, которые обуславливаются преимущественно биологической организацией человека — конституцией. Внутренним содержанием конституции является реактивность организма, определяющаяся сочетанием свойств телесности, психодинамики и иных характеристик, отражающих состояние реактивности [Никитюк, Корнетов, 1988]. Нормальная конституция отражает реактивность организма, не выходящую за пределы физиологических состояний в обычных условиях. Если же проявления реактивности влекут за собой существенное снижение потенциала здоровья, то можно говорить об уровнях конституционально-типологической аномальности в частных проявлениях конституции, с одной стороны, и крайних, экстремальных характеристик нормальной изменчивости — с другой. Отношения аномальной патологической и нормальной конституции характеризуются как отношение патологической почвы («патос») к состоянию нормы (здоровья), в одних случаях, и болезни к состоянию нормы — в других [Боев и др., 2001].

Необходимо отметить, что переходные формы между здоровьем и болезнью выделяли большинство авторов: непатологические невротические проявления [Александровский, 1976], субклинические формы реагирования [Будовский, 1977], синдром психоэмоционального напряжения [Короленко, 1978], пронозологические патологические реакции [Жирнов, 1978], нервно-психическая неустойчивость [Спивак и др., 1979], аномальные личностные реакции [Рыжиков, 1980], донозологические расстройства [Запускалов, Морогин, 1983], препатологические психические состояния [Табачников и др., 1988], донозологические состояния [Кутепов, 1933] и др. [цит. по: Горьковой, 1988].

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

популяции. Многолетний клинико-патогенетический анализ результатов психологических, психофизиологических, антропологических и психопатологических исследований пациентов-подростков [Боев, 1991 – 1999] показал, что помимо обследуемых лиц, соответствующих клинико-психологическим критериям подростковых акцентуаций и психопатий, выделялись подгруппы подростков, демонстрировавших клинико-психологические признаки аномальной личностной изменчивости, не свойственные ни акцентуациям, ни психопатиям. Кроме того, определились подгруппы подростков, результаты обследования которых проецировались на границы выборок, что позволяло предполагать наличие вероятностного позитивного или негативного дрейфа личностно-характерологических особенностей.

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

Социально-стрессовые, экологические и иные экзогенные факторы, деструктивно влиявшие на конституционально-типологическую основу личности и приводившие к снижению функциональной активности индивидуального барьера психической и психологической адаптации, истощали психобиологические резервы личности и компенсаторные механизмы. В свою очередь последние переставали полноценно выполнять свои функции по укреплению и защите мест наименьшего сопротивления в личностно-характерологической, психофизиологической и в целом психобиологической структуре индивида. Этому же способствовало то обстоятельство, что среди представителей ПАЛ в значительно большей степени, чем среди

акцентуантов, обнаруживались смешанные конституционально-типологические ядра: шизо-истероидные, истеро-эпилептоидные. Общим итогом этого являлась неустойчивая адаптация во внешней среде, проявлявшаяся не только личностными и поведенческими аномалиями, но и различными формами девиантного поведения, пограничными психическими (невротическими) расстройствами, причем толерантность акцентуантов к деструктивному воздействию внешних факторов была достаточно высокой, в отличие от представителей ПАЛ, у которых она проявлялась намного слабее.

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

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

Данные клинико-психопатологических исследований акцентуантов эпилептоидного типа (эпилептотимиков) подтвердили высокую толерантность к экзогенным и психогенным факторам. Эпизодически возникающие психологические и психопатологические реакции отличались abortивностью, фрагментарностью и не приводили

к личностно-характерологическим декомпенсациям и к невротическим, психосоматическим расстройствам. Среди представителей эпилептоидного психотипа диапазона ПАЛ было замечено, что если в отношении собственно стрессогенного воздействия обнаруживались достаточная толерантность и социально-психологическая адаптация, то при сочетанном воздействии социально-стрессовых и токсических факторов у эпилептоидов наблюдалась актуализация конституциональных механизмов с развитием пограничных психических расстройств.

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

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

У подростков с циклоидным типом акцентуаций (циклотимиков) в ответ на социальные стрессоры наблюдались патологические реакции, которые отличались яркостью, экзальтированностью, простой

эмоциональной структурой и длились до двух недель. Особенно течения реакций было то, что они, заканчиваясь, не оставляли «следов». После завершения реакции настроение циклоидов возвращалось на прежний уровень. У большинства обследуемых представителей циклоидного психотипа регистра ПАЛ наблюдались патологические психические реакции с их последующей трансформацией в психопатологические аффективные синдромы. Их течение отличалось длительностью — не менее 6–12 месяцев, а психопатологические особенности характеризовались вялостью и неяркостью проявлений. Провоцирующими факторами аффективных расстройств у циклоидов служили в первую очередь прооявления социальной нестабильности. В последующем в развитии синдромов преобладали механизмы автономности, т. е. эндогенеза.

Таким образом, типологические свойства нервной системы, с одной стороны, создавая неповторимую индивидуальность личности и являясь природной основой темперамента, характера, способностей, а с другой — подвергаясь негативному воздействию дизэмбриогенеза и дизонтогенеза, способствуют аномальной изменчивости высшей нервной деятельности и личности и формируют конституционально-континуальное пространство на органической почве. Представители конституционально-типологического личностного континуума, располагающиеся в диапазоне ПАЛ с признаками недостаточности высшей нервной деятельности органического происхождения, под воздействием любых дополнительных неблагоприятных внешних воздействий легко демонстрируют срыв индивидуального барьера психической и психологической адаптации. При этом наступающая декомпенсация психобиологического резерва приводит к формированию пограничных психических (в том числе невротических), личностных и поведенческих расстройств, спровоцированных информационно-стрессовыми, социальными и экологическими факторами.

С точки зрения И. В. Боева (2000), невротические реакции, возникающие на фоне церебрастении и формирующиеся под влиянием негативных переживаний, страха, обиды, ревности, а порою и без видимых причин [Сухарева, 1974], являются закономерным следствием конституционально-типологической личностной недостаточности, соответствующей ПАЛ. Так, характерная неустойчивость настроения и большая реактивная лабильность при истерических реакциях, обусловленных повышенной внушаемостью и самовнушаемостью, чаще соответствуют диапазону ПАЛ и практически не встречаются в диапазоне психологической нормы — акцентуаций. В диапазоне нормы

подростки с истерическими чертами характера отличаются большей адекватностью при выборе поведенческих стереотипов, в то время как у представителей ПАЛ наряду с невротическими реакциями, развивающимися под влиянием психогенных факторов, могут появляться неврозоподобные состояния, отличающиеся от невротических наличием дополнительной, более грубой, органической симптоматики.

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

Менделевич Владимир Давыдович
(e-mail: mend@tbit.ru):

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой медицинской и общей психологии Казанского государственного медицинского университета, директор Института исследований проблем психического здоровья, эксперт Всемирной организации здравоохранения, главный редактор журналов «Неврологический вестник» им. В.М. Бехтерева, «Психопатология и аддиктивная медицина», лауреат Международной Ролстоновской премии (2007), сертифицированный врач-психиатр высшей категории, клинический психолог, психотерапевт, сексопатолог, член правления Российского общества психиатров и Европейской ассоциации лечения опиоидной зависимости. Автор более 670 научных работ, 60 монографий и учебников, 5 научно-популярных книг и многочисленных публикаций в центральной печати.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Глава 1. Невротические расстройства: определение и теории невротогенеза	5
Дефиниции невротических расстройств.	
Невроз и невротик	7
Теории и концепции невротогенеза	12
Психоаналитическая каузальная сексуальная теория невротозов З. Фрейда	16
Теория «невротического превосходства» А. Адлера	17
Теория «автономного комплекса» К. Юнга	19
Теория «невротических наклонностей» К. Хорни	19
Ноогенная теория невротозов В. Франкла	23
Психическая травматизация, личностно-характерологический преморбид и невротогенез	24
 Глава 2. Антиципационная концепция невротогенеза	39
Теоретические предпосылки.....	41
Клиническое обоснование антиципационной концепции невротогенеза.....	50
Экспериментально-психологическое обоснование антиципационной концепции невротогенеза	57
Антиципационные механизмы невротогенеза и «моторная ловкость»	75
Антиципационные механизмы невротогенеза и восприятие времени	81
Специфика непреднамеренного запоминания информации и антиципационные механизмы невротогенеза.....	85
Интегративная оценка антиципационных способностей и склонности к невротическим расстройствам	90

Глава 3. Антиципационная состоятельность в системе стабилизации личности	95
Взаимосвязь антиципационной состоятельности с психологическими защитными механизмами	103
Взаимосвязь антиципационной состоятельности и копинг-поведения личности.....	107
Взаимосвязь антиципационной состоятельности и локуса контроля личности	111
Глава 4. Интуиция, прогнозирование будущего и механизмы неврозогенеза	121
Интуиция.....	124
Виды интуиции.....	133
Интуитивное мышление.....	134
Интуитивность.....	137
Антиципация. Интуиция. Мышление	138
Глава 5. Антиципационные механизмы неврозогенеза у детей	143
Современные представления о механизмах формирования невротических расстройств в детском возрасте	145
Изучение механизмов антиципационной деятельности при невротических расстройствах у детей.....	153
Глава 6. Взаимосвязь антиципационных способностей детей и их родителей	171

Глава 7. Антиципационные механизмы неврозогенеза в пожилом возрасте	209
Современные представления о специфике невротических расстройств в пожилом и старческом возрасте.....	211
Исследование антиципационных механизмов неврозогенеза у пожилых.....	222
Глава 8. Антиципационная состоятельность в структуре совладающего поведения	263
Психологическая защита, копинг и антиципация.....	265
Исследование взаимосвязей антиципации, психологической защиты и копинга в условиях нормы и патологии (на модели невротических и психосоматических расстройств).....	292
Глава 9. Взаимосвязь антиципационной состоятельности и личностных свойств	325
Антиципационная состоятельность как предмет психологических исследований.....	329
Функции антиципационной состоятельности в системе личности и деятельности.....	337
Исследование взаимосвязей антиципационной состоятельности и личностных свойств.....	341
Глава 10. Особенности формирования клинических проявлений остеохондроза поясничного отдела позвоночника в зависимости от параметров антиципационной деятельности пациента	377
Роль психологических факторов в этиопатогенезе остеохондроза позвоночника.....	379
Нейрофизиологические механизмы антиципации.....	388
Исследование антиципационных особенностей психической деятельности больных поясничным остеохондрозом.....	398

Список литературы	413
Приложение. Тест антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) (В.Д. Менделевич)	433

Владимир Давыдович Менделевич

Антиципационные
механизмы неврозогенеза

Редактор Е. Малеванная
Корректор О. Наренкова
Компьютерная верстка С. Новиков

Подписано в печать 9.02.2018. Формат 60×90/16
Усл. печ. л. 28. Тираж 1000 экз. Заказ

«Издательский дом „Городец“»
105082, Москва, Переведеновский пер., д. 17, к. 1,
www.gorodets.ru, e-mail: info@gorodets.ru,
тел.: +7 (985) 8000 366



Владимир Давыдович Менделевич — российский психиатр, психотерапевт, нарколог, клинический психолог, заведующий кафедрой медицинской психологии Казанского государственного медицинского университета, директор Института исследований проблем психического здоровья, эксперт Всемирной организации здравоохранения.

Монография посвящена клинико-психологическим аспектам невротических расстройств. Описывается антиципационная концепция неврозогенеза, разработанная автором и развиваемая в работах его учеников. Приводятся результаты исследований специфики антиципационных механизмов неврозогенеза у лиц разного возраста, анализируется связь антиципации с психологическими защитами и копингом.

www.gorodets.ru

ISBN-13: 978-5-906815-19-4



9 785906 815194



СОЮЗ ОХРАНЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ