

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

**Т. А. Емельянцева**

# **НЕВРОЗОГЕНЕЗ (мультимодальный подход)**

Методические рекомендации



Минск 2006

УДК 616.85–056.4 (075.8)

ББК 56.12 я 73

Е 60

Утверждено Научно-методическим советом университета в качестве  
методических рекомендаций 29.03.2006 г., протокол № 5

Рецензенты: зав. каф. общей и клинической психологии Белорусского государственного университета, проф., д-р мед. наук В. А. Доморацкий; доц. каф. психотерапии и мед. психологии Белорусской медицинской академии последипломного образования, канд. мед. наук А. В. Копытов

**Емельянцева, Т. А.**

Е 60 Неврозогенез (мультимодальный подход) : метод. рекомендации / Т. А. Емельянцева. – Минск: БГМУ, 2006. – 27 с.

Издание содержит описание нейрофизиологических, психологических и социальных механизмов неврозогенеза, что облегчает врачу понимание проблем больных неврозом и делает оказание помощи более эффективным.

Методические рекомендации предназначены для студентов всех факультетов.

УДК 616.85–056.4 (075.8)

ББК 56.12 я 73

© Оформление. Белорусский государственный  
медицинский университет, 2006

## Введение

Слово «невроз» широко используется в качестве собирательного термина для обозначения расстройств, объединенных тремя общими признаками.

Во-первых, все они представляют собой функциональные расстройства, т. е. не сопровождаются органическими заболеваниями мозга.

Во-вторых, они не являются психозами, т. е. больной, независимо от тяжести состояния, не утрачивает контакта с внешним миром, с реальной действительностью.

В-третьих, для них, в отличие от расстройств личности, скорее характерно наличие ясно различимого момента начала.

Неврозы прочно удерживают лидирующее положение в обширной группе психических заболеваний. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, около 10 % населения индустриально развитых стран больны неврозами, и за последние 65 лет их число выросло в 24 раза. Учетная заболеваемость неврозами в России составляет 20–25 человек на 1000 населения. И это только учетная заболеваемость и, скорее, ее можно рассматривать как вершину айсберга.

Доказано, что от 30 до 65 % пациентов общепрактикующих врачей — это люди с выраженной невротической симптоматикой.

Термин «невроз» прочно вошел в нашу жизнь и неизвестен разве что младенцу. Выделяют школьные и пенсионные неврозы, военные и ситуационные, неврозы одиночества, соматогенные и экологические, неврозы характера, ноогенные (связанные с утратой или отсутствием смысла жизни), а также много иных разновидностей этого неприятного недуга.

Впервые понятие «невроз» было предложено в 1776 г. Кулленом, и с тех пор дискуссии о сущности невроза, корнях его возникновения и механизмах формирования не становятся менее актуальными. Сегодня трудно найти в медицине другое понятие, трактуемое различными научными школами столь многозначно и даже противоречиво.

На острие научных дискуссий находятся не только вопросы систематики неврозов, но и само существование их как нозологической формы.

Одни исследователи относят истоки неврозов к некоторому своеобразию рассудка, другие — к патологии эмоций, третьи — к процессу самопознания, четвертые — к психологической незрелости и инфантильности. Есть и такие авторы, которые склонны думать, что невроз — наследственное заболевание. Мнений много, но ясности нет.

В последнее десятилетие вопросы происхождения неврозов стали подвергаться активному пересмотру. Отношение к неврозу как к легкой психической дисфункции в значительной степени изменяется. Принцип функциональности, а значит легкой обратимости, не подтверждается современной клинической практикой. По опубликованным данным выздоровление при неврозах наступает менее чем у 40–50 % заболевших. Невроз все чаще рассматривается как нездоровая реакция на ненормальную ситуацию у нездоровой личности.

На данный момент вопрос о лечении неврозов остается открытым: до сих пор не найдено общепринятого, универсального способа избавления от этого заболевания.

## **1. Невротическое реагирование. вопросы определения, классификации и клиники**

Согласно современному определению, принятому в нашей стране, невроз — психогенное нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате нарушений особо значимых жизненных отношений человека к себе и окружающему миру, проявляется в специфических клинических феноменах с доминированием эмоционально-аффективных и соматовегетативных расстройств при отсутствии психотических явлений.

Проще говоря, невроз развивается тогда, когда человек, в силу различных обстоятельств, не может найти выход из сложного положения, разрешить психологически значимую ситуацию или перенести трагедию.

Основными типами невротического реагирования (неврозами) считаются:

- неврастения;
- истерия (конверсионное расстройство);
- навязчивые состояния (обсессивно-компульсивное расстройство).

### **НЕВРАСТЕНИЯ**

Дословно этот термин означает «нервная слабость», усталость и одновременное возбуждение. Невроз истощения называют еще «директорским неврозом». Отмечаются быстрая утомляемость, повышенная раздражительность. Настроение может резко меняться: от агрессии до депрессии. Появляются нарушения сна: трудно заснуть, сон недостаточно глубокий, с тревожными сновидениями, утром не хочется вставать, беспокоит дневная сонливость. Почти постоянный спутник неврастении — головная боль и другие неприятные ощущения в теле (боли в сердце, позвоночнике и т. п.).

#### *Клинический случай № 1.*

*Амбулаторно обратилась женщина 30 лет с жалобами на нарушение сна: трудности в засыпании, сон поверхностный, с частыми пробуждениями, утром без чувства отдыха. Стали беспокоить головные боли, повышенная утомляемость, плаксивость, раздражительность по малейшему поводу. Описанные жалобы стали беспокоить в течение последнего месяца после сообщения о возможном сокращении на работе.*

### **ИСТЕРИЯ (КОНВЕРСИОННОЕ РАССТРОЙСТВО)**

Наиболее наглядно выражается в расстройствах движения и чувствительности. Могут отмечаться паралич ног («астазия-абазия»), судороги («истерическая кривошея», нарушения речи, вплоть до временной потери речи, нарушение глотания, судорожные припадки), слепота, глухота. В отличие от органической патологии двигательные расстройства и расстройства чувствительности у больных истерией непостоянны, исчезают во время сна и гипноза.

### *Клинический случай № 2.*

*В отделение невротиков из офтальмологического отделения поступила молодая женщина с жалобами на потерю зрения на оба глаза после ссоры с мужем, который ударил ее по голове кулаком. Сознания не теряла, рвоты не было. После детального стационарного обследования с участием невропатолога, окулиста, проведения ЯМР-исследования органическое расстройство было исключено. После назначения курса транквилизаторов и психотерапии ДПДГ (десенсибилизация при помощи движения глаз) зрение быстро восстановилось.*

### *Клинический случай № 3.*

*В дневной стационар обратилась девушка-подросток 15 лет с жалобами на то, что «ноги не слушаются», не чувствует их до середины бедра, передвигаться может только с посторонней помощью. Отмеченные жалобы возникли сразу после того, как в присутствии одноклассников ее оклеветали. В результате назначенного комплексного лечения с активным привлечением психотерапии движения ног в течение недели полностью восстановились. Выздоровлению немало способствовал факт разоблачения клеветы и извинения.*

## **НАВЯЗЧИВЫЕ СОСТОЯНИЯ (ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОЕ РАССТРОЙСТВО)**

Навязчивостями (обсессиями) называют периодически возникающие нежелательные представления, опасения, мысли, образы, побуждения, которые воспринимаются как бессмысленные и мешают обычному функционированию. Обсессии часто усиливают тревогу, а компульсии (ритуалы) служат тому, чтобы эту тревогу снизить.

Классическим примером обсессивно-компульсивного расстройства являются навязчивые опасения заболеть инфекционным («заразным») заболеванием и желание постоянно мыть руки (вплоть до мацерации кожи).

Существуют легкие феномены навязчивости: неотвязно звучит одна мелодия, невозможно прервать подсчет ступеней лестницы, непорядок в квартире при любви к чистоте воспринимается болезненно и т. п. (так называемые нормально-психологические навязчивости).

Патологическая навязчивость всегда сопровождается страхом. Навязчивые импульсы часто имеют такое содержание, как навредить другим: толкнуть, поранить ножом и даже убить; произнести богохульные слова, сделать что-то запретное. До соответствующих действий никогда не доходит, но навязчивости переживаются как несвобода, появляется повод для появления резко выраженного чувства собственной виновности. Больной сопротивляется навязчивости, но безуспешно. Это только усиливает навязчивость.

Нелеченные невроты навязчивостей в  $\frac{3}{4}$  случаев принимают хроническое течение.

#### *Клинический случай № 4.*

*В отделение невротозов поступила девушка с навязчивыми опасениями убить своего отца, страхом острых предметов. Навязчивости развились на фоне психотравмирующей ситуации: отец категорически возражал против брака с любимым человеком. Дочь всегда была послушной и не решалась послушаться отца. После назначенного комплексного лечения медикаментозного (антидепрессанты ИОЗС) и психотерапевтического (поведенческая и семейная психотерапия) состояние значительно улучшилось.*

Неврозы выступают как заболевания, в механизме развития которых теснейшим образом переплетаются биологические, психологические и социальные факторы. В настоящее время не существует универсального, единственно верного механизма происхождения невротогенеза.

## **2. Нейрофизиологический подход**

Традиционно выражение «все от нервов». Чаще всего невроз как патологическое состояние центральной нервной системы возникает в результате перенапряжения процессов возбуждения и торможения. В механизме возникновения невроза наблюдается так называемый срыв, который может характеризоваться преобладанием как раздражительного, так и тормозного процессов.

При преобладании процесса возбуждения отмечается двигательное беспокойство, сила раздражителя перестает соответствовать силе ответной реакции. При преобладании тормозного процесса развивается сонливость.

Меняется также подвижность психических процессов: резкий переход процесса возбуждения в торможение. Именно поэтому поведение при неврозе отличается хаотичностью и неадекватностью, взрывчатостью, быстрой сменой настроения, раздражительной слабостью.

Развитие невротозов особенно легко возникает у представителей крайних типов нервной системы: у людей неуравновешенного, безудержного типа (холериков) и у людей со слабым тормозным типом нервной системы (меланхоликов). У холериков срыв («осечка» по К. Ясперсу) преимущественно характеризуется преобладанием процессов возбуждения, для меланхоликов характерно нарушение и без того слабого процесса торможения.

Важно отметить, что хотя главными «поставщиками» невротозов являются выше указанные слабые типы, однако срыв нормальной высшей нервной деятельности может отмечаться и у сильных типов — сангвиников и флегматиков.

В настоящее время неврозы в 10-й Международной классификации болезней рассматриваются в рубрике «Неврозы и другие, связанные со стрессом, соматоформные расстройства». Безусловны механизмы взаимосвязи коры головного мозга с вегетативными центрами, гипоталамусом и подкорковыми структурами, что находит свое отражение в так называемой

стресс-реакции, когда мобилизуются все силы организма для отражения нападения или выхода из труднопреодолимой ситуации.

С позиций эволюционного подхода в начале своего развития у человека был один единственный способ избежать опасности — спастись бегством. Бежать, чтобы не догнали, не настигли, укрыться в пещере, на дереве, в воде. Бег требует усиленной функции систем кровообращения и дыхания. В результате многократного повторения сочетания эмоций страха с усилением функций систем кровообращения и дыхания выработался условный рефлекс, впоследствии превратившийся в безусловный: одышка, затрудненное дыхание (отсюда «в зубу дыхание сперло»), учащение сердечных сокращений, сердцебиение как реакция на страх. Эмоция страха может сопровождаться подключением и других функциональных систем: «медвежья болезнь», рвота, позывы к мочеиспусканию и др. В настоящее время человек только в исключительных случаях прибегает к реакции бегства. Но рефлекс, который вырабатывался тысячелетиями, остался: при всякой опасности, при угрозе, истинной или мнимой, при страхе перед неизвестным или ожидаемым автоматически включаются функциональные системы организма. Наиболее часто в клинической практике встречаются «невроз сердца» и «дыхательный невроз», реже отмечается «невроз желудка» (соматоформная вегетативная дисфункция с преимущественным поражением сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной систем соответственно).

#### *Клинический случай № 5.*

*Мужчина 42 лет поступил в отделение неврозов с жалобами на сильные боли в области сердца: «как будто гвоздь вогнали», которые беспокоят периодически, возникают внезапно, иногда связаны с физическими нагрузками и психоэмоциональным напряжением. Болен в течение 6 лет. Впервые боли в области сердца возникли после сильного стресса: машина, на которой работал водителем, попала в аварию, чудом остался живой. Много раз на фоне приступов боли в сердце делал ЭКГ: вариант нормы, слова терапевтов, что у него здоровое сердце, казались неубедительными. Стал прислушиваться к себе, бояться ездить за рулем автомашины, ограничил физические нагрузки, стал бояться оставаться дома один. По инициативе брата был консультирован психиатром и направлен в отделение неврозов.*

*Диагноз: соматоформная вегетативная дисфункция с преимущественным поражением сердечно-сосудистой системы («невроз сердца»).*

У детей, в силу незрелости нервной системы (формирование коры головного мозга завершается где-то к 15-ти годам), отмечаются особые виды системных неврозов: заикание, энурез и энкопрез (каломазание), моторные тики.

### 3. Психосоциальный подход

С современных позиций психосоциальный подход является ведущим в происхождении невротических расстройств.

Карл Ясперс (1883–1969), выдающийся немецкий философ и психиатр, определил невроз как «осечку» преобразования человеком самого себя в стрессовой ситуации.

Жизнь всегда ставит перед нами препятствия, состоит из белых и черных полос, без потерь не обходится. Вопрос в том, как каждый из нас умеет «держать удар». Существует хорошая метафора о «ручейке, готовом стать сильной рекой»: ручеек всегда встречает на своем пути препятствия (маленькие камни и большие валуны), и у ручейка всегда есть выбор: остановиться и стать озером (а потом болотом) или набраться сил, преодолеть препятствие и стать еще сильнее. Только преодолевая что-то, мы растем, становимся сильнее.

К. Ясперс описал известную триаду, определяющую невроз:

1. Наличие стрессовой ситуации.
2. Наличие переживаний, отражающих содержание психотравмирующей ситуации.
3. Уменьшение симптомов невроза по мере удаления по времени от психотравмирующей ситуации («время лечит»).

Однако в настоящее время при наличии явной клинической картины невроза не всегда удается прояснить его причину. На вопрос: «Что послужило причиной вашего состояния?» довольно часто получаем ответ: «У меня все хорошо». Кроме того, как отмечалось ранее, от невроза выздоравливает только 40–50 % больных. В остальных случаях течение невроза приобретает волнообразный характер или прогрессирует (вплоть до невротического развития личности). Поэтому в последнее время актуальным стало выделение «ситуационного невроза» и «невроза характера».

С современных позиций невротическое реагирование отмечается при наличии:

- Стрессовой ситуации (острой, хронической).
- Внутриличностного конфликта.
- Нарушений межличностного функционирования.

Как правило, стрессовая ситуация требует учета таких моментов, как значимость ситуации для субъекта, личностные особенности, уровень развития интеллекта, возраст.

С точки зрения возрастного критерия, неврозами чаще страдают лица молодого и среднего возраста. Правильнее рассматривать большую частоту неврозов в периоды повышенных требований роста и развития личности: пубертатный период, начало трудовой деятельности, смена работы, вступление в брак, рождение детей, кризис середины жизни, климактерический период.



Высокий уровень интеллектуальных способностей предусматривает развитое креативное (нестандартное) мышление, которое позволяет найти выход из ситуации.

### Стрессовые ситуации

«Жизнь — это не только музыка и цветы»

*Ф. Перлз*

«Жизнь у нас в руках, сидит на плечах, а иногда и погоняет»

*А. Е. Алексейчик*

Существует градация ситуаций по силе их переживаний:

- 1) смерть супруга;
- 2) развод;
- 3) тюремное заключение;
- 4) смерть близкого человека;
- 5) болезнь;
- 6) увольнение с работы;
- 7) уход на пенсию;
- 8) беременность и др.

Все в одну схему не уложить. Жизнь гораздо сложнее. У одного человека формируется невроз, а у другого реакция ограничивается потрясением (психическим напряжением), но болезни не возникает. Как известно, основным критерием перехода психического напряжения в болезнь является нарушение психосоциального функционирования (дисбаланс интрапсихического состояния и межличностных отношений).

#### 4. Тревога как психический феномен

Первичным психологическим признаком психического напряжения является тревога. Тревога обозначается как неопределенное беспокойство, ощущение «ситуации на краю». Тревога может быть нормальной: например, тревога за больного ребенка (здоровая реакция на нездоровую ситуацию).

Тревога может стать патологической (невротической), если она начинает «мешать жить» и выполнять обычные обязанности (затруднять социальное функционирование).

##### *Клинический случай № 6.*

*Мужчина 56 лет поступил в отделение неврозов с жалобами на то, что перестал справляться с работой заведующего отделом на крупном заводе: стало трудно принимать решения, осмысливать содержание документов, приход на работу стал сопровождаться головной болью, что еще больше затрудняло выполнение должностных обязанностей. Тревога стала постоянным спутником, сопровождалась ощущением дискомфорта*

в за грудиной области. Появилось чувство собственной несостоятельности, снизилось настроение. Описанное состояние развилось постепенно в течение двух месяцев после того, как директор завода публично выступил с незначительной критикой в адрес больного.

Диагноз: расстройство адаптации, смешанная тревожно-депрессивная реакция.

Психологические механизмы тревоги впервые описаны Зигмундом Фрейдом и его дочерью Анной Фрейд.

Как известно, З. Фрейд выделил в структуре личности: *Ид (Оно)*, *Эго (Я)* и *супер-Эго (Сверх-я)* (рис. 1).

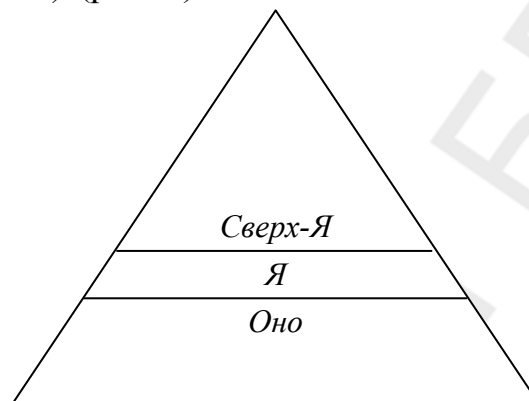


Рис. 1. Структура личности по З. Фрейду

Бессознательное *Оно (Ид)* содержит в себе различные побуждения (желания, потребности).

Сознание (разум) *Я (Эго)* позволяет понимать, что мы хотим.

Сверхсознание *Сверх-Я (Супер-Эго)* позволяет оценить наши побуждения (желания) с точки зрения «хорошо или плохо» и сделать выбор «да» или «нет» в плане осуществления побуждения (желания).

А. Фрейд указала на три источника тревоги.

Во-первых, страх перед бессознательными инстинктами (побуждениями, желаниями, потребностями) — страх перед *Оно*.

Во-вторых, тревожные и невыносимые состояния, вызванные чувством вины и стыда, разъедающими угрызениями совести — страх *Я* перед *Сверх-Я*.

В-третьих, страх перед требованиями реальности — страх *Я* перед реальностью.

В приведенном клиническом случае № 6 в большей степени представлен страх *Я* перед *Сверх-Я*: человек, который всю жизнь привык быть «на высоте», не смог перенести даже малейшей критики в свой адрес. Имеет место и страх *Я* перед реальностью: «годы берут свое», и признать это многим бывает трудно. В некоторой степени присутствует и страх перед *Оно*: страх перед желанием бросить все, недаром на работе начинает болеть голова. Становится понятным, что наряду с назначением медикамен-

тозного лечения (транквилизаторы, антидепрессанты) определяющим является проведение психотерапевтических мероприятий.

Гештальт-подход (основоположник Фредерик Перлз, ученик З. Фрейда, в свое время отошел от классического психоанализа и развил собственное направление в психотерапии) рассматривает тревогу как заблокированное возбуждение. С позиций гештальт-психологии, наша жизнь — цепочка завершенных и незавершенных гештальтов (ситуаций, контактов, поведенческих действий).

Контакт (взаимодействие с предметами окружающего мира) рассматривается как процесс, имеющий определенные фазы (рис. 2).

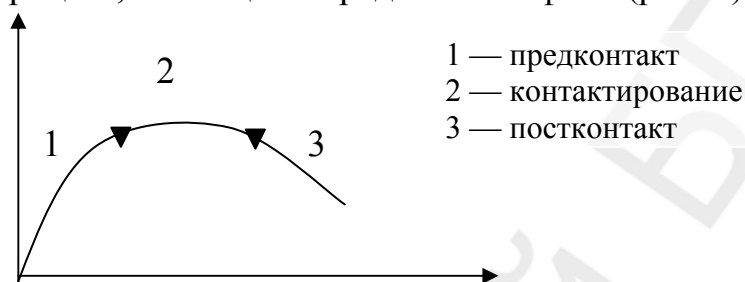


Рис. 2. Фазы контакта в гештальт-психологии

Рассмотрим механизмы формирования и поддержания тревоги, исходя из фаз контакта:

1. Если человек имеет проблему выбора, не может определиться в своих желаниях, понять, что он хочет больше (фаза предконтакта).

2. Если человек знает, что он хочет, но боится что-то менять в своей жизни: страшно, непривычно (фаза контактирования, взаимодействия).

3. Если человек ориентирован только на максимально положительный результат взаимодействия, его устроит только «10 баллов» (синдром «отличника»), в случае невысокого результата (фаза постконтакта) также может усилиться тревога.

В приведенном клиническом случае № 6 имеют место все три механизма, которые поддерживают патологическую тревогу: больной не уверен, хочет ли он пойти на другую должность «попроще» или вообще уволиться с завода, боится уходить и боится оставаться, боится не справиться. С точки зрения гештальт-подхода, также очевидна необходимость психотерапевтической работы по изменению ситуации и/или отношения к ней.

## 5. Механизмы психологической защиты

Иногда, чтобы адаптироваться к новым условиям жизни при стрессовой ситуации нужно время. Помогают «выжить», уменьшить тревогу феномены психологической защиты. Невротические личности склонны «зависать» в определенных механизмах защиты, что искажает понимание реальности и ограничивает гибкость поведения.

Впервые механизмы психологической защиты описали Зигмунд и Анна Фрейд. Представляем характеристику некоторых из них:

**1. Вытеснение.** Процесс непроизвольного устранения в бессознательное неприемлемых мыслей, влечений или чувств (забывание). При этом психическая энергия вытесненного в бессознательное сохраняется, что приводит к формированию невротических симптомов и спонтанному «возвращению вытесненного» на уровень сознания в виде сновидений, оговорок, описок, ошибочных действий.

*Вытеснение побуждения.* Загнанное внутрь побуждение не перестает стремиться к своему удовлетворению. Цензору «Сверх-Я» приходится постоянно быть начеку. Соппротивление побуждению требует постоянного энергетического обеспечения, когда другие формы поведения «обесточиваются». Отсюда быстрая утомляемость, раздражительность, слезливость, то, что называется астеническим синдромом.

*Вытеснение реальности.* Человек становится «глухим», «слепым», «нечувствительным» к информации извне, которую не хочет воспринимать, поскольку она неприятна для него, болезненна, разрушает его представление о себе. Именно поэтому на вопрос: «Что послужило причиной вашего состояния?» получаем ответ: «У меня все хорошо».

Вытеснение реальности проявляется в забывании имен, лиц, событий прошлого, которые сопровождалось переживанием негативных эмоций.

*Вытеснение требований и предписаний Сверх-Я.* Например, избегание чувства вины за некий поступок или даже за саму мысль совершить что-то «ужасное». Такому человеку невероятно трудно признать свою вину и попросить прощения.

3. Фред говорил: «Без вытеснения не бывает невротической истории болезни».

Когда силы вытеснения становятся недостаточно, подключаются другие психологические механизмы защиты. Наиболее широко представлены:

а) *вытеснение + смещение*: комбинация, которая способствует возникновению фобий. Например, навязчивый страх матери, что ее дочь заболит тяжелой болезнью, представляет собой защиту против враждебности к ребенку;

б) *вытеснение + конверсия (соматическая трансформация переживания)*: комбинация, которая образует основу истерических реакций.

**2. Регрессия.** Для нее характерен уход в более ранний период жизни, в детство, где мало ответственности и много беззаботности, непосредственности, обидчивости. Например, девочка 9 лет начинает сосать большой палец после гибели ее мамы; при рождении второго ребенка малыш-первенец перестает пользоваться горшком; больной человек требует повышенного внимания и опеки.

**3. Проекция.** Человек приписывает другим людям те качества, которые присущи ему самому и которые он не хочет иметь, не хочет осозна-

вать. А те негативные эмоции, которые бы направились бы против себя, направляются на других, таким путем удается сохранить самоуважение. Например, избегание чувства собственной вины приводит к тому, что человек склонен во всем винить окружающих: «виноваты все, кроме него». В основе желаний приготовить вкусный торт и угостить им других у больных нервной анорексией также лежат механизмы проекции: «самой нельзя, так хоть других накормлю».

**4. Интроекция.** Действие противоположно проекции: включение внешнего мира во внутренний мир человека. Интроекция тесно связана с *идентификацией*, когда на основе тесной эмоциональной связи усваиваются специфические свойства и качества другого человека: его выражение лица, походка, стиль поведения. На основе этих механизмов усваиваются родительские ценности и идеалы. «Так надо сделать» порой спасает от проблемы выбора. Однако «зависание» в механизмах интроекции приводит к игнорированию собственных побуждений и чувств, самообесцениванию, депрессии.

**5. Рационализация.** Процесс самооправдания своих мыслей, чувств и поведения, которые на самом деле неприемлемы. Как в басне про волка и ягненка, где волк пришел к выводу, что ягненок виноват, что он, волк, голоден, а значит, можно спокойно его съесть. Действие обосновано и узаконено. Путем защитной аргументации рационализация позволяет сохранить «свое лицо» перед собой и значимыми людьми.

**6. Интеллектуализация.** Переносит решение проблемы из реальности в сферу сугубо мыслительных операций. Переживание чувств замещается размышлениями о них (например, вместо реальной любви — разговоры о любви).

**7. Компенсация.** Бессознательная попытка преодолеть реальные или воображаемые недостатки. Компенсация может быть социально приемлемой (слепой становится знаменитым музыкантом) и неприемлемой (компенсация низкого роста — стремление к власти и агрессивность).

**8. Формирование реакции (реактивное образование).** Иницируется конфликтом между желанием и запретом на его удовлетворение со стороны строгого Сверх-Я. Во многих случаях человек имеет социально неприемлемые желания: они вызывают у него внутренние конфликты, чувство вины. Примером реактивного образования может служить обычная ситуация в детстве мальчика: его незаслуженно обидели, ему хочется выплакаться. Это желание вполне правомерно и оправдано как физиологически, так и психологически. Физиологически плач представляет собой разрядку, мышечное отреагирование, релаксацию. Психологически плач заменяет потребность в утешении, ласке, в любви, в восстановлении справедливости. Но в случае с мальчиком эта нужда в разрядке и желание утешения сталкивается с требованием очень значимых лиц: «Мальчики не плачут!». Это требование принимается, подхватывается цензурой Сверх-Я тем быст-

рее, чем значимее для мальчика лицо, которое требует от него следовать этой заповеди. Позывы на плач прекращаются сокращениями диафрагмы, мышечным напряжением. Прерванное действие, прерванный гештальт: «плач» соединяется со своей противоположностью «мальчики не плачут». Этот непроигранный гештальт живет дальше, стягивая на себя массу энергии, что выражается в постоянных напряжениях, мышечных зажимах, неспособности отреагирования. В результате реактивного образования поведение сменяется на противоположное, с обратным знаком: вместо любви ненависть, и наоборот.

Излишнее, чрезмерное, подчеркнутое проявление чувства любви и почитания может быть указанием на то, что в основании его лежит противоположное по знаку чувство ненависти.

Любовь и нежность подростка по механизму реактивного образования трансформируется в поведение, которое со стороны противоположно нежности и влюбленности. Мальчишка доставляет девочке самые разные неприятности: дергает за волосы, бьет портфелем по голове, не дает ей проходу. Как правило, мальчик не осознает действительные причины столь «пристального» внимания к девочке.

В так называемой народной мудрости реактивное образование получает свое подкрепление в высказываниях: «Если бьет, значит любит».

**9. Отрицание.** Отвержение мыслей, чувств, желаний, потребностей, реальности на сознательном уровне. Поведение таково, словно проблемы не существует. Примитивный механизм отрицания в большей мере характерен для детей: если спрятать голову под одеяло, то реальность перестанет существовать. Взрослые часто используют механизм отрицания в случаях кризисных ситуаций: неизлечимая болезнь, приближение смерти, потеря близкого человека и т. п.

**10. Смещение.** Механизм направления эмоций от одного объекта к более приемлемой замене. Например, смещение агрессивных чувств к начальнику на членов семьи.

Следует заметить, что каждый из нас редко использует какой-либо единственный механизм защиты, обычно мы применяем различные защитные механизмы и только на время, что позволяет «пережить» стрессовую ситуацию.

#### *Клинический случай № 7.*

*В отделение неврозов поступила женщина, на руках у которой внезапно умер муж. Муж в течение двух недель находился на больничном листе, проходил обследование амбулаторно с целью уточнения диагноза и, по мнению пациентки, причиной смерти мужа во многом было невнимательное отношение участкового врача. В первые дни после смерти мужа пациентке казалось, что это случилось не с ней, она проснется, и муж снова будет рядом (механизм отрицания). Затем появились обвинения в адрес участкового врача (механизм проекций — виноват кто-то: врач,*

судьба и т. п., жалко себя). Наряду с этим возникла истерическая симптоматика: чувство онемения в ногах до середины бедер с затруднениями при ходьбе («астазия-абазия»), кривошея, заикание (механизм вытеснения реальности, вытеснения побуждений физически навредить врачу в сочетании с механизмами конверсии). Позже возникли обвинения в свой адрес: «недосмотрела, не смогла спасти» (механизм интроекции), который сопровождает депрессивное состояние при реакции горя. Чувство вины какое-то время психологически поддерживает эмоциональную связь с умершим человеком. И только потом, спустя время, начинается выздоровление: мы смиряемся с потерей и учимся жить дальше.

Устойчивые, часто используемые, стереотипные (один тип на разные ситуации), ригидные психологические защитные механизмы могут свидетельствовать о переходе из разряда нормальных в разряд патологических. Это происходит тогда, когда психологические защитные механизмы перестают использоваться по назначению (дать время на адаптацию к новым условиям жизни после стресса). Человек «зависает» в решении проблемы, особенно если психологические механизмы защиты несут в себе функцию восстановления нарушенных отношений между окружением и личностью, а не только регуляцию эмоционального состояния.

## **6. Бегство в болезнь**

Попытка физиологическим способом решить психологические и социальные проблемы часто приводит к возникновению невротических симптомов. Например, возникновение «невроза сердца» у жены, потерявшей мужа, умершего внезапно от инфаркта миокарда, может свидетельствовать о неготовности взять на себя ответственность за семью.

После 1880 г. когда были приняты законы о страховании от несчастных случаев, появились случаи «рентных неврозов». Под действием истерического (конверсионного) механизма у лиц с соответствующей предрасположенностью развивались симптомы, схожие с симптомами несчастного случая. Простая, не осознаваемая больным цель — получить материальную компенсацию. Как только цель достигалась, симптомы исчезали.

Выгода от болезни двояка.

Во-первых, к больному совершенно иное отношение, ему больше внимания, забот, сочувствия и жалости. Иногда только через болезнь, через симптом возвращаются утраченные в здоровом состоянии отношения со своим окружением.

Трехлетнему ребенку, которого отдали в детский садик, ничего не останется, как заболеть, чтобы его вновь вернули домой, к любимой маме.

Во-вторых, выгода от болезни состоит в том, что с больным будут работать, будут лечить. Болезнь — это призыв к помощи со стороны. Болезнь причиняет страдания, но болезнь приносит и помощь.

Все же выгоды от болезни чрезвычайно сомнительны.

Во-первых, болезнь приносит страдания, иногда невыносимые. Думать, что больной «сердечным неврозом», притворяется, симулирует, неправильно: ему действительно больно.

Во-вторых, бегство в болезнь — не действительное решение проблемы.

В-третьих, болезненная симптоматика может зайти так далеко, настолько стать хронической, что выход из болезни становится невозможным, вплоть до определения группы инвалидности по психическому заболеванию.

Таким образом, тело становится жертвой нерешенных психологических конфликтов. Слабое Я следствием имеет немощное тело, которое, в свою очередь, становится алиби. Человек не смог реально решить свои проблемы. Человек отказывается от надежды самоактуализации в нормальном мире, в процессе взаимодействия с людьми. И через симптом он сообщает об этом своему окружению.

#### *Клинический случай № 8.*

*В отделение неврозов поступила женщина 45 лет с жалобами на неприятные ощущения в области правого подреберья: «как будто кирпич», чувство слабости в руках и ногах, внутренняя дрожь, опасения по поводу своего здоровья. Объясняет, что в таком состоянии не может работать продавцом в продуктовом магазине, грозит увольнение. В отделение поступила после госпитализаций в хирургическое, гастроэнтерологическое отделения, неоднократных амбулаторных исследований, где была исключена органическая патология.*

*Считает себя больной 18 лет, когда впервые на фоне развода с мужем возникло чувство слабости в руках и ногах («не могла даже еду готовить мальчикам-близнецам»). Тогда впервые лечилась в отделении пограничных состояний психоневрологического диспансера. После лечения транквилизаторами стало несколько легче, хотя здоровой себя уже никогда не чувствовала. Растить детей помогала мать. В настоящее время дети выросли, но относятся к пациентке «потребительски», внимания не уделяют. Личную жизнь устроить не пыталась.*

*В поведении присутствуют элементы демонстративности, желание вызвать к себе сочувствие, внимание. Выражены «рентные» установки: живо интересуется вопросами определения группы инвалидности по психическому заболеванию, необходимым количеством дней по листу нетрудоспособности.*

Налицо патологический механизм формирования болезненного симптома, «бегство в болезнь» на фоне полного «социального неуспеха» в личной, семейной жизни и трудовой деятельности. Раньше обозначалось как невротическое развитие личности.



## 7. Психодинамический подход

С точки зрения психодинамического подхода, неврозы — попытки (компромиссные образования) превратить неразрешимые конфликты в состояние, легче переносимое с субъективной точки зрения. При этом используются описанные выше психологические механизмы защиты.

При истерическом неврозе характерны:

- вытеснение;
- отрицание;
- смещение;
- проекция.

При неврозе навязчивых состояний:

- интеллектуализация;
- рационализация;
- реактивное образование (формирование реакции).

«Все мы родом из детства». Одним из гениальных открытий психодинамической теории было открытие важнейшей роли ранних детских травм. Чем в более раннем возрасте ребенок получает психическую травму, тем более глубокие слои личности оказываются «деформированными» у взрослого человека. Социальная ситуация и система отношений может породить в душе маленького ребенка переживания, которые оставят неизгладимый след на всю жизнь.

Задача самой ранней стадии взросления (первый год жизни) — установить близкие, доверительные отношения с первым в жизни ребенка человеком — матерью, а через нее — со всем миром. Если ребенок не брошен, если мать движет тонкое чувство и интуиция, ребенок будет понят. Если такого понимания не происходит, закладывается одна из самых тяжелых личностных патологий — не формируется базовое доверие к миру. Возникает чувство, что «мир непрочен, не сможет удержать меня, если я упаду». Такое отношение к миру сопровождает взрослого человека всю жизнь (базальная тревожность или тревожность как личностная черта).

В возрасте от полутора до трех лет ребенок решает не менее ответственные жизненные задачи. Например, приходит время, и родители начинают приучать его к туалету, к контролю над собой, своим организмом, поведением и чувствами. Не описаться, не опрокинуть горшок — трудная задача для ребенка. Когда родители противоречивы, ребенок теряется: то его хвалят, когда он испражняется в горшок, то громко стыдят, когда он гордый приносит этот полный горшок в комнату показать сидящим за столом гостям. Растерянность и, главное, стыд — чувства, описывающее не результаты его деятельности, а его самого. Родители, слишком фиксированные на формальных требованиях чистоты, предъявляющие к ребенку не выполнимую для этого возраста планку «произвольности», просто педантичные личности, добиваются того, что ребенок начинает бояться собственной

спонтанности и непосредственности. Что победит: стыд и сверхконтроль, который поможет избежать стыда, или все-таки спонтанность и доверие к себе? В первом случае получатся взрослые, у которых вся жизнь расписана, все под контролем, люди, не представляющие себе жизни без списка и систематизации. И вместе с тем взрослые, не справляющиеся с ситуацией аврала и любыми неожиданностями, те, кем как бы руководят их собственные маленькие «Я», двух лет от роду, посрамленные и пристыженные.

Ребенок 3–6 лет сталкивается с тем, что не все его желания могут быть удовлетворены, а значит, он должен принять идею ограничений. Дочка, например, любит отца, но выйти замуж за него не может, он уже женат на ее маме. Другая важнейшая задача — научиться решать конфликты между «хочу» и «нельзя». Инициативность ребенка борется с чувством вины. Когда побеждает инициативность — ребенок развивается нормально, если вина — то, скорее всего, он так и не научится доверять себе и ценить свои усилия при решении задачи. Постоянное обесценивание результатов труда ребенка по типу «Ты мог бы лучше» как стиль родительского воспитания также приводит к формированию готовности дискредитировать собственные усилия и результаты своего труда. Формируется страх неудачи, который звучит так: «Не буду даже пробовать, все равно не получится». На этом фоне формируется сильная личностная зависимость от критикующего. Основной вопрос этого возраста: «как много мне позволено?» Если удовлетворительный ответ на него не найден в пять лет, всю оставшуюся жизнь человек будет бессознательно отвечать на него, попадаясь на удочку «я недостаточно хороший, я должен быть лучше, чтобы заслужить любовь окружающих».

Неудовлетворенные потребности каждого возрастного периода, оставляют определенные следы (искажения) в структуре личности взрослого человека, делая его уязвимым в отношении определенных жизненных ситуаций. Незавершенные («замороженные») эмоциональные реакции (гештальты) раннего детства провоцируют невротические реакции во взрослом периоде жизни. Чем больше личностная дисфункция, тем меньшая психическая травма достаточна для развития невроза.

*Наиболее ярким примером невротического реагирования является семья с алкогольными проблемами. Не секрет, что дочери алкоголиков, как правило, выходят замуж за будущих алкоголиков: наследуется стиль семейных отношений. Они просто не знают, как бывает по-другому. Жены алкоголиков очень часто становятся пациентками отделений неврозов. И дело не просто в наличии постоянного, хронического стресса («придет пьяный или нет»).*

*Злоупотребление алкоголем, частые скандалы, даже физическое насилие в такой семье приводит к тому, что дети не могут чувствовать себя в безопасности (формируется базальная тревожность).*

*Семья с алкогольными проблемами является ярким примером созависимых отношений: пьющий строит свою жизнь вокруг бутылки, а все остальные члены — вокруг него («придет пьяный или нет»). Происходит подмена своей жизни (удовлетворение собственных интересов) жизнью другого (пьющего) человека. Собственные интересы игнорируются. Формируется слабое «Я»: плохо знают, чего хотят для себя, испытывают проблему выбора.*

*Жена алкоголика пытается заменить в воспитательной функции, как и в содержании семьи, своего постоянно пьяного мужа («психический гермафродитизм»). Вместо теплых чувств — раздражение, контроль, запреты. Чтобы заслужить любовь, дети стараются быть лучше («герои семьи»). Или замыкаются («заброшенные дети»). Чувство стыда за пьющего отца приводит к постоянному стремлению получить одобрение других (зависимость от мнения других).*

Таким образом, у детей, выросших в семьях с алкогольными проблемами, формируется своеобразная способность «нервозно» реагировать на жизнь.

#### **ОПИСАТЕЛЬНЫЕ ЧЕРТЫ «ПОТЕНЦИАЛЬНОГО НЕВРОТИКА»**

«Невротический характер» можно описать так:

– Считает себя «чувствительным», «эмоциональным», «тревожно-мнительным». Отмечается низкая фрустрационная толерантность (не выдерживает ситуаций напряжения), быстро возникают тревога, страхи и депрессия. Такое поведение «всего бояться заранее» в реальной жизни позволяет уйти от ответственности в принятии решений и каких-то действий, избежать дискредитации.

– Живет жизнью других людей, переживая за них, близко принимая к сердцу их проблемы. Альтруист: «Все отдам, лишь бы другим хорошо было». «О себе не думаю» или «думаю мало о себе» звучит как невротический идеал. Не умеет говорить «нет», отказывать. Склонен испытывать чувство обиды. За этим стоит: «Я такой хороший, как могли со мной так поступить».

– Избегает чувства вины, т. к. имеет невысокую самооценку (ненависть к самому себе). Поэтому склонен обвинять, упрекать других. Крайне зависим от мнения окружающих, стремится завоевать их любовь, уважение и почитание, живет по принципу: «что люди скажут» (невротическая гиперкомпенсация). Боится сделать ошибочный выбор. Не умеет просить о помощи, так как боится показаться слабым (невротическая гордость).

– Характерно «абсолютное мышление» — проживание опыта в двух противоположных категориях: «все или ничего», «мир или черный, или белый».

– Ориентирован на слишком жесткие нормы и требования. Поведение и мышление носят оттенок бескомпромиссности. В оценках такого человека сквозит выраженная категоричность.

– Отмечается преувеличение негативных событий и минимизация позитивных: роль жертвы обстоятельств, судьбы и т. п. позволяет уйти от ответственности.

Одни причины (конфликты, стрессы) со временем уходят, становятся неактуальными, и вскоре их место занимают другие, а невроз вновь возобновляется.

## **8. Индивидуально-психологический подход к роли комплекса неполноценности в возникновении неврозов**

Еще Альфред Адлер в 1913 г. предположил, что возникшее в детстве чувство неполноценности компенсаторно может привести к «невротическому образу жизни».

А. Адлер считал: то, что называют «предрасположенностью к неврозу», уже есть невроз, и только тогда, когда нужны «усиленные доказательства болезни», возникают соответствующие невротические симптомы, которые:

- 1) служат оправданием, если «жизнь не удалась»;
- 2) дают возможность уклониться от решения;
- 3) дают возможность выставить в ярком свете какие-нибудь достижения: «а теперь попробуйте обойтись без меня».

Налицо явное тяготение больного неврозом к внешнему превосходству, который ставит перед собой задачи:

- 1) одержать победу по линии повиновения, подчинения;
- 2) связать своей слабостью, страхом, пассивностью, потребностью к ласке и т. д.

Все человеческие отношения уже не воспринимаются объективно, их пытаются регулировать лично.

Человек с «невротическим характером» не задает себе вопроса: «Что я должен сделать, чтобы приспособиться к требованиям жизни и добиться гармоничного существования?» Его ключевой вопрос звучит так: «Как я должен организовать свою жизнь, чтобы удовлетворить свое стремление к превосходству?»

Стремление к внешнему превосходству приводит к тому, что жизненный план человека с «невротическим характером» похож на то, как если бы он построил небольшой дом, формы и размеры которого могут различаться, ему там не сидится, но он боязливо остерегается переступить его границы.

### *Клинический случай № 9.*

*Женщина 30 лет страдает паническими атаками с агарофобией. Редко выходит из дома (по крайней необходимости) и только в сопровождении мамы или мужа. По настоянию пациентки, мотивируя страхом остаться дома одной, маме была куплена квартира в соседнем подъезде. С мужем ежедневные конфликты: «По два раза на день разводимся, но куда он уйдет?» Долго помнит обиды. В отношениях требовательна, категорична. Стремится к идеалу: с удовольствием, неоднократно может рассказывать, как красиво ухаживал за ней муж; каким красивым будет новый дом.*

Человек с «невротическим характером» переносит свои отношения с другими людьми на отношения с врачом, а значит, подсознательно может пытаться дискредитировать врача: например, срывает лечение или в результате обострения симптомов создает невыносимую ситуацию, когда другие пациенты отделения начинают просить врача: «помогите ему». Чтобы избежать этого и не дать одержать верх, врачу следует придерживаться определенной тактики поведения.

#### **ТАКТИКА ПОВЕДЕНИЯ ВРАЧА**

##### **В СЛУЧАЕ «НЕВРОТИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА» БОЛЬНОГО:**

- Быть сдержанным и попытаться быстрее понять невротическую природу жалоб пациента и условную выгоду (рентные установки).
  - Никогда не следует обещать излечение, а лишь его возможность.
  - Ответственным за процесс и результаты лечения следует признать самого пациента, врач выступает только в качестве помощника.
  - Установить зависимость вознаграждения от успеха лечения (чтобы избежать: «я вам заплатил, а вы мне не помогли»).
  - Все взаимные обязательства — время посещения, вопрос о гонораре или безвозмездном лечении, конфиденциальность и т. д. должны быть оговорены сразу же, и их необходимо соблюдать.
  - Предсказание возможных обострений может избавить от значительной части работы: как правило, приступы боли, панические атаки и т. п. прекращаются, что свидетельствует о сильном негативизме больных с «невротическим характером».
  - Не следует проявлять свою радость по поводу частичного успеха и тем более им хвалиться. Обострение не заставит себя долго ждать.
  - Свой интерес следует в большей степени обратить на трудности в лечении — без нетерпения и уныния, но с хладнокровным видом ученого.
- Исходить надо из того, что любое невыполненное обязательство врача может быть использовано для того, чтобы нанести ему поражение.

## **9. Возникновение неврозов у истерической и ананкастной личностей**

Существует точка зрения, что невроз возникает чаще у истерической и ананкастной личностей.

### **ХАРАКТЕРИСТИКА ИСТЕРИЧЕСКОЙ ЛИЧНОСТИ:**

- Яркий эмоциональный мир.
- Сильная одержимость желанием, стремление к немедленному их удовлетворению.
- Отсутствие планов, непостоянство, переменчивость, быстрая смена настроений, ненадежность, непунктуальность.
- Преувеличенная потребность в признании.
- Типы: интриган, «вечный сказочник», «вечный подросток», «вечная дочь/сын», проститутка (мужчина или женщина) с хвастовством по поводу достижений в сексуальной сфере, сплетница.
- Страх окончательного, неизбежного, всего постоянного.
- Негативное: нарушения в отношениях, проблемы в браке (страх всего постоянного).
- Позитивное: живость, оптимизм (ничего не принимают слишком серьезно), спонтанность, готовность пойти на риск, готовность к новому.
- Защитные механизмы: вытеснение, конверсия, проекция.

Из-за присутствия выраженного психического инфантилизма («вечное дитя») у истерической личности вытеснение, как механизм психологической защиты, максимально отлажен и совершенен. Он помогает не думать о чем-то неприятном, замечать в окружающей жизни одно и не замечать другое, верить, игнорируя реальность, в то, во что хочется верить. Здравый смысл теряется. В будущем предвосхищается только один исход событий, как правило, благоприятный. И когда жизнь «ставит подножку», иллюзии рушатся, как картонный домик, истерическая личность оказывается неготовой страдать.

Таким образом, у истерической личности нарушена антипационная деятельность (предвосхищение, предугадывание событий), исследованию которой в последнее время уделяется много внимания в отечественной литературе (В. Д. Менделевич).

### **ХАРАКТЕРИСТИКА АНАНКАСТНОЙ ЛИЧНОСТИ:**

- Отсутствие спонтанности, серьезный, лишен чувства юмора, кажется принципиальным, «зажатым».
- Несет чрезмерную ответственность, имеет трансформирующее «Сверх-Я», обремененное чувством вины.

- Педантичность, преувеличенный скепсис, часто затягивает выполнение каких-то действий в силу навязчивых размышлений: «Что за этим стоит?»
- Предпочитает атмосферу принуждения, господства, контроля, закона, абсолютного порядка.
- Постоянная борьба за власть в межлических отношениях.
- Упрямое желание настоять на своем вместо здоровых проявлений гнева (страх агрессии).
- Время и деньги рассматривает как гарантию безопасности вместо возможности к самораскрытию.
- Страх всего инстинктивного и животного (страх инфекции, чрезмерная гигиена, частое мытье рук).
- Позитивные аспекты: надежность, аккуратность, корректность, ответственность, выдержка.
- Защитные механизмы: вытеснение, формирование реакции, смещение, рационализация, регрессия.

## **10. Системный семейный подход**

Каждый ребенок, каждый взрослый имеет пять основных (базовых) прав:

1. Право быть.
2. Право хотеть.
3. Право на автономию (право на собственные границы).
4. Право любить (иметь объект любви).
5. Право, чтобы тебя любили (заботились, опекали).

Приведенные пять основных прав, их удовлетворение в полной мере не только способствует формированию психологически здоровой личности в детском возрасте, но и служит хорошим ресурсом при проживании (переживании) любой психотравмирующей ситуации.

Игнорирование «хочу» ребенка в условиях жесткой дисциплины и гнета может привести к тому, что взрослый человек будет растворяться в желаниях и жизни других людей, жить для других, интересами других и надолго его не хватит. И если «значимый другой» уйдет, для кого же тогда жить, если для себя никогда не жил?

Часто свои нереализованные ожидания в отношении ребенка родители стремятся компенсировать повышенными требованиями, оказываясь принимать ребенка таким, каким он есть (право на автономию). Низкая самооценка ребенка в ситуации нереальных требований может запустить механизм невротического жизненного сценария.

Что касается права любить и быть любимым, любви, как говорится, много не бывает. Поэтому воспитание ребенка в неполной семье (мама

воспитывает одна и/или родители в разводе), как правило, создает почву для последующих психологических проблем.

Важно помнить, что любовь родителей может быть не только «пряником», но и «кнутом». Боясь ее потерять, ребенок учится жить в обществе. Любить ребенка не «всепоглощающе», а «любить и быть рядом» — это искусство, искусство воспитания в ребенке самостоятельности и ответственности.

Исходя из того, что «нет проблем детей, есть проблемы их родителей», психотерапия невротических состояний у детей невозможна без коррекции внутрисемейных нарушений.

В настоящее время принято рассматривать следующие блоки нарушений детско-родительских отношений (по мере их значимости в формировании личностных нарушений):

1. Травмы развития (удовлетворение возрастных потребностей ребенка с точки зрения психодинамического подхода).

2. «Симбиотические связи» (выраженные явления созависимости).

3. Шоковые травмы (переживания ребенком ситуаций объективно или субъективно опасных для жизни, включая ситуации насилия над ребенком).

4. «Семейные мифы» (включая миф «невротической» семьи: «положение обязывает»).

5. Родовые травмы (психологические травмы, полученные во время родов).

Неврастенический вариант невротического реагирования выступает следствием противоречия между реальными возможностями личности, с одной стороны (способности, самоорганизация, опыт и т. п.), и стремлением к успеху в связи с развитым тщеславием (постановкой непостижимой цели). Данный тип реагирования чаще формируется в условиях воспитания «надежды семьи», будущего Эйнштейна, Чайковского и пр. При этом постоянно стимулируется нездоровое стремление к личному успеху без реального учета сил и возможностей человека.

Истерический тип невротического реагирования определяется чрезмерно завышенными претензиями личности. В отличие от неврастенического «хочу, желаю», в данном случае отношения складываются на базе «требую, несмотря ни на что». Становление истерической личности происходит в обстановке изнеженности, заласканности, вседозволенности либо при безразличном отношении по типу отверженности, неприятия, грубого деспотизма родителей (особенно матери).

Ананкастный тип невротического реагирования главным образом обусловлен столкновением желания и долга, моральных принципов, что и приводит к сомнениям, колебаниям, рефлексии. Формированию соответствующих личностных черт способствует воспитание в обстановке опеки, запугивания, подавления самостоятельности. У ребенка блокируется спо-



способность к принятию решений, высказыванию собственных суждений и мыслей.

## Литература

1. Адлер, А. Практика и теория индивидуальной психологии : лекции по введению в психотерапию для врачей, психологов, учителей / А. Адлер. М.: изд-во Института психотерапии, 2002. 214 с.
2. Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. М., 1993. 400с.
3. Бурлачук, Л. Ф. Психология жизненных ситуаций / Л. Ф. Бурлачук, Е. Ю. Коржова. М., 1998. 263 с.
4. Захаров, А. И. Неврозы у детей и их лечение / А. И. Захаров. Л.: Медицина, 1977. 277с.
5. Карвасарский, Б. Д. Неврозы / Б. Д. Карвасарский. М., 1980. 48 с.
6. Клуcман, Р. Справочник по психотерапии. Изд. 3-е / Р. Клуcман. СПб.: Питер, 2004. 368 с.
7. Кочюнас, Р. Основы психологического консультирования ; пер. с лит. / Р. Кочюнас. М.: Академический проспект, 1999. 240 с.
8. Кулаков, С. А. Основы психосоматики / С. А. Кулаков. СПб.: Речь, 2003. 288 с.
9. Менделевич, В. Д. Клиническая и медицинская психология / В. Д. Менделевич. М., 1998. 592 с.
10. Москаленко, В. Д. Ребенок в «алкогольной» семье: психологический портрет / В. Д. Москаленко // Вопросы психологии. 1991. № 4. С. 65–73.
11. Свядоц, А. М. Неврозы / А. М. Свядоц. М., 1980. 368 с.
12. Клиническая психиатрия. Детский возраст : учеб. пособ. / Е. И. Скугаревская [и др.]. Минск: Выш. шк., 2006. 463 с.
13. Фрейд, А. Психология Я и защитные механизмы / А. Фрейд. М., 1993. 173 с.
14. Циркин, С. Ю. Справочник по психологии и психиатрии детского возраста / С. Ю. Циркин. СПб.: «Питер», 1999. 752с.
15. Эриксон, Э. Идентичность: юность и кризис ; пер. с англ. / Э. Эриксон ; общ. ред. и предисловие А. В. Толстых. М.: издат. группа «Прогресс», 1996. 344 с.
16. Ялом, И. Экзистенциальная психотерапия / И. Ялом. М.: Независимая фирма «Класс», 2000. 576 с.
17. Ясперс, К. Общая психопатология ; пер. с нем. / К. Ясперс. М.: Практика, 1997. 1056 с.
18. *Psychological problems in General Practice* / A. Markus et al. Oxford University Press, 1991. 406 p.

## Оглавление

Введение .....	3
1. Невротическое реагирование. Вопросы определения, классификации и клиники.....	4
2. Нейрофизиологический подход .....	6
3. Психосоциальный подход .....	8
4. Тревога как психический феномен .....	9
5. Механизмы психологической защиты.....	11
6. Бегство в болезнь .....	15
7. Психодинамический подход.....	17
8. Индивидуально-психологический подход к роли комплекса неполноценности в возникновении неврозов .....	20
9. Возникновение неврозов у истерической и ананкастной личностей.....	22
10. Системный семейный подход.....	23
Литература.....	25

Учебное издание

**Емельянцева** Татьяна Александровна

# **НЕВРОЗОГЕНЕЗ (МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ПОДХОД)**

Методические рекомендации

Ответственная за выпуск Т. А. Емельянцева  
Редактор А. И. Кизик  
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать \_\_\_\_\_ . Формат 60×84/16. Бумага писчая «КюмЛюкс».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. \_\_\_\_\_. Уч.-изд. л. \_\_\_\_\_. Тираж \_\_\_\_ экз. Заказ \_\_\_\_\_.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусский государственный медицинский университет.

ЛИ № 02330/0133420 от 14.10.2004; ЛП № 02330/0131503 от 27.08.2004.

220030, г. Минск, Ленинградская, 6.

