55530

ВЫСШЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Ю. А. Фесенко, В. И. Гарбузов

Детская и подростковая психотерапия

Неврозы у детей

2-е издание



Юрайт издательство
biblio-online.ru

УДК 615.851 (075.8)
Ф 44
55530

Ю. А. Фесенко, В. И. Гарбузов

ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ
НЕВРОЗЫ У ДЕТЕЙ

УЧЕБНИК ДЛЯ ВУЗОВ

2-е издание



Курс с практическими заданиями и дополнительными материалами доступен на образовательной платформе «Юрайт», а также в мобильном приложении «Юрайт.Библиотека»

Москва • Юрайт • 2026

УДК 615.851(075.8)
ББК 53.57я73
Ф44

Авторы:

Фесенко Юрий Анатольевич — доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической психологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, профессор кафедры специальной педагогики и специальной психологии Ленинградского Государственного Университета имени А.С. Пушкина, академик и заслуженный деятель науки и образования РАЕ, главный детский специалист-психиатр Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга;

Гарбузов Вилен Исаакович — профессор, кандидат медицинских наук, психоневролог, психотерапевт, врач высшей категории.

Рецензенты:

Попов Ю. В. — доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста Санкт-Петербургского Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии имени В. М. Бехтерева, заслуженный деятель науки Российской Федерации;

Добряков И. В. — кандидат медицинских наук, доцент кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Северо-Западного государственного медицинского университета имени И. И. Мечникова.

Фесенко, Ю. А.

Ф44 Детская и подростковая психотерапия: неврозы у детей : учебник для вузов / Ю. А. Фесенко, В. И. Гарбузов. — 2-е изд. — Москва : Издательство Юрайт, 2026. — 330 с. — (Высшее образование). — Текст : непосредственный.

ISBN 978-5-534-07308-9

В книге рассмотрены вопросы изучения пограничных психических расстройств, в том числе и неврозов, в историческом аспекте, освещены основные компенсаторные механизмы головного мозга ребенка, проанализированы понятия о стрессе и психической травме. Авторами дана подробная характеристика методам терапии неврозов: психофармакотерапии, психотерапии, представлен собственный комплексный метод лечения детей с пограничными психическими заболеваниями, включающий психофармакотерапию, адаптивное управление, рефлексотерапию, физиотерапевтическое лечение, различные виды психотерапии. Приводятся собственные данные по более, чем 3000, больным с пограничными психическими расстройствами. В интересной форме даются яркие клинические примеры, позволяющие понять основной психологический компонент того или иного страдания. Кому-то может показаться, что книга написана слишком научным языком, кому-то — напротив, что излишне упрощенным. Однако она и задумывалась авторами как разговор на научную тему, но, тем не менее, глубоко интересующую совершенно разных людей, и поэтому — доступной для понимания самому широкому кругу читателей.

Книга адресована, и врачам-практикам (психиатрам, психотерапевтам, неврологам), и психологам, и родителям детей с неврозом, и просто интересующимся вопросами возникновения, течения и терапии пограничных психических расстройств, к которым и относятся неврозы.

УДК 615.851(075.8)
ББК 53.57я73

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

ISBN 978-5-534-07308-9



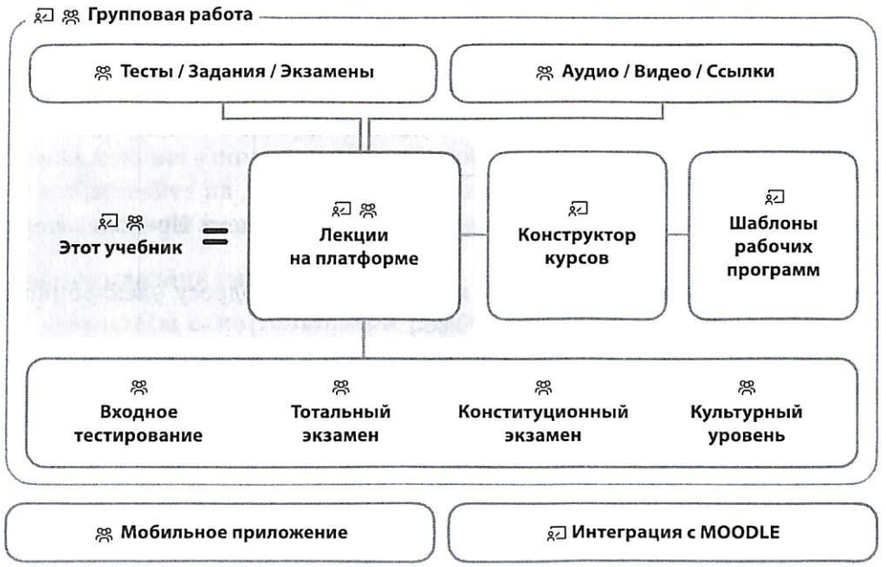
© Фесенко Ю. А., Гарбузов В. И., 2019
© Фесенко Ю. А., Гарбузов В. И., 2019, с изменениями
© ООО «Издательство Юрайт», 2026

Предисловие от редакции

Данный учебник является малой частью обширного курса. Мы рекомендуем вам обратиться к полному набору учебных материалов, доступных на Образовательной платформе «Юрайт».

На платформе вы найдете тесты, интерактивные задания и другие дополнительные ресурсы для самостоятельного обучения, которые помогут вам углубить свои знания и навыки.

Не упустите шанс максимально использовать все доступные возможности для успешного освоения дисциплины!



ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА «ЮРАЙТ»

Преподавателю

Работа с курсом на Образовательной платформе Юрайт

Создавайте группу студентов и назначайте им курсы



Группы студентов

Группы помогут вам в обучении и аттестации студентов на нашей платформе. Вы сможете:

— получать результаты тестов студентов по назначенным курсам;
— выдавать студентам задания для самостоятельной работы;
— проводить промежуточную и итоговую аттестацию;
— смотреть цифровую активность студентов группы на платформе.

Работа с группами студентов:

— группу можно создать в разделе личного кабинета Преподавателя «Группы студентов»;
— добавить студентов в группу можно по ФИО, адресу электронной почты или загрузить их списком Excel;
— назначить курс группе можно на странице любого курса на платформе.

Выдавайте студентам тесты



Тесты

Наши тесты помогут вам быстро проверить знания ваших студентов:
— проверяйте знания по конкретным темам или по всему курсу, указывайте сроки и количество попыток;
— выдавайте тесты студентам индивидуально или всей группе;
— платформа автоматически проверит ответы и пришлет вам результаты в личный кабинет;
— используйте анализ тестов, чтобы узнать с какими вопросами и темами у студентов проблемы;
— после прохождения теста студенты получат индивидуальные рекомендации и смогут сразу перейти к повторению нужных тем.

Работа с тестами:

— результаты тестов доступны в разделе личного кабинета Преподавателя «Результаты тестов студентов»;
— выдать тест можно на странице любого курса, который содержит тесты.

Выдавайте студентам задания для самостоятельной работы



Задания

Задания помогут вам с подбором образовательных задач, которые структурируют самостоятельную работу студентов в онлайне, делают ее интерактивной, разнообразной и удобной:

— на платформе доступно 28 видов заданий для формирования профессиональных навыков студентов, в том числе кейсы, деловые игры и групповые дебаты;
— студенты могут выполнять задания как индивидуально, так и работая в команде;
— указывайте сроки и критерии выполнения самостоятельной работы;
— общайтесь со студентами и отвечайте на вопросы во время выполнения задания с помощью комментариев;
— отправляйте на доработку сданные работы, которые выполнены не полностью или не соответствуют критериям.

Работа с заданиями:

— результаты самостоятельной работы студентов доступны в разделе личного кабинета Преподавателя «Задания»;
— выдать студентам самостоятельную работу можно на странице любого курса, который содержит задания.

Проводите со студентами промежуточную и итоговую аттестацию



Экзамены

Сервис «Экзамен» поможет вам просто и оперативно провести зачеты и экзамены в онлайне:

— назначайте экзамен из одной или двух частей: тестовой и заданий, требующих развернутого ответа;
— выбирайте только необходимые вам для контроля темы курса;
— по окончании экзамена получайте цифровую ведомость, которую можно выгрузить в Excel;
— назначайте пересдачу для студентов с плохими результатами или пропустивших экзамен.

Работа с экзаменами:

— результаты экзаменов доступны в разделе личного кабинета Преподавателя «Экзамены»;
— назначить студентам экзамен можно на странице любого курса, который подходит для экзамена.

Студенту

Работа с курсом на Образовательной платформе Юрайт

Добавляйтесь в группу к своему преподавателю



Мои преподаватели

Группы помогут вам полноценно изучать курсы, назначенные преподавателем, и пользоваться сервисами платформы:

— смотрите список своих преподавателей и курсы, которые они вам назначили;
— переходите в чат группы в социальных сетях при наличии в группе ссылки на него;
— делитесь быстро результатами тестов с преподавателем;
— выполняйте задания, выданные преподавателем;
— проходите экзамен, назначенный преподавателем.

Как добавиться в группу преподавателя:

— после регистрации и авторизации на платформе получите ссылку на группу от преподавателя и перейдите по ней;
— преподавателя можно добавить в разделе личного кабинета Студента «Преподаватели».

Проходите тесты



Тесты

Тесты в наших курсах помогут вам проверить знания по различным дисциплинам:

— проверяйте знания по конкретным темам или по всему курсу;
— после прохождения теста получайте индивидуальные рекомендации и сразу переходите к повторению нужных тем;
— платформа автоматически проверит ответы и пришлет вам результаты в личный кабинет;
— делитесь результатами тестов с преподавателем и с сокурсниками в соцсетях.

Работа с тестами:

— пройти тест можно на странице любого курса, который содержит тесты;
— результаты тестов доступны в разделе личного кабинета Студента «Тесты».

Выполняйте задания



Задания

Задания помогут развить навыки, востребованные на рынке труда:

— на платформе доступны различные типы заданий для формирования профессиональных навыков;
— выполняйте выданные преподавателем задания индивидуально или в команде с другими студентами и одногруппниками;
— общайтесь с преподавателем и отвечайте на вопросы во время выполнения задания с помощью прикрепления файлов и комментариев;
— получайте обратную связь и оценку знаний.

Работа с заданиями:

— вы можете получить самостоятельную работу от преподавателя на основе материалов любого курса, который содержит задания;
— результаты доступны в разделе личного кабинета Студента «Задания».

Проходите промежуточную и итоговую аттестации



Экзамены

Сервис «Экзамен» поможет вам просто и оперативно сдать зачеты и экзамены дистанционно:

— сдавайте экзамен в спокойной домашней обстановке;
— счетчик покажет, сколько осталось времени на экзамен;
— оставляйте ответы на платформе или прикрепляйте файлы.

Работа с экзаменами:

— о назначении экзамена вам придет уведомление с датой и временем на сайте и на почту;
— в назначенное время вы сможете начать проходить экзамен;
— ответьте на тестовую часть экзамена и прикрепите развернутый ответ на вторую часть экзамена в окошке на платформе;
— система автоматически проверит ваши ответы на первую часть экзамена;
— преподаватель проверит ответы второй части и выставит оценку за обе части;
— результаты экзаменов доступны в разделе личного кабинета Студента «Экзамены».

Оглавление

Вступление **5**

Глава 1. История изучения неврозов **9**

Глава 2. Концепция стресса Г. Селье и современное понятие о пограничных психических расстройствах **41**

Глава 3. Понятие о психической травме **56**

Глава 4. Неврозы как пограничные психические расстройства **67**

4.1. Неврастения 101
4.2. Истерический невроз 110
4.3. Невроз навязчивых состояний (обсессивный невроз, обсессивно-компульсивное расстройство) 121

Глава 5. Лечение неврозов **139**

5.1. Психотерапия 141
5.1.1. Суггестивная психотерапия 150
5.1.2. Психоанализ 157
5.1.3. Психодрама 163
5.1.4. Гештальт-терапия 165
5.1.5. Логотерапия Франкла 168
5.1.6. Арт-терапия 170
5.1.7. Когнитивная психотерапия 171
5.1.8. Позитивная психотерапия 174
5.1.9. Нейролингвистическое программирование 177
5.1.10. Телесно-ориентированная психотерапия 178
5.1.11. Клиент-центрированная психотерапия 180
5.1.12. Экзистенциальная психотерапия 183
5.1.13. Игротерапия 184
5.1.14. Семейная системная психотерапия 192
5.1.15. Патогенетическая рациональная психотерапия 197
5.1.16. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия 202
5.1.17. Перинатальная психотерапия 203
5.2. Психофармакотерапия 206
5.3. Комплексный метод лечения 248

Заключение **301**

Список литературы **312**

Новые издания по дисциплине «Клиническая психология» и смежным дисциплинам **330**

Вступление

Nemo me impune lacessit

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

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

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

Итак, неврозы (принято выделять несколько его форм) — заболевания, относящиеся к пограничным формам психических расстройств. Это всегда следствие внутри- и межличностных конфликтов, в отличие от неврозоподобных нарушений, внешне похожих на неврозы, но имеющих в большей степени непсихогенную природу. К факторам, способствующим развитию неврозов, относятся специфические особенности личности, включая инфантилизм, психопатические черты характера, крайние варианты нормальных характеров, невропатия, психофизическая ослабленность вследствие болезней, истощений, хронической

и острой психотравматизации, интоксикаций и т. п. Не случайно, что еще швейцарский психиатр Эйген Блёйлер (Eugen Bleuler) (1857—1939), автор термина «шизофрения», говоря о причине возникновения невроза, сказал: «Невроз — от превратностей судьбы!» [Э. Блейлер, 2001].

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

Определений невроза в современной литературе огромное количество. Однако более точного, патогенетически обоснованного определения, чем то, которое дал крупнейший отечественный исследователь проблемы неврозов В. Н. Мясищев в своем классическом труде «Личность и неврозы» (1960), пожалуй, не найти. Невроз, по В. Н. Мясищеву, — это «**...психогенное заболевание, в основе которого лежит неудачно, нерационально и непродуктивно разрешаемое личностью противоречие между нею и значимыми для нее сторонами действительности, вызывающее болезненно тягостные для нее переживания: неудачи в жизненной борьбе, неудовлетворение потребностей, недостигнутой цели, невознаградимой потери. Неумение найти рациональный и продуктивный выход влечет за собой психическую и физиологическую дезорганизацию личности**». Как подчеркивал В. Н. Мясищев, «...чаще всего невроз возникает на почве столкновения желаний личности и действительности, которая их не удовлетворяет».

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

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

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

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

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

Ю. А. Фесенко

Глава 1
ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ НЕВРОЗОВ

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

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

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

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

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

Рассматривая вклад Зигмунда Фрейда (1856—1939) в неврозологию, особенно на первом этапе исследования им истерического невроза, необходимо сказать о Йозефе Брейере (1842—1925), наставнике и близком друге З. Фрейда, основателе катартического метода психотерапии, невропатологе-практике, считавшемся самым популярным врачом в Австрии, и настолько блестящем диагносте, что его полагали божественным доктором, ясновидящим, психотерапевтом, добивающимся успеха в тех случаях, когда остальные доктора терпели неудачу. В лечении пациентов с истерией Брейер применял гипноз, нередко в присутствии Фрейда, с их совместном обсуждением того, что происходило во время терапии. Все это произвело на З. Фрейда глубочайшее впечатление и послужило тому, что Фрейд предложил Брейеру совместно написать книгу об истерии. З. Фрейд убеждал своего наставника и друга в том, что никто не выдвинул теорию приступов истерии, ее этиопатогенеза, что даже великий Шарко, как и все до него, давал лишь описание клиники этого невроза, что только они, Брейер и Фрейд, открыли роль подсознания как области, в которой и содержатся все механизмы истерии. Книга «Этюды по истерии» вышла в 1895 г. Она написана Фрейдом, но каждый постулат этого произведения многократно обсуждался с Брейером. Следует еще добавить, что З. Фрейд поставил на титуле фамилию соавтора первой, что характеризует его глубокое уважение к Й. Брейеру.

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

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

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

В. И. Гарбузов в своей книге «Неврозы и психотерапия» размышляет: «Многие работы Фрейда пронизаны идеей пансексуализма, и в этом, безусловно, есть свой смысл. Никто не будет отрицать огромную мощь и энергию врожденной, инстинктивной сексуальности как основы первостепенной биологической потребности всего живого в продолжении рода, великой эстафеты жизни. Но для рассмотрения проблемы неврозов лично для меня написанное Фрейдом о сексуальной природе неврозов — модель представления о неврозах и их этиопатогензе в целом. И когда Фрейд пишет: «Невротик застрял где-то в своем прошлом; теперь мы знаем, что это прошлое составляет период, когда его либидо не было лишено удовлетворения, когда он был счастлив» (1922, с. 155), то для меня это звучит так: «Невротик застрял где-то в своем прошлом... когда он был счастлив»... И для меня это указание: при неврозе человек как бы возвращается в свое детство, инфантилизируется, впадает в пуэрилизм, короче, невроз — регрессия личности... Мне неважно, какое именно удовлетворение имеет в виду Фрейд, а важна мысль о поиске невротиком в неврозе чего-то очень важного, недостающего ему в реальной жизни!» [В. И. Гарбузов, 2001].

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

З. Фрейд, хотя и не дал определения невроза, не успел указать на решающую роль психологической защиты в механизме формирования невротического расстройства, но блестяще описал «уловки» неосознаваемой сферы психики, обозначил проблему психологической защиты, устраняющей патогенное воздействие внутреннего конфликта.

Говоря о вкладе в неврозологию Альфреда Адлера (1870—1937), венского психиатра, психолога и психотерапевта, ученика и сотрудника З. Фрейда до 1913 г., необходимо остановиться на истории их взаимо-

отношений, ибо она является одной из ярчайших иллюстраций того, что всем людям «не чуждо всё человеческое», ибо в ней — вся сложность личности и ее системы отношений к себе, к другим и к жизни, без понимания которой невозможно понять и этиопатогенез неврозов. Ведь дело в том, что это история не только взаимоотношений Фрейда и Адлера, а и взаимоотношений трех титанов психологической науки и психотерапии — Фрейда, Адлера и Юнга.

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

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

и негативный, когда оно деструктивное. И в случае с деструктивным стремлением к превосходству, которое присуще лицам с низкой приспосабливаемостью, достижение превосходства осуществляется ими путем эгоцентризма и за счет других.

Адлер делил людей на четыре типа:

1) управляющий тип, к которому относил самоуверенных, напористых, эгоцентричных и антисоциальных;

2) берущий тип — эгоцентричных, малоактивных, стремящихся получить от жизни, от окружающих все, ничего не давая взамен;

3) избегающий тип — эгоцентричных, тревожных, малоактивных, склонных к бегству от всех жизненных проблем;

4) социально-полезный тип — мужественных, социально-ориентированных, стремящихся принести пользу людям.

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

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

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

у К. Юнга сознательное и бессознательное дополняют друг друга. Более того, оба они есть источник культуры.

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

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

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

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

1) *ощущения*, или
2) *интуицию*

и принимаем решения на основании:

1) *объективной логики*, или
2) *субъективных чувств*.

Юнг говорил, что в своей жизни люди используют все четыре перечисленные выше функции, но каждый отдельный человек использует различные функции с разным успехом и частотой. Таким образом, можно определить индивидуальный порядок предпочтения этих функций. Функция, которая используется чаще всего, называется доминирующей. Доминирующая функция поддерживается вспомогательной (второй) функцией, третьей функцией и подчиненной (четвертой) функцией. Карл Юнг утверждал, что люди могут иметь или «экстравертную», или «интровертную» доминирующую функцию. Доминирующая функция настолько важна, что задает тон остальным функциям и всему поведению человека в целом. Само слово «версус» в переводе с латинского означает «поворачивать», «направлять». Таким образом, термин «экстраверт» означает «направленный вовне», а «интроверт» — направленный внутрь (подразумевается, что на себя или внутрь себя). Кроме того, в каждом типе или большом классе личностей, относящихся к экстра- или интровертам, Юнг различал подклассы, соответствующие основным психическим функциям: мышлению, эмоциям, ощущениям и интуиции. При главенстве одной из перечисленных функций проявляются соответственно мыслительный, эмоциональный, сенсорный или интуитивный типы. Каждый из этих типов может быть экстравертированным или интровертированным. Юнг отмечал, что «каждый человек обладает обоими механизмами, экстраверсией и интроверсией, и только относительный перевес того или другого определяет тип» [Jung, 1984, с. 238].

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

К крайним интровертам подходит пословица: «В тихом омуте черти водятся». Они в большинстве молчаливы, труднодоступны, непонятны для окружающих. Их эмоции глубинны и иногда проявляются в изумляющих всех поступках героического характера, но о том, что они чувствуют в действительности, можно только догадываться. По словам Юнга, «они всегда стремятся к образу, которого в действительности нельзя найти, они скользят мимо цели объекта, который не подходит для их цели, они стремятся к внутренней интенсивности, для которой внешние объекты являются только возбудителями» [Jung, 1984, с. 247]. Наиболее распространенная форма их поведения — подчеркнутое равнодушие ко всему окружающему и негативные эмоциональные суждения.

Крайние экстраверты, наоборот, кажутся открытыми, общительными людьми. Это, как правило, душа общества, человек, который всегда в курсе всех событий, знает все последние новости. Вся их деятельность направлена на приспособление к окружающей среде любыми способами. Их оценки соответствуют традиционным и повсюду распространенным мерилам ценности. «Экстравертированное чувствова-

ние, — пишет Юнг, — насколько могло, освободилось от субъективного фактора и всецело подчинилось влиянию окружающего. Даже там, где оно кажется независимым, оно все-таки находится во власти традиционной или какой-либо имеющей общее значение оценки... Особенно ясно такая черта сказывается в выборе объекта любви: любят «подходящего» человека потому, что он по своему званию, возрасту, состоянию соответствует всем разумным требованиям... «Правильно» чувствовать можно только тогда, когда ничто другое не мешает эмоциям. Ничто, однако, так сильно не мешает чувствованию, как мышление. Отсюда совершенно понятно, что мышление у этого типа подавляется, насколько возможно... Это мышление инфантильно, архаично и негативно» [Jung, 1984, с. 241—243]. Наиболее ограниченные субъекты при всей своей «гибкости» не поспевают за быстро изменяющимися внешними условиями. Поэтому основы психики такой личности часто становятся в оппозицию к меняющимся обстоятельствам, и для стороннего наблюдателя их эмоции кажутся неестественными, преувеличенными. Слова звучат пусто и неубедительно, манеры вычурны и броски, или, наоборот, чересчур скованны и нарочито скромны. Все это особенно ярко проявляется, когда крайний экстраверт получает власть. Приобретенное чрезмерное влияние ведет к утрате чувства реальности и вместе с ним — остатков личностного характера эмоций. Поведение такого человека производит впечатление позы, легкомыслия, ненадежности и не может вызвать сочувствия и отклика у окружающих.

Подводя итог, отметим, что невроз, по Юнгу, представляет собой моральный кризис личности, вызванный скрытым и бессознательным комплексом: неразрешенными эгоистическими личными проблемами, застревании на эгоистическом восприятии жизни, ее смысла, при доминировании тенденций индивидуального бессознательного над коллективным бессознательным. В этом определении тоже звучат очень важные составляющие пути в невроз: эгоцентричность, личностный кризис, кризис смысла жизни.

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

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

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

55530

рение при максимальной безопасности», что обеспечивает ему снятие или уменьшение беспокойства и страха в рамках этих отношений [Г.-С. Салливан, 1953].

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

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

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

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

В 1920-х гг. XX в. немецкий невролог О. Бумке (Bumke), преемник Крепелина по Мюнхенской клинике, подойдя к вопросу установления общих точек зрения на неврозы, отмечал, как и Ф. Раймонд, что в неврозах исследователь имеет только клиническую картину, зависящую от разных причин. В свете нового учения того времени, учения о конституции, профессор говорил о реакции человека или личности больного на различные вредные обстоятельства, реакции, по форме и содержанию для каждого индивида особые, т. е. подчеркивал особую связь синдрома с конституцией и личностью. Бумке сделал, таким образом, вывод: никакого невроза как особой болезни нет, а есть лишь различные реакции того или иного организма.

П. И. Эмдин, касаясь классификации неврозов, настаивал на том, что смешивать термины «функциональное заболевание» и «невроз» неправильно. «Первое понятие очень обширно и охватывает множество форм, где неизвестна анатомическая картина и неясна патофизиология, например, функциональное заболевание сосудов, сердца или кишечника. В отношении нервной системы функциональные заболевания составляют еще большую главу, куда входят нерасшифрованные формы вегетопатии, эндокринопатий, мозговое утомление, неврозы и психогенные реакции. Таким образом, неврозы в современном понимании составляют один из видов функциональных заболеваний. Для невроза основными признаками являются: психогения как этиология, сложное построение ответных неадекватных реакций с вовлечением психических и соматических механизмов данной личности и фиксация этих реакций на длительный срок в форме приступов или непрерывного проявления при отсутствии уловимых анатомических и биологических отклонений. При таком понимании неврозов нет нужды заменять этот термин другим».

Призывая современников при постановке диагноза пользоваться формулой в виде дроби по Каннабиху, автор говорит о пяти основополагающих моментах, «...которые должны лежать в основе трактовки неврозов и реакций:

1) психогения как этиология;
2) круг личности, как конституциональная база (характер);
3) патопсихология процесса;
4) патофизиология процесса;
5) социальная тяжесть болезни» [П. И. Эдмин, 1934].

В середине 1930-х гг. В. Н. Мясищев в своей статье «О патогенезе и структуре психоневрозов» рассматривал эту патологию как болезненное нервно-психическое состояние, возникающее вследствие противоречий между личностью и окружающей ее действительностью. Это противоречие, считал Мясищев, создает значительное аффективное напряжение личности, продуктивно, рационально не перерабатываемое, что ведет к развитию болезненных функциональных нарушений.

Суть конфликта — в противоречии между возможностями, средствами личности и требованиями действительности, что обусловлено многими причинами.

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

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

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

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

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

Заканчивая свои размышления, В. Н. Мясищев говорит о самых важных, по его мнению, факторах понимания невроза: знание истории развития психоневроза, истории заболевания личности, а также тщательный анализ жизни индивида. «В истории развития психоневроза можно

выделить ряд стадий, так как с этим связаны тяжесть случая, способы и перспективы его лечения. Сюда относятся: фаза компенсированного напряжения — период возникновения и нарастания противоречий, когда начинает уже сказываться функциональная дезорганизация личности, фаза декомпенсации и выраженного невроза, характеризующаяся выключением личности из общего хода жизни и борьбы ее с болезненными явлениями. При дальнейшем развитии болезни наступает фаза фиктивной компенсации, характеризуемая стремлением больного приспособить окружающее к своему болезненному состоянию. Последний терминальный период болезни — фаза запустения — характеризуется устойчивым нарушением личности и резким сужением круга отношений со средой, влекущим за собой значительное оскуднение личности» [В. Н. Мясищев, 1935].

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

1) сильный, но неуравновешенный, со слабым торможением (имеется в виду внутреннее, активное торможение) по отношению к раздражительному процессу;

2) сильный, уравновешенный и подвижный — самый совершенный тип;

3) сильный, уравновешенный и инертный, т. е. со слабой подвижностью нервных процессов;

4) слабый тип, когда оба основных процесса ослаблены в одинаковой или разной степени, имеющий много вариаций проявления.

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

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

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

жительный процесс приобретает особую стойкость, патологическую инертность» [Б. Н. Бирман, 1939].

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

- художественный тип — люди, пользующиеся первой сигнальной системой (конкретное мышление, непосредственно обращенное к реальной действительности) и тесно с ней связанной подкоркой (безусловные рефлексы, инстинкты, влечения, эмоции);
- мыслительный тип — работает больше второй сигнальной системой (отвлечение от действительности, когда допускаются обобщения, что и представляет собой наше лишнее, специально человеческое высшее мышление). Это редко встречающийся тип, еще реже встречаются люди с ярко выраженными проявлениями этого типа (например, Леонардо да Винчи);
- средний тип — сигнальные системы у таких людей не достигают большого развития, но более или менее уравновешены.

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

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

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

В основе симптома навязчивости лежит патологическая инертность раздражительного процесса вследствие либо перенапряжения раздражительного процесса, либо столкновения противоположных процессов: «Как ненормальное развитие, так и временное обострение одной

или другой из наших эмоций (инстинктов), так же, как и болезненное состояние какого-нибудь внутреннего органа или целой системы, могут посылать в соответствующие корковые клетки... беспрестанное или чрезмерное раздражение и таким образом произвести в них, наконец, патологическую инертность — неотступное представление и ощущение, когда потом настоящая причина уже перестала действовать. То же самое могли сделать и какие-нибудь сильные и потрясающие жизненные впечатления» (И. П. Павлов, цит. по: *Бирман Б. Н.*, 1939).

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

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

Б. Н. Бирман не отрицал ценности методов психотерапии, базирующихся на психоаналитической теории З. Фрейда и индивидуальной психологии А. Адлера. Однако субъективно-психологическое основание указанных подходов он считал необходимым дополнить объективным изучением неврозов как особой формы поведения, так как рассматривал невроз именно как качественно своеобразную форму поведения, которая заключается в том, что за определенной поставленной жизнью задачей следует не «высшая поведенческая реакция», а «низшая, биологическая», т. е. задача решается на более низкой ступени, чем она ставится. Ведущую роль в формировании своеобразного стиля поведения, присущего больному неврозом, Б. Н. Бирман приписывал особой целевой социорефлекторной установке, которая характеризуется доминированием эгоцентрических реакций и заторможенностью (по механизму отрицательной индукции) социально-продуктивных и коллективистских реакций. Социорефлекторная установка обуславливает и внешние, и внутренние конфликты личности, и она же фиксирует невротические симптомы, вводя их в систему невротического поведения. Главным фактором возникновения невроза Б. Н. Бирман считал расстройство социальных связей, или «поражение социальных рефлексов», и в качестве этиологической терапии предлагал так называемую социорефлексотерапию.

Делая окончательный вывод из проведенного собственного исследования, ученый замечает: «...конечно, физиологическая трактовка неврозов является односторонней и не исчерпывает всей проблемы неврозов в целом, так как она не касается этиологической сущности и психосоциального содержания неврозов. Но в вопросе динамики симп-

томообразования учение Павлова дает возможность заменить совершенно субъективные, подчас явно выдуманные конструкции, физиологическими механизмами на основе экспериментальных данных, и этим наносится сокрушительный удар всяким идеалистическим и метапсихологическим построениям в нашей области, т. е. области психоневрозов и психотерапии... поэтому... сближение лаборатории академика Павлова с клиникой неврозов есть событие величайшего научного значения и является действительно новым этапом в развитии учения о неврозах, их классификации и лечения» [Б. Н. Бирман, 1939].

В своей работе «Неврозы» (1949) В. А. Горовой-Шалтан, соглашаясь с мнением, что пониманию сущности неврозов способствовало учение И. П. Павлова о высшей нервной деятельности, говорит о том, что термины «невроз» и «психоневроз» являются синонимами, обозначающими функциональные заболевания нервной системы, не обусловленные, в отличие от органических заболеваний, деструктивными анатомическими изменениями. Автор, изучая медицинские документы действующей армии во время Великой Отечественной войны, сгруппировал различные формы неврозов так:

1) неврастения (неврозы истощения и те астенические состояния, которые не были обусловлены инфекционными, токсическими, сосудистыми или иными органическими заболеваниями мозга);

2) психастения (неврозы, характеризующиеся навязчивыми состояниями и проявлениями тревожной мнительности);

3) истерия (все варианты истерических нарушений, включая и так называемые истериотравматические расстройства);

4) прочие реактивные неврозы (их нередко описывали под названием эмоциональных неврозов, неврозов испуга или острых психогенно-реактивных состояний). При этом было отмечено, что «...из группы неврозов выделялось все больше заболеваний, в развитии которых были установлены анатомо-физиологические нарушения и таким образом определялась травматическая, инфекционная или токсическая их этиология. Такие заболевания, как тетания, торсионный спазм или эпилепсия, ранее относимые в группу функциональных заболеваний, давно уже не считаются неврозами».

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

социальными факторами отрицательного характера...» [В. А. Горовой-Шалтан, 1949].

В эти же годы профессор В. К. Хорошко, уже цитировавшийся выше, в своем исследовании «Учение о неврозах» выдвигает три основополагающих тезиса:

1) невроз — заболевание всего организма;

2) анамнез — основа диагноза невроза;

3) невроз обратим.

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

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

Неврозы — заболевания обратимые. Правда, эти заболевания могут быть очень упорными и длиться иногда много лет. Иногда неврозы труднообратимы у больных, которые утратили трудоспособность и не могут восстановить ее вследствие чрезвычайно большой нагрузки. Профессор Ганнушкин... определял это состояние как «нажитую инвалидность» [В. К. Хорошко, 1943].

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

В. Н. Мясищев, соглашаясь с Г. Е. Сухаревой (1959) в том, что в этиологии психогенных заболеваний особенно велика роль внутренних условий, главным образом, индивидуальных особенностей личности,

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

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

У истоков теории психологии отношений В. Н. Мясищева лежат идеи А. Ф. Лазурского о классификации личности (эндопсихика и экзопсихика) согласно типам ее отношений к окружающей действительности: личность, психика и сознание человека в каждый данный момент представляют единство отражения объективной действительности и отношения человека к ней [А. Ф. Лазурский, 2000]. Сложнейшие и наиболее динамические отношения человека к окружающему миру выражаются в его психической деятельности, поэтому изучение соотношения человека с окружающей действительностью должно носить форму объективного психологического исследования. В соотношении с окружающим человек, в отличие от животных, выступает в роли субъекта-деятеля, сознательно преобразующего действительность. Изучение человека в его соотношении с окружающим выявляет эти особые качества и позволяет при объективном изучении человека раскрыть его внутренний мир. Психология, отношения человека в развитом виде выступают как целостная система индивидуальных, избирательных, сознательных связей личности с различными сторонами объективной действительности: с явлениями природы и миром вещей; с людьми и обществом, явлениями; личности с самой собой как субъектом деятельности. Система отношений определяется всей историей развития человека, она выражает его личный опыт и внутренне определяет его действия, переживания.

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

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

Автор, опасаясь создать непреодолимые трудности при решении вопроса, что в этиологии и патогенезе нервных болезней нервное (или психическое) и что не нервное, а соматическое, указывает на то, что границы между нервно-психическими и внутренними заболеваниями становятся все менее и менее ясными. «Вместе с тем, все яснее становится другое, что новые и более тонкие связи органов можно познать только в патологических условиях (И. П. Павлов), руководствуясь при этом идеей «беспредельного приспособления» как основного закона жизни». И продолжает: «Тезис И. М. Сеченова ... согласно которому проблема высшей нервной деятельности рассматривается как трехфазный рефлекс: при этом началом рефлекса считается чувственное раздражение, продолжением его — головной мозг (анализ и синтез), а заключительной фазой — мышечную деятельность... являющуюся ключом к познанию психической деятельности, может и должна быть

перенесена на все формы рефлекторной приспособительной деятельности. Но этот тезис одновременно выносит самую функцию или изменение этой функции за пределы нервной системы как морфологического понятия... Другими словами, окончательный эффект действия рефлексов (безусловных, инстинктивных, условных) будет находиться в функциональных системах и органах тела, большей частью не относящихся к собственно нервной системе. Не менее прочны, столь же реальны обратные связи исполнительных органов тела, соматики с нервной системой, с психикой. Это касается и классических нервных или психических заболеваний, фактически всегда имеющих тот или иной, патогенетически нередко решающий висцеральный компонент. Этот компонент часто оказывается исходным, порождающим не только первую фазу чувственного раздражения (по И. М. Сеченову), но и стойкие, например, психические расстройства» [И. В. Давыдовский, 1962].

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

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

А. М. Свядощ в своей книге «Неврозы и их лечение» (1971) писал: «В настоящее время в понятие “невроз” разными авторами вкладывается различное содержание... Неврозами обозначались “заболевания нервной системы с неизвестной патологоанатомической основой”, т. е. “без органических поражений, открываемых современными методами”... Такое определение неврозов, основанное лишь на негативном признаке, зависящем к тому же от уровня развития техники исследования, является недостаточным; по меткому определению Axenfeld и Huchard, это “незнание, возведенное в степень нозологической формы”... Некоторые авторы... пользовались термином “невроз” как широким общепатологическим понятием... “это начало всякого заболевания, какова бы ни была его причина”... В таком понимании этот термин является синонимом функционального и неприменим для обозначения нозологической группы... Ряд авторов, исходя из взглядов И. П. Павлова, под термином “невроз” понимает те состояния патологически измененной высшей нервной деятельности, которые произошли

вследствие перенапряжения или самих нервных процессов, или их подвижности. Перенапряжение нервных процессов может быть вызвано различными причинами... Поэтому термин “невроз”, рассматриваемый с такой точки зрения, становится широким патогенетическим понятием и также не применим для обозначения нозологической формы, выделенной на основе этиологического критерия... Некоторые клиницисты относят к неврозам все функциональные нарушения нервной деятельности как психогенной, так и соматогенной этиологии, не сопровождающиеся грубыми психическими нарушениями... Неврозы в таком понимании перестают быть нозологической группой и превращаются в этиологически разнородную группу, объединяемую по симптоматологическому признаку... Ряд авторов (Т. И. Юдин, В. Н. Мясищев, Е. А. Попов, О. В. Кербиков, А. В. Снежневский, А. А. Портнов, Д. Д. Федотов, Д. С. Озерецковский, С. Н. Доценко и Б. А. Первомайский) предлагают пользоваться термином “невроз” лишь для обозначения заболеваний, вызванных действием психической травмы, и относить их, таким образом, к психогенным заболеваниям, или психогениям. Последние делятся на две подгруппы: неврозы и психогенные или реактивные психозы. Граница между этими двумя подгруппами является условной» [А. М. Свядощ, 1971].

Известный московский психиатр, посвятивший себя детской психоневрологии, В. В. Ковалев в своем руководстве для врачей (1979), ставшем настольной книгой уже нескольких поколений детских психиатров, в разделе «Психогенные заболевания (реактивные психозы и «общие» неврозы)» пишет об игнорировании роли социальных факторов и индивидуального сознания западными специалистами, занимающимися проблемой неврозов. Это происходит, по мнению В. В. Ковалева, из-за особого влияния психоанализа З. Фрейда, особой популярности фрейдистской теории развития детской сексуальности (пан-сексуализм): «...неудовлетворенная или подавленная вследствие социальных (например, воспитательных) влияний на различные стадии развития («оральной», «анальной», «генитальной»), сексуальность ребенка вместе со свойственным ей зарядом «психической энергии» либо «сублимируется», т. е. проявляется в более высоких формах социально приемлемой деятельности (включая научное творчество, искусство, общественную деятельность и т. д.), либо рано или поздно становится источником тех или иных невротических расстройств. Последние при этом представляют как бы символические проявления неотреагированной психической энергии «вытесненных» сексуальных влечений... В отличие от Фрейда, представители неофрейдизма (K. Horney, E. Fromm, H. Sullivan и другие авторы, цит. по: *Морозов В. М.*, 1961) объясняют возникновение невротических расстройств не патогенным влиянием вытесненного сексуального влечения, а конфликтом между культурой общества, нравственным самосознанием и имманентными внутренними психическими силами, именуемыми реальным внутренним Я (K. Horney), компульсивным динамизмом (H. Sullivan) и т. д.,

в основе которых лежат также инстинкты. При этом особая психотравмирующая роль в происхождении неврозов у детей (а впоследствии и у взрослых) придается нарушениям взаимоотношений матери и ребенка в первые месяцы и годы жизни, а также неправильным способам привития ребенку навыков опрятности, в чем явно звучит влияние теории Фрейда о развитии детской сексуальности» [В. В. Ковалев, 1979].

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

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

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

В. И. Гарбузов, ученик С. С. Мнухина и В. Н. Мясищева, в своих многочисленных книгах по неврозологии, психотерапии, воспитанию детей стал первым исследователем, который рассматривал индивидуальность человека, начиная с ее фундаментальных истоков — инстинктов свободы, агрессивности, доминирования, самосохранения, продолжения рода, сохранения достоинства, альтруизма, и до вершины психики — мировоззрения. Инстинкты самосохранения и продолжения рода — базовые, обеспечивающие физическое выживание особи и вида. Исследовательский инстинкт и инстинкт свободы обеспечивает первичную специализацию человека. Инстинкты доминирования и сохранения достоинства обеспечивают самоутверждение, самосохранение человека в психосоциальном плане. Все вместе эти инстинкты обеспечивают адаптацию человека в реальной жизни. Инстинкт альтруизма социализирует эгоцентрическую сущность всех остальных инстинктов.

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

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

Концепция В. И. Гарбузова перекликается с идеей связи невротической диспозиции и невротических расстройств А. Адлера, одного из предшественников неофрейдизма, о взглядах которого на неврозы мы уже говорили: «То, что называют предрасположенностью к неврозу,

уже есть невроз, и только в актуальных случаях, когда внутренняя необходимость вынуждает прибегнуть к усиленным уловкам, как доказательство болезни возникают более выраженные соответствующие невротические симптомы. Они могут быть скрыты, пока пациент находится в благоприятной ситуации, пока не встает вопрос о правильности его развития, о его чувстве общности. Это доказательство болезни, и все соответствующие аранжировки необходимы, прежде всего, для того, чтобы, во-первых, служить оправданием, если жизнь отказывает в желанном триумфе; во-вторых, чтобы тем самым получить возможность уклониться от решения; в-третьих, чтобы иметь возможность выставить в ярком свете какие-нибудь достигнутые цели, поскольку они были достигнуты, несмотря на недуг» [А. Адлер, 1995].

Еще один из известных детских психотерапевтов, работавший многие годы в городском отделении неврозов, возглавляемом В. И. Гарбузовым, А. И. Захаров в своих многочисленных книгах о детской невротичности, подчеркивая, что неврозы у детей и подростков — самый распространенный вид нервно-психической патологии, также говорит о том, что неврозы как психогенные заболевания формирующейся личности в аффективно-заостренной форме отражают многие проблемы человеческих отношений, прежде всего, понимания и общения между людьми, поиска своего «я», оптимальных путей самовыражения, самоутверждения, признания и любви. «Первоначально неврозы представляют эмоциональное расстройство, возникающее преимущественно в условиях нарушенных отношений в семье, прежде всего с матерью, которая обычно является наиболее близким для ребенка лицом в первые годы его жизни. Не меньшую патогенную роль в последующие годы играют отношения с отцом, если он не способен своевременно разрешить личностные проблемы развития своих детей. Оба родителя испытывают много личных проблем, нередко сами больны неврозом и придерживаются догматически воспринятых или исходящих из прошлого травмирующего опыта взглядов на воспитание без учета индивидуального своеобразия и возрастных потребностей детей. Все это дает основание рассматривать невротическое, психогенное по своему происхождению заболевание ребенка как своего рода клинико-психологическое отражение личностных проблем родителей, начинающихся нередко еще в прародительской семье. Неврозы — это своеобразный клинико-психологический феномен, формирующийся на протяжении жизни трех поколений — прародителей, родителей и детей» [А. И. Захаров, 1988].

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

В. Д. Менделевич, обращаясь к концепции неврозов В. Н. Мясищева, пишет: «Определение невротических расстройств традиционно строится на двух принципах: позитивной или негативной диагностике. В рамках первой распознавание невротических расстройств базируется на выявлении специфичных клинических проявлений (симптомов и синдромов) и психогенном механизме формирования. По мнению В. Н. Мясищева, к основополагающим диагностическим критериям неврозов следует относить:

1) зависимость возникновения и течения (динамики) невроза с психогенной ситуацией;

2) связь психогении с личностью больного, с неспособностью пациента в конкретных условиях разрешить конфликтную ситуацию;

3) содержательную связь между характером психотравмы и клиническими проявлениями невроза и патологической фиксацией на фрустрации и переживаниях, связанных с ней.

В рамках второй диагностической парадигмы упор делается на факте отсутствия в клинической картине психических нарушений иного уровня, чаще всего указывается на значимость непсихотического уровня реагирования, а также исключения неврозоподобных или псевдоневротических расстройств органического, соматического или шизофренического генеза.

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

Автор высказывает в этой связи свои сомнения по поводу терминологии, говоря о том, что нет четкого и однозначного определения понятия «расстройство». Так, в МКБ-10 понятие «расстройства» включает в себя «клинически определенную группу симптомов или поведенческих признаков, которые в большинстве случаев причиняют страдание и препятствуют личностному функционированию» с уточнением, что «изолированные социальные отклонения или конфликты без личностной дисфункции не должны включаться в группу психических расстройств». Все это затрудняет дифференциацию невротических симптомов от психологических феноменов (переживаний), которые также связаны со стрессом, т. е. являются конфликтогенными, также затраги-

вают особо значимые стороны отношений человека с миром и не включают психотических нарушений.

Соглашаясь с тем, что для диагностики невротических расстройств недостаточно наличия лишь психопатологических непсихотических симптомов и синдромов, также как и дезадаптации, внутри- и межличностного конфликтов, В. Д. Менделевич считает обязательным наличие соматической (вегетативной) составляющей этих нарушений, демонстрирующей переход с психологического уровня реагирования, располагающегося в границах нормативного психического поведения, на более глубокий — психосоматический, ссылаясь в доказательство своего мнения на А. М. Вейна (1982), который, «...наряду со значимостью для диагностики неврозов психогенного фактора, личностных особенностей, недостаточности психологической защиты и формированием невротического конфликта, выделил специфические клинические проявления, отнеся к ним не только нарушения в эмоциональной, но и в вегетативной и соматической сферах» [А. М. Вейн, М. Г. Айрапетянц, 1982]. В. Д. Менделевич считает, что такой подход «...создает базу для дифференциации невротических расстройств со сходными психологическими феноменами (переживаниями), так как фактически переводит проблему психологическую в психовегетативную и психосоматическую, демонстрируя медицинскую составляющую данного вида патологии».

Далее, размышляя о разграничении неврозов с другими расстройствами личности, Менделевич пишет: «Значимой для диагностики и дифференциальной диагностики невротических расстройств считается проблема взаимосвязи, взаимозависимости или альтернативности невроза и невротического характера (стиля поведения, психопатии в старом понимании). Большинство исследователей разделяют точку зрения о том, что «любой невроз — характерологичен» [D. Shapiro, 1989], что «действительный источник этих психических расстройств лежит в нарушениях в области характера, что эти симптомы являются манифестным результатом конфликтующих характерологических черт и что без раскрытия и выявления структуры невротического характера невозможно вылечить невроз» [К. 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 (1980), рассматривая взаимоотношения особенностей характера (в норме и при патологических формах) и неврозов, пишет: «Если в прошлом весьма распространенной была точка зрения, что «поставщиками» неврозов, как правило, являются психопаты, а основные формы неврозов представляют собой декомпенсации соответствующих им типов психопатий (истерия — истероидная психопатия, неврастения — астеническая психопатия, невроз навязчивых

состояний — психопатия психастенического круга), то в настоящее время в отечественной психиатрии прочно утвердилось представление, что неврозы могут возникать у лиц, и не страдающих психопатиями, а также без сколько-нибудь выраженных психопатических черт характера. Если идти по пути сближения психогенных декомпенсаций психопатий с неврозами в узком смысле слова [Н. И. Фелинская, 1976 и др.], то естественно, в случаях психопатий невроз выступает как рецидивирующее заболевание, так как психогенные срывы могут возникать в обычных жизненных условиях, становясь как бы 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» [В. Д. Менделевич, 1990].

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

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

Доминировавшее представление о неврозах как о функциональных психогенных заболеваниях, при которых в мозговых структурах отсутствуют какие-то морфологические изменения, в последние годы подвергалось существенному пересмотру. На субмикроскопическом уровне выделены церебральные изменения, сопутствующие изменениям высшей нервной деятельности при неврозах: дезинтеграция и деструк-

ция мембранного шипикового аппарата, уменьшение числа рибосом, расширение цистерн эндоплазматического ретикулума [А. А. Манина, 1976; М. М. Хананашвили, 1978], Отмечены проявления, свидетельствующие о нарушении метаболизма кортикальных синаптосом, дегенерации отдельных клеток гиппокампа при экспериментальном неврозе [Н. Н. Александровская, А. В. Кольцова, 1975], сосудистые и глионевральные нарушения, свидетельствующие о гипоксии. Субмикроскопические изменения в корковом представительстве анализаторов при информационном неврозе у собак проявляются в гиперсинапсии, дегенерации нервных окончаний, отмечается повышение концентрации синаптических везикул у пресинаптических мембран, а размер их увеличивается [М. М. Хананашвили, 1978]. Субсинаптические мембраны утрачивают свою форму и приобретают гомогенный вид. Нейроны, сохраняющиеся в мозговой ткани после гибели других вследствие экспериментальных воздействий, отличаются более высоким содержанием ферментов и нуклеиновых кислот и могут рассматриваться как клетки энергетически высокозаряженные [Н. Е. Ярыгин, В. Н. Ярыгин, 1973]. Общими ультрамикроскопическими проявлениями адаптационных процессов в нейронах мозга считаются увеличение массы ядерного аппарата, гиперплазия митохондрий, интенсивное нарастание числа рибосом, гиперплазия различных мембранных структур.

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

Биологическая организация систем саморегуляции организма такова, что они носят адаптивный характер. Если первоначальное состояние системы не является предпочтительным, то она будет далее действовать таким образом, чтобы, в конце концов, достигнуть какого-то предпочтительного состояния. Это и происходит в патологическом синдроме» [Ю. А. Александровский, 2000].

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

Если говорить о различных теориях неврозов, то, кроме психоаналитических, многократно описанных различными авторами, например, Отто Фенихелем (в его обширном труде) [О. Фенихель, 2004], можно назвать несколько таких теорий, оригинальных и неординарных.

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

Несомненно, что на развитие теории Свядоща оказали влияние работа К. Юнга «Психологические типы», идеи которой позже развили создатель соционики А. Аугустинавичуте (1970-е) и А. Кемпински в своих работах об информационном метаболизме (процессе восприятия, селекции и обработки психикой сведений об окружающем мире и протекающих в нем процессах), который был положен в основу соционики — учения о восприятии человеком информации об окружающей реальности, информационном взаимодействии между людьми и психологической совместимости, учитывающей такие понятия, как социотип и психотип [А. Кемпински, 1973; А. Аугустинавичюте, 2007]. А. Кемпински, к слову, описывал четыре вида страха: биологический, общественный, моральный и дезинтеграционный. Биологический страх связан с угрозой собственной жизни или жизни вида. Общественный страх возникает в случае нарушения контактов в социальной сфере. Моральный страх возникает, когда индивид не принимает в качестве ориентиров для собственного поведения нормы, предлагаемые окружающими. Дезинтеграционный страх появляется при каждом изменении структуры информационного метаболизма.

Единственная женщина-психолог, чье имя значится в ряду основателей психологической теории личности, ставшая первой женщиной в Германии, которая получила разрешение изучать медицину, о которой мы уже говорили, Карен Хорни (1885—1952) известна не только как яркая представительница неофрейдизма, но и как автор собственной оригинальной конструктивной теории неврозов. Указывая на то, что З. Фрейд очень близко подошел к формулировке понятия структуры характера невротика, Хорни считала, что генетический подход не позволил ему дать точную формулировку. Автор собственной теории сетовала на то, что серьезные работы последователей Фрейда (Ф. Александера, О. Ранка, В. Райха, Г. Шульц-Хенке) рассогласованы относительно точной природы и динамики структуры характера невротика.

Размышляя о роли культурных факторов, которым Фрейд не придал никакого значения, К. Хорни приходит к выводу, что неврозы порождаются культурными факторами или, более точно, что неврозы возникают из-за расстройств в человеческих отношениях. Она пишет: «Я остановилась на этих четырех способах решения конфликта частично от того, что они, как можно заметить, регулярно наблюдаются во всех неврозах, хотя и в разной степени, и частично потому, что они порождают резкие изменения личности... Так развивалась теория невроза, чей динамический центр образует базисный конфликт между аттитюдами «движение к людям», «движение против» и «движение от людей». Из-за своего страха быть расколотым на части, с одной стороны, и необходимостью функционировать в качестве единой личности — с другой, невротик делает отчаянные попытки разрешить этот конфликт. Пока он способен создавать какое-то подобие искусственного равновесия, постоянно возникают новые конфликты и постоянно требуются все более новые средства для их нейтрализации. Каждый шаг в этой борьбе за единство личности делает невротика более враждебным, более беспомощным, более нерешительным, более отчужденным от самого себя и других, а ее результатом становится то, что препятствия, ответственные за конфликт, становятся еще более непреодолимыми, а их реальное устранение — все более недостижимым. Наконец, он теряет всякую надежду и может попытаться восстановить свою целостность с помощью садистских действий, которые, в свою очередь, увеличивают его беспомощность и порождают новые конфликты.

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

Необходимо сказать и о ноогенной теории неврозов Виктора Франкла [Л. Я. Гозман, Д. А. Леонтьев, 1990]. Профессор В. Д. Менделевич, директор Института исследований проблем психического здоровья, описывая суть этой теории, заключает: «Основой неврозогенеза в соответствии с представлениями В. Франкла является не психогения, а экзистенциальная фрустрация (вакуум), когда человек в силу разнообразных причин утрачивает «смысл жизни», когда блокируется его стремление к отысканию конкретного смысла в личном существовании (воля к смыслу). Автор назвал данную разновидность неврозов ноогенной (от греческого «*ноос*», означающего разум, дух, смысл). Ноогенные неврозы возникают не из конфликтов между влечениями и сознанием, а из конфликтов между различными ценностями (моральные конфликты), из духовных проблем и, в первую очередь, из-за утраты осмысленности существования.

Ноогенная теория неврозов расходится с психоаналитической в том, что не ограничивается и не замыкается на инстинктивной деятельности человека и его бессознательных процессах, а анализирует духовные реальности. Она фокусируется на потенциальном смысле существования, на осознании человеком, к чему он действительно стремится «в глубине души», на актуализации ценностей. Для определения ноогенного неврозогенеза В. Франкл нередко использовал высказывание Ницше о том, что «тот, у кого есть, для чего жить, может выдержать почти любое «как». Наиболее известные западные теории и концепции неврозогенеза не всегда четко разделяют собственно невротические расстройства и характерологические девиации, способствующие невротическому симптомообразованию. Понятие «невротик» нередко используется этими авторами не в медицинском (нозологическом) смысле и смешивается с понятиями отклоняющегося поведения, что нельзя признать справедливым. Значимость же перечисленных теорий состоит в том, что становление невротических симптомов рассматривается в неразрывной связи с личностно-характерологическим (индивидуально-типологическим) преморбидом пациента. Каждая из концепций претендует на описание типичных черт человека, которого она вправе обозначить «потенциальным невротиком» [В. Д. Менделевич, 2005].

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

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

Авторы исследования проследили динамику заболеваемости неврозами и непсихотическими расстройствами за длительный период времени и сопоставили полученные результаты с солнечным циклом. Полученные ими данные свидетельствовали о том, что «среднегодовые показатели заболеваемости неврозами и непсихотическими расстройствами динамически изменялись, нарастая в годы периода спада солнечной активности (СА) и достигали наибольших величин в годы минимума СА. В период роста СА показатели заболеваемости снижались, достигая наименьших величин в годы максимума СА». Заключая, В. Н. Цыганков замечает: «На основании полученных нами данных можно сделать вывод о наличии связи между ростом заболеваемости неврозами и непсихотическими расстройствами с преобладанием поражений правого полушария (что может быть свидетельством повышения его функциональной активности) в период спада СА» [В. Н. Цыганков и др., 2005].

Комментарии здесь вряд ли нужны.

Глава 2
КОНЦЕПЦИЯ СТРЕССА Г. СЕЛЬЕ И СОВРЕМЕННОЕ ПОНЯТИЕ О ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Понятие стресса, без сомнения, относится к одной из базовых научных категорий, которая имеет огромное значение в целом ряде дисциплин: физиологии, биологии, медицине, психологии, демографии, юриспруденции, менеджменте и других. Еще 150 лет назад известный немецкий врач и патологоанатом Рудольф Вирхов (1843—1901) разработал теорию целлюлярной патологии, согласно которой всякое заболевание представляет собой сумму нарушений на клеточном уровне, имеющих определенную локализацию и причинно-следственную цепочку последовательных изменений. Именно под влиянием Вирхова (труд «Целлюлярная патология, основанная на физиологическом и патологическом учении о тканях», 1858) клеточное учение проникло в медицину и стало основной теоретической базой для понимания болезненных явлений, и именно он впервые обратил внимание на социальную природу многих распространенных заболеваний.

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

Ставшая одной из самых интересных, значимых, но малоисследованных, теория гомеостаза получила развитие в работах многих исследователей, среди которых выделяется американский физиолог и психофизиолог, доктор медицины Уолтон Кеннон (W. Cannon) (1871—1945), показавший решающую роль вегетативной нервной системы и гормо-

нальной регуляции в формировании приспособительного поведения. Именно Кеннон (работа «Organizatin for Psychological homestasis», 1929) ввел понятие «*гомеостаз*» (от греч. «hómoios hómoios»: *hómoios — подобный, одинаковый* и *stásis — неподвижность, состояние* — относительное динамическое постоянство состава и свойств внутренней среды и устойчивость основных физиологических функций организма) на основании переработанной им концепции эмоций по Джеймсу-Ланге [W.-D. Cannon, 1927]. Было показано, что при эмоциональном возбуждении происходит выброс адреналина, который обеспечивает готовность организма к активным действиям. У. Кеннон выявил непосредственную связь между гуморальными механизмами энергетической мобилизации и возникновением эмоциональных реакций, определяющих целостный паттерн реагирования живого существа на изменение или осложнение ситуации.

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

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

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

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

«Многие заболевания, подобно музыкальным аккордам, связаны с одновременным действием двух или более агентов» [Г. Селье, 1972, с. 64]. Это положение концепции стресса Г. Селье о значении подготавливающих, или по терминологии Селье, ***сенсибилизирующих, обусловливающих факторов*** в развитии стресса, находит сегодня отражение в психоневрологии. В роли сенсибилизатора при развитии часто встречающихся пограничных психических расстройств детского возраста (заикание и другие нарушения речи, синдром дефицита внимания с гиперактивностью — СДВГ, тики, энурез, неврозы), может выступать ***минимальная дисфункция мозга (МДМ)***. В трактовке практического врача под минимальной или легкой дисфункцией мозга подразумеваются «легкие повреждения мозга без резко выраженных нарушений моторики и интеллекта, с четкой психопатологической картиной» [З. Тржесоглава, 1986].

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

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

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

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

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

Каждый человек имеет от природы какие-либо духовные или психологические потребности. Иначе говоря, каждый человек желает каким-либо образом самореализоваться. Если самореализоваться не получается, то человек испытывает в лучшем случае раздражение и беспокойство, а в худшем ему не хочется жить. В. И. Гарбузов, как уже говорилось, называет это «чувствром неудовлетворенности», считая

это тягостное ощущение одной из основных причин невротического развития.

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

Ю. А. Александровский, говоря о социально-стрессовых расстройствах (ССР), определяемых складывающейся психогенно-актуальной для большого числа людей социально-экономической и политической ситуацией, отмечает, что динамика этих расстройств схожа с развитием всех стадий адаптационно-защитных реакций организма, вызванных воздействием не только физической, но и психической травмы. «В классической формулировке Г. Селье, как известно, подчеркивается, что стрессовое состояние проявляется специфическим синдромом, который отражает «неспецифически вызванные изменения в биологической системе». В соответствии с этим при ССР, как и при большинстве психогенных расстройств, можно говорить о специфике неврозогенеза и соответствующих психических нарушений только в том смысле, что они проявляются в виде неспецифических симптомов и синдромов невротического уровня. При этом наблюдается три последовательно включающихся этапа.

Во-первых, этап реакции тревоги, продолжающей противошоковую попытку приспособиться к изменившимся макросоциальным (социогенным) условиям. Во-вторых, этап относительного приспособления к жизни в изменившихся условиях (этап резистентности). В-третьих, этап истощения, сменяющий в условиях продолжающейся психогении состояние «напряженного резистентного покоя». Первый этап формирует у многих людей активное противостояние изменившимся условиям жизни, второй (при невозможности адаптироваться к новым условиям) вызывает, прежде всего, астеноапатическое безразличие, а третий является базой формирования многих форм и вариантов

невротических и соматоформных расстройств» [Ю. А. Александровский, 2006].

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

Полученные нами за почти пятнадцатилетнюю практику использования КЭЭГ данные у более, чем 2000 больных пограничными психическими расстройствами детей в возрасте 3—11 лет (более подробно об этих результатах также будет сказано ниже), позволяют нам, говоря о роли стресса в развитии пограничных состояний, сделать следующие выводы.

Главным сенсибилизирующим фактором возникновения монополярных пограничных психических расстройств детского возраста (неврозы, заикание и другие нарушения речи, СДВГ, тики, энурез) служит минимальная дисфункция мозга (МДМ), полученная в перинатальном периоде развития, основным источником которой является неудовлетворительное здоровье матери. По нашим данным, в 75 % случаев в явном или скрытом виде у матерей выявляется так называемый пиелонефрит беременных. Почки не справляются с двойной нагрузкой и не могут обеспечить в достаточной мере нормальную работу организма матери и развивающегося плода, что в первую очередь отрицательно сказывается на формировании ведущих областей коры головного мозга ребенка (в частности, речевых как наиболее молодых в филогенезе), что ведет к нарушению их взаимодействия.

В качестве избирательного сенсибилизирующего фактора во всех исследованных нами случаях пограничных расстройств выступает нарушение взаимодействия теменно-затылочной зоны правого полушария коры головного мозга с другими структурами. Теменно-затылочные или нижнетеменные зоны коры головного мозга являются центральными межанализаторными областями, которые получают импульсы со всех воспринимающих рецепторов. Именно здесь происходит первичная переработка сенсорной информации, выработка вероятностных прогнозов и передача обработанной информации в другие зоны головного мозга, причем начиная уже с первых месяцев жизни

ребенка. Ведущей в отношении указанных функций является нижнетеменная зона правого полушария. В процессе онтогенеза нормальные (опережающие со стороны правой нижнетеменной зоны) взаимоотношения в диапазоне частот 4—8 Гц между структурами коры головного мозга формируются к двум — трем годам. Поэтому все пограничные психические расстройства в возрасте от трех до 11 лет и старше можно охарактеризовать как своеобразную задержку созревания взаимоотношений между анализаторными зонами коры и другими структурами головного мозга. Основными составляющими ***патосинтеза***, определяющими те или иные внешние проявления патологических реакций в каждом отдельном случае, служат конкретные варианты нарушенного взаимодействия между анализаторными и другими зонами коры головного мозга и подкорковыми структурами [М. И. Лохов, Ю. А. Фесенко, Л. П. Чурилов, 2006].

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

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

Возвращаясь к наследию Карла Густава Юнга (Jung, Carl Gustav) (1875—1961), швейцарского психолога, психотерапевта и психиатра, основателя аналитической психологии, важно отметить, что трактовку неврозов как попытку компенсации посредством восстановления подчиненных функций, попытку восстановить баланс в работе мозга, он дал одним из первых. Юнгом же было введено понятие архетипов как изначальных элементов человеческой психики, в которых заключен опыт всего человечества, начиная от его древнейших предков. С современной точки зрения, архетипы могут представлять собой некоторые матрицы (или программы) долгосрочной памяти, заложенные генетически, накладывающиеся на индивидуальный опыт личности, и меняющие отношение личности к оценке текущих событий действительности. Исходя из этого, *любая терапия неврозов должна учитывать влияние архетипов на процесс восстановления взаимодействия между структурами головного мозга*. Схема нормального межструктурного взаимодействия настолько тесно и неразрывно связана с понятием архетипов, что позволяет ставить задачу применения объективных методов исследования для изучения такой связи, и использования полученных данных в лечении пограничных психических расстройств.

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

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

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

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

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

- острый стресс. Это состояние человека после события или явления, в результате которого у него теряется «психологическое» равновесие (конфликт, ссора, нападение кого-то и прочее);
- хронический стресс. Он предполагает наличие постоянной (или существующей длительное время) значительной нагрузки на человека, в результате которой его психологическое или физиологическое состояние находится в повышенно напряженном или безисходном для него состоянии;
- физиологический стресс. Он возникает при фиической перегрузке организма (слишком высокая или низкая температура, сильные запахи, повышенный уровень шума и т. д.);
- психологический стресс. Он является следствием нарушения психологической устойчивости личности по целому ряду причин (неудовлетворенность жизнью в текущее время, задетое самолюбие, полученное оскорбление, работа, не приносящая удовлетворения или не соответствующая ее квалификации и т. п.). Кроме того, стресс может быть результатом чрезмерной психологической нагрузки (выполнение слишком большого объема работ, ответственность за качество сложной и ответственной работы, негативные результаты деятельности, ситуации угрозы, опасности);
- информационный стресс. Он возникает в ситуациях информационных перегрузок или информационного вакуума.

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

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

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

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

Трансактные модели стресса определяют стресс как взаимодействие между личностью и окружающей средой, когда важны не ситуация и не личность, а именно их взаимодействие, в котором главенствующая роль принадлежит когнитивной способности человека в определении его активности [Л. Леви, 1970; Л. А. Китаев-Смык, 1983; Ф. Б. Березин, 1988; J.-C. Coyne, R.-S. Lazarus, 1980]. Ф. Б. Березин (1988), различая стресс системный (физиологический) и психический, считает, что «основной чертой, различающей эти состояния, является необходимое для возникновения психического стресса восприятие угрозы» [Ф. Б. Березин, 1988, с. 10].

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

Несмотря на то, что стресс принято рассматривать и идентифицировать с позиции его деструктивного характера, а в большинстве работ акцент ставится на проблемах, связанных с дистрессом, следует сказать

и об эустрессе (конструктивном стрессе), поскольку одни и те же стрессовые стимулы могут оказать как мобилизующее, так и дезорганизующее действие на поведение и всю деятельность человека.

Не случайно Г. Селье долгое время не использовал слово «стресс», понимая, что оно употреблялось для обозначения нервно-психического напряжения (синдром «бороться или бежать»), и описывал процессы, происходящие при стрессе, как общий адаптационный синдром (ОАС), о котором говорилось выше. Только через 10 лет после введения термина «стресс» Селье начал систематически использовать его для определения общего адаптационного напряжения.

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

Деструктивный стресс, или дистресс (distress), являясь источником многочисленных негативных переживаний, ухудшает протекание психофизиологических функций, приводит к заболеваниям и дезорганизует поведение человека. Дистресс — это разрушительный стресс, демобилизующий и деорганизующий. Это негативный тип стресса, с которым организм не в силах справиться.

Дистресс, как правило, является следствием длительного стресса, когда мобилизация и расходование адаптационных резервов происходят непродуктивно. Если дистресс не удается предотвратить, то возникают соматические и психические расстройства, требующие активной терапии. К симптомам дистресса относят: постоянную усталость, рассеянность, повышенную возбудимость, ухудшение памяти, нарушения сна, потерю аппетита, болевые ощущения в области головы, спины, груди, живота, утрату чувства юмора, снижение витального настроения и пр.

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

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

В поисках рецептов, с помощью которых можно было бы справляться со стрессом, прошли практически все годы с того времени, когда это понятие ввел Г. Селье. Одной из наиболее значимых теорий совладания со стрессом стала (со второй половины прошлого века) теория совладания личности с трудными жизненными ситуациями (теория копинга) американского психолога А. Маслоу (1908—1970).

Под «копингом» (от англ. «*to cope*» — справиться, совладать) подразумеваются постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие попытки справиться со специфическими внешними или/и внутренними требованиями, которые оцениваются как «напряжение» или превышают возможности человека справиться с ними. Копинг-поведение — это форма поведения, отражающая готовность индивида решать жизненные проблемы, так как при выборе активных действий повышается вероятность устранения воздействия стрессоров на личность.

Это поведение направлено на приспособление к обстоятельствам и предполагает сформированное умение использовать определенные средства для преодоления эмоционального стресса [A.-H. Maslow, R.-H. Frager, 1987]. По Р. Лазарусу, копинг-стратегиями (совладающим поведением) обозначают сознательные усилия личности в ситуации психологической угрозы для совладания со стрессом и другими порождающими тревогу событиями [R.-S. Lasarus, 1966].

Для совладания со стрессом каждый человек использует собственные стратегии (копинг-стратегии) на основе имеющегося у него личностного опыта (личностных ресурсов или копинг-ресурсов). Совпадающее поведение и является результатом взаимодействия копинг-стратегии и копинг-ресурсов. Успешность адаптации к стрессам определяется уровнем развития копинг-ресурсов. Низкое развитие приводит к формированию пассивного дезадаптивного копинг-поведения, социальной изоляции и дезинтеграции личности.

С. Фолькман выделяет следующие виды копинг-ресурсов:

- физические (здоровье, выносливость и т. д.);
- психологические (убеждения, самооценка, локус контроля, мораль и т. д.);
- социальные (социальные связи человека и другие виды социальной поддержки).

С. Фолькман подразделяет их на личностные и средовые копинг-ресурсы. К копинг-ресурсам, помогающим справиться со стрессогенными ситуациями, относятся:

1) ресурсы личности:

- ресурсы когнитивной сферы — возможности, позволяющие оценивать воздействие социальной среды, окружающей человека;
- Я-концепция, или представление человека о себе;
- интернальный локус контроля — умение контролировать свою жизнь и принимать на себя ответственность за нее;

- аффилиация — умение общаться с окружающими, определенная социальная компетентность, стремление быть вместе с людьми;
- эмпатия — умение сопереживать окружающим, проживать вместе с ними какой-то отрезок их жизни, накапливая при этом свой собственный опыт;
- позиция человека по отношению к жизни, смерти, любви, одиночеству, вере;
- духовность человека;
- ценностная мотивационная структура личности;

2) ресурсы социальной среды:

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

И. М. Никольская и Р. М. Грановская (2000) считают, что для совладания необходимо соблюдать, по крайней мере, три условия:

1) достаточно полно осознавать возникшие трудности;

2) знать способы эффективного совладания именно с ситуацией данного типа;

3) уметь своевременно применить их на практике. Исследователи считают, что «...эффективность совладания зависит от того, является ли срабатывание данной защиты ситуативным или это уже элемент стиля личного реагирования на трудности» (цит. по: *Духновский С. В.*, 2003).

С. В. Духновский пишет: «Н. С. Видерман (2000), рассматривая основные подходы исследования копинг-поведения, выделяет три подхода к пониманию его определения.

Первый подход характерен для психоаналитической школы. Копинг-процессы рассматриваются как эго-процессы, в своей основе направленные на продуктивную адаптацию личности в затруднительных ситуациях. Функционирование копинг-процессов предполагает включение моральных, социальных и мотивационных структур личности для совладания с проблемой. В случае неспособности личности к адекватному преодолению проблемы включаются защитные механизмы, способствующие пассивной адаптации. Защитные механизмы определяются как ригидные, дезадаптивные способы совладания с проблемой, препятствующие адекватной ориентации индивида в реальности. Копинг и защита функционируют на основании одинаковых эго-процессов, но являются разнонаправленными механизмами в преодолении проблем (N. Haan, 1977).

Второй подход — определяет копинг как качества личности, которые предполагают использование относительно постоянных вариантов ответа на стрессовые ситуации. A.-G. Billings, R.-H. Moos (1984) выделили три способа совладания со стрессовой ситуацией:

1) оценка ситуации;

2) вмешательство в ситуацию;

3) избегание ситуации.

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

Пассивное копинг-поведение (пассивное преодоление) — интрапсихические способы совладания со стрессом, с использованием различных техник психологической защиты, которые направлены на редукцию эмоционального напряжения, а не на изменение стрессовой ситуации» [С. В. Духновский, 2003].

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

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

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

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

Глава 3
ПОНЯТИЕ О ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ

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

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

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

Несмотря на то, что о психической травме, так или иначе, говорили практически все специалисты в области научной психиатрии и психотерапии, а история вопроса насчитывает уже более века, на сегодня не существуют ее систематизированной классификации. И это не случайно, поскольку за прошедшее время остались только разрозненные данные немногочисленных исследований психической травмы (от работ французского психиатра В. Маньяна, американского психолога R. Sommer, немецкого философа, психолога и психиатра К. Ясперса, русского психиатра П. Б. Ганнушкина до исследований А. Н. Молохова, Г. К. Ушакова), приводимых, как правило, без учета особенностей личности. Так, А. Н. Молоховым было выделено три этапа в развития представлений о психической травме:

1) «психологический», для которого характерен акцент на травмирующем факторе без связи его с психическим и соматическим преморбидом (K. Jaspers; K. Schneider);

2) «клинико-описательный», когда было осуществлено определение основных клинических форм психогений (П. Б. Ганнушкин и другие ученые);

3) «патофизиологический», когда в основу концепций психогений были положены идеи И. П. Павлова и его школы [П. Б. Ганнушкин, 1933; А. Н. Молохов, 1963; Г. К. Ушаков, 1978; К. Ясперс, 1997; V. Magnan, 1903 (В. Маньян, 1995); K. Schneider, 1928, 1955; R. Sommer, 1968].

Тем не менее, о психической травме и ее роли в возникновении болезненных состояний все эти годы настойчиво говорили приверженцы психоанализа и его ответвлений. Так, Отто Ранк (1884—1939), австрийский психолог, один из учеников З. Фрейда, в своем классическом труде «Травма рождения и ее значение для психоанализа» анализирует наиболее глубокий, но неизбежный травматический опыт в жизни каждого человека — травму рождения. В ней он видит важнейший элемент психического развития, причину всех страхов и неврозов, а также рассматривает желание вернуться во внутриутробное состояние как основополагающую силу, управляющую психической жизнью индивида, выдвигая на этом основании концепцию о негативном влиянии родовой травмы на развитие личности и формирование позитивных отношений. Ранк подчеркивал важность аномального влияния на развитие психики в дальнейшей жизни (к примеру, на формирование навыков опрятности), когда формируются модели взаимоотношений в разнообразных жизненных событиях. Он считал, что чем в более раннем возрасте ребенок получает психическую травму, тем более глубокие слои личности оказываются «деформированными» у него во взрослом состоянии [O. Rank, 1936; О. Ранк, 2009].

Эти взгляды получили свое развитие через полвека в работах американского психолога и психиатра чешского происхождения, врача и научного исследователя Станислава Грофа, являющегося приверженцем трансперсональной психологии и создавшего одну из весьма интересных психофизиологических теорий этиологии пограничных психических расстройств. Используя свой колоссальный опыт по изучению психоделических состояний, вызванных применением наркотика ЛСД, или сходных состояний, вызванных глубоким учащенным дыханием (так называемым холотропным дыханием), он, опираясь, в том числе, и на идеи О. Ранка, выдвинул новую гипотезу о влиянии процесса рождения на психику человека и ее патологии [S. Grof, 1992, 1994, 1996]. По Грофу, физиологический процесс родов оставляет глубокий след в подсознании человека. Этот след фиксируется в четырех

(в соответствии с этапами родовой деятельности) *базовых перинатальных матрицах* (*БПМ*).

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

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

БПМ-3 — след, связанный с процессом непосредственно родовой деятельности. Сокращения матки продолжаются, однако шейка матки раскрыта, и плод постепенно продвигается по родовому каналу. Продолжается ограничение притока крови к мозгу плода, вызванное спазмами матки. Кроме того, на этой стадии может наблюдаться полное пережатие пуповины (она попадает между головой плода и тазовыми костями матери, особенно, если таз узкий), и захлестывание пуповины вокруг шеи плода, иногда многократное, что усугубляет ситуацию «удушения». БПМ-3 проявляется в воспоминаниях ситуаций, связанных с борьбой индивида за жизнь, или эпизодов игры (или спортивных состязаний) на грани жизни и смерти (драки, военные эпизоды, альпинистские опасности, азартные игры с большими ставками, сексуальные моменты большой напряженности и т. п.). У женщин это воспоминания о ситуациях рождения собственного ребенка. БПМ-3 может служить матрицей развития шизофренических психозов с элементами садомазохизма, тревожной депрессии, сексуальных отклонений, невроза навязчивых состояний, истерии, тиков, заикания, энуреза, психогенной астмы, мигрени.

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

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

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

В начале 1980-х гг. американским психиатром Мартой Уэлч (M. Welch) был разработан метод холдинг-терапии — терапии удерживанием, суть которого состояла в удерживании и преодолении сопротивления аутичных детей до тех пор, пока ребенок не откажется от противодействия. Теория способа основывается на представлении о первичном нарушении базового доверия (согласно гипотезе Э. Эриксона) к социальному окружению грудного ребенка, вызванного некими «враждебными влияниями» социальной среды. Нарушение базового доверия приводит

к противостоянию ребенка окружающим его людям, что и проявляется в патологических поведенческих реакциях и регрессии речи. Холдинг-терапия восстанавливает процесс формирования доверия навязанным контактом физической близости, и тем самым восстанавливает процесс нормального развития [E.-H. Erikson, 2000].

Техника холдинг-терапии весьма проста. Матери или другому близкому лицу, наиболее часто общающемуся с ребенком, дается инструкция крепко обнимать и прижимать к себе ребенка, несмотря на демонстрируемое им сопротивление. Желательно при этом установить с ребенком зрительный контакт. Не следует уступать сопротивлению даже в том случае, если ребенок демонстрирует выраженное возбуждение (кричит, царапается, плюется и т. п.). Необходимо продолжать удерживать ребенка до развития фазы истощения его сопротивления, а затем попытаться установить с ним контакт другого рода (поговорить, поиграть и т. п.). Сеансы терапии должны проводиться регулярно и ежедневно и продолжаться не меньше часа. Считается, что такой способ эффективен как дополнение «поведенческого репертуара, которое позволяет устранять страхи и этим создает благоприятные предпосылки для применения других методов», в том числе и фармакологических [H. Remschmidt, 2000, с. 490]. По нашим наблюдениям, в ряде случаев использования описанной методики базовое доверие действительно восстанавливается, но оно «привязывается» к определенному человеку, который проводил холдинг-терапию, и знакомой окружающей обстановке. Отсутствие этого лица или резкое изменение обстановочных факторов вызывает возобновление страхов и регрессию базового доверия. Поэтому желательно чередование лиц из ближайшего окружения ребенка, проводящих удержание, и длительное поддержание стабильной внешней обстановки, в условиях которой проводится терапия.

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

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

В процессе развития психические травмы неизбежны. Некоторые из них могут быть настолько значимыми, что их влияние сказывается

на общих свойствах чувствительности индивида ко всем последующим травматическим воздействиям. При этом конституциональные факторы наряду с фиксацией и регрессией в развитии Я и Сверх-Я, основой которых являются проблемы в ранних отношениях со значимыми объектами, обусловливают уязвимость Я. Подобное неблагоприятное влияние оказывают и аккумулирующиеся «легкие» травмы детского возраста, могущие существенно изменить структуру развития и адаптивных способностей индивида. Корреляция травматических воздействий с проявлениями либидинозной фазы, на которую приходится травма, определяет степень риска возникновения болезненного состояния и типологию его проявлений. Успех излечения психической травмы зависит от многих факторов, таких, как внутренняя и внешняя ситуации, возраст, в котором была получена травма, реакция индивида на событие (а не столько само событие), архаические патологические попытки справиться с ним, самооценка и поддержка со стороны объектов.

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

Таким образом, основные разработки сущности психической травмы принадлежат ученым психоаналитического направления, что не удивительно, учитывая особую роль такой травмы в построениях практически всех концепций психоанализа. В подтверждение этому можно привести довольно обширный ряд работ, в которых приверженцы психоанализа рассматривали проблему психической травмы: Г. Гроддек «Книга об «Оно» (1923); C. Odier «Тревожность и магическое мышление» (1956); W.-R. Fairbairn «Краткое изложение теории личности с точки зрения объектных отношений» (1963); J.-M. Masson «Was hat man dir, du armes Kind getan?» («Что сделали с тобой, бедное дитя?») (1984); J. McDougall (Мак-Даугалл) «Театры души» и «Театры тела» (1986, 1989); F. Tastin (Ф. Тастин) «Распространенность и эпидемиология. Семейная психодинамика» (1990); П. Куттер «Современный

психоанализ» (1997); Д. Калшед «Внутренний мир травмы» (2001); М. Балинт «Базисный дефект» (2002); А. Фрейд «Введение в детский психоанализ. Норма и патология детского развития» и т. д.

М. М. Решетников отмечает: «...во время первых психоаналитических сеансов Фрейд обращает внимание на то, что в рассказах его пациентов почти всегда выявляется повышенная фиксация на темах и психотравмирующих переживаниях, так или иначе связанных с попытками или результатами совращения их в детстве, преимущественно — со стороны близких родственников, и наиболее часто — дочерей отцами... Позднее признание роли психотравмирующих ситуаций раннего детства, и особенно — детской сексуальной травмы в качестве пускового механизма психопатологии, вошло в число основных постулатов психоанализа (и фактически общепризнано)...Фрейд полагал, что случаи сексуального злоупотребления со стороны взрослых настолько ранят детей, что они оказываются не в состоянии перенести эти ужасные, непонятные, неизвестные и даже чуждые им переживания, которые в результате вытесняются (из памяти и сознания). Но поскольку аффективный (патологический) процесс уже запущен и в большинстве случаев не может остановиться, он качественно трансформируется (в симптом) — и вместо вытесненного страдания, по поводу которого ребенку не к кому обратиться, появляется его «заместитель», который может быть предъявлен, в том числе нанесшему травму взрослому, — та или иная психопатология... Такая психопатология очень нередко в явной или скрытой форме присутствует с самого детства, но главное — ее причина обычно остается недоступной для сознания. Однако с помощью психоаналитического метода эти воспоминания можно вывести на сознательный уровень, как бы «проявить» вытесненный аффект, освободить его, выражаясь языком Фрейда, от «нагара неестественности» и «зловония», и затем в процессе психической проработки сделать действительно прошлым, действительно забытым и таким образом преодолеть последствия психической травмы — те или иные симптомы актуального душевного страдания (и их соматические эквиваленты) [М. М. Решетников, 2006].

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

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

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

Еще в 1977 г. один из авторов этой книги, проанализировав истории болезни 1000 детей и подростков, наблюдавшихся в Ленинградском городском отделении по лечению неврозов у детей, систематизировал основные психотравматизиующие факторы, приводящие детей к неврозу. В своей монографии «Неврозы у детей и их лечение» [В. И. Гарбузов и др., 1977] автор выделял следующие психотравмирующие факторы, невротизирующие ребенка уже в самом раннем возрасте.

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

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

3. Особое место в психотравмирующем комплексе «отрыв от матери» занимает госпитализация ребенка без матери (в стационарах

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

15. Ребенок двух-трех лет уже осознанно или неосознаваемо воспринимает как угрожающую благополучию семьи ситуацию конфликта между родителями. При этом угрозу ухода из семьи отца дети воспринимают со страхом и чувством вины, нередко полагая, что отец ушел из семьи из-за их неправильного поведения.

В. И. Гарбузов, говоря о психологической защите, писал: «Психическая травматизация — все, что бьет прямо в сердце и потрясает, все, что нестерпимо обостряет предневроз. И тогда, чтобы «не разорвалось сердце», приходит, как спасение, удивительная способность подсознания защитить чувство достоинства, психику, организм в целом, сердце. Речь идет о психологической защите!

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

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

Глава 4
НЕВРОЗЫ КАК ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

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

В своем руководстве для врачей один из ведущих специалистов в этой области профессор Ю. А. Александровский пишет: «Границы пограничных состояний с момента их обозначения и до наших дней скорее неопределенны, чем точно определены. История изучения пограничных состояний богата разнообразными принципиально отличными тенденциями в их понимании. Невротические расстройства известны уже очень давно. Fernel в 1540 г. (цит. по: *Каннабих*, 1935) утверждал, что нервность зависит от неких «паров» — «*vapores*», поднимающихся от видоизмененного в своем составе семени или менструальной крови и своим присутствием влияющих на общее самочувствие. Несколько позже Sydengam дал описание истерии, которую назвал протеем за ее способность «принимать различные формы». Истерию и ипохондрию он сводил к изменениям в крови, приводящим к «атаксии» жизненных духов. Теория «паров» и «атаксии» в той или иной модификации господствовала при объяснении невротических расстройств до конца XVIII в. В 1765 г. Whytt (цит. по: *Каннабих*, 1935) предпринял первую попытку выделить из числа болезней, приписывавшихся «парам», «простую нервность», «ипохондрическое» и «истерическое» расстройства в качестве специальных заболеваний нервной системы. В 1776 г. W. Cullen в «Медицинском руководстве» впервые для обозначения этой группы болезней употребил термин «невроз», которым он назвал «те поражения чувств и движений, которые зависят не от местного поражения самого органа, а от более общего страдания, от которого зависят все вообще движения...» Регулирующей «все вообще движения» W. Cullen считал нервную систему, почему и назвал

«все эти страдания» неврозами. В соответствии с таким определением к неврозам относились все заболевания периферических нервов, спинного и головного мозга (C. Bomberg, 1840). Еще в середине XIX., как об этом свидетельствует литература, неврозы являлись широким названием для большинства нервных болезней» [Ю. А. Александровский, 2000].

Шиммельпеннинг еще в середине 1960-х гг. утверждал [Q.-W. Schimmelpenning, 1963], что с развитием цивилизации меняются клиническая картина и распространенность пограничных психоневрологических расстройств (в первую очередь, психогенных): больше стало психосоматических нарушений, почти исчезла настоящая истерия, резко возросло число больных с заиканием, недержанием мочи и кала, тиками и т. д. К аналогичным выводам приходят современные ученые разных стран [А. Е. Личко, 1983; Б. Д. Карвасарский, 1990; В. И. Гарбузов, 1999; M. Goldman et al., 1998; Р. Шейдер, 1998; К. Гиллберг, Л. Хеллгрен, 2004].

Данные последних лет о структуре пограничных психических расстройств весьма вариабельны. По данным Ю. А. Александровского (анализ результатов разных исследований), невротические расстройства составляют в структуре пограничных психических расстройств от 12,9 до 69,9 %; расстройства личности — 2,3—32,7 %; непсихотические органические поражения ЦНС — 13,4—24,5 %; непсихотические инволюционные и сосудистые расстройства — 5,1—30,2 %; психогенные расстройства — 14,1—64,3 %; соматогенные расстройства — 9,1—37,9 %. Вместе с тем проведенные обследования выборочных групп населения показали, что значительная часть больных, даже с выраженными психическими расстройствами, остаются вне поля зрения врачей-психиатров и психотерапевтов.

Необходимо отметить, что проблема пограничных (резидуально-неврологических) нервно-психических нарушений мало исследована и полна противоречий. Пограничные психические расстройства, согласно МКБ-10, относятся к разделу «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте». Уместно будет напомнить, что в МКБ-9 (предыдущей классификации болезней) они входили в раздел «Невротические расстройства, психопатии и другие психические расстройства непсихотического характера». Все указанные заболевания в психиатрической и неврологической практике характеризуются широко распространенным и устойчивым термином «пограничные психические расстройства». Этот термин используется для обозначения «...нерезко выраженных нарушений, граничащих с состоянием здоровья и отделяющих его от собственно патологических психических проявлений, сопровождающихся значительными отклонениями от нормы» [А. Ю. Александровский, 2000, с. 9]. Кроме того, «...Необходимым условием возникновения и декомпенсации всех пограничных состояний является, как установил R. Sommer (1901), психогенное воздействие, порождающее

несоответствие между возможностями человека и предъявляемыми к нему требованиями или между ожидаемым результатом того или иного действия и его фактическим воплощением. При этом, по мнению В. П. Осипова (1931), правильнее говорить не о психогенности, а об аффектогенности, потому что именно эмоционально-аффективные нарушения, порождая тревожное чувство неопределенности и неизвестности будущего, служат первой ступенькой в возникновении и реализации перечисленных синдромов. В. Н. Мясищев (1935) отмечал, что невротические расстройства проявляются вследствие возникновения «аффективного напряжения личности», A. Kreindler (1973) также придерживается той точки зрения, согласно которой невроз вызывается борьбой между двумя аффективными состояниями, возникающей под влиянием конфликтной ситуации» [Ю. А. Александровский, 2000].

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

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

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

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

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

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

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

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

Ю. А. Александровский, говоря о многообразии этиопатогенетических факторов и особенностей проявления и течения, относит к пограничным психическим расстройствам различные клинические формы и варианты невротических реакций, реактивные состояния, неврозы, патологические развития личности, психопатии, а также широкий круг неврозо- и психопатоподобных расстройств при соматических, неврологических и других заболеваниях. Он отмечает: «В современной Международной классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10) пограничные психические расстройства рассматриваются главным образом в разделах F4 («Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства»), F5 («Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами»), F6 («Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых») и некоторых других. В число пограничных состояний, с нашей точки зрения, не следует включать эндогенные психические заболевания (в том числе их мягкие, латентные формы, такие, например, как вялотекущая шизофрения и др.), на определенных этапах течения которых преобладают и даже определяют клиническое состояние неврозо- и психопатоподобные расстройства, в значительной мере имитирующие основные формы и варианты собственно пограничных состояний. Однако в этих случаях эндогенный процесс протекает по своим собственным закономерностям, отличным от клинико-психопатологических механизмов, характерных для всех пограничных форм психических расстройств. Неврозо- и психопатоподобные нарушения, будучи наименее специфическими психопатологическими проявлениями, нередко могут отражать динамику более сложных по своей структуре психических заболеваний, протекающих с характерной для них симптоматикой и вызывающих те или иные личностные изменения.

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

Уровни психических расстройств могут анализироваться с различных точек зрения — философской, социальной, психологической, эволюционной, патогенетической, клинической и т. д. Своеобразие психопатологических проявлений при различных психических заболеваниях послужило основанием для разработки общепатологической концепции регистров психических расстройств (А. С. Кронфельд, 1940; М. О. Гуревич, 1945; А. В. Снежневский, 1960; Л. Л. Рохлин, 1971 и др.; Hoche, 1912; G. Specht, 1917; E. Kraepelin, 1920; G. Ewald, 1921; A. Bostroem, 1926). Согласно этой концепции, психические нарушения, определяющие пограничные формы психических расстройств, имеют по сравнению с другой психопатологией наиболее ограниченный диапазон болезненных проявлений. Учитывая включения в число «пограничных» многочисленных групп больных, прежде всего, с психо-

генно обусловленными невротическими нарушениями и личностными декомпенсациями, а также с невротическими нарушениями, неврозоподобными и психопатоподобными расстройствами при соматических, неврологических и других заболеваниях, многие исследователи нередко обозначают их как пограничные нервно-психические или психоневрологические расстройства. При такого рода терминологическом сочетании «психические» нарушения как бы «разбавляются» неврологическими расстройствами, более «престижными» для ряда больных и их родственников, чем реально существующие психопатологические проявления. В этом же следует искать объяснение стремления называть врача, занимающегося пограничной психиатрией, «психоневрологом», лукаво скрывая при этом или отодвигая на второй план его психиатрическую компетенцию. Корни подобной терминологической «подделки» заключены в существовавшем длительное время социальном нигилизме в отношении к психиатрии и боязни больных с пограничными формами психических расстройств и их родственников постановки их на соответствующий учет в психиатрическом диспансере» [Ю. А. Александровский, 2000].

О. В. Кербиков (1907—1965), известный советский психиатр, академик АМН СССР, имя которого присвоено Московской загородной психиатрической больнице в Добрынихе, говорил о том, что одной из отличительных особенностей «малой», пограничной психиатрии является нечеткость границ между отдельными клиническими формами, которые «не столько разъединяют, сколько соединяют» [О. В. Кербиков, 1971]. В. Я. Семке пишет: «В широком спектре пограничных нервно-психических расстройств им (Кербиковым) выделены самые различные по тяжести, длительности и устойчивости клинических проявлений невротические и психопатические состояния, среди которых особо важное значение для ранней диагностики и профилактики имеет описание преневротических и препсихопатических состояний (О. В. Кербиков, 1960, 1962). Вместе с тем существующие классификации пограничных нервно-психических расстройств, по справедливому замечанию Г. К. Ушакова (1978), настолько пестры и фрагментарны, что ни одна из них не может служить основой для единой систематики. Б. Д. Карвасарский (1980) считает, что разработка классификации с учетом не только клинических особенностей, но и этиопатогенетических механизмов в их биологических, психологических и социальных аспектах представляет задачу будущего. С этим положением можно согласиться лишь частично: решать данную задачу надо уже сейчас, поскольку систематика и патология пограничных состояний помогают выработке теоретических конструкций (в частности, выяснению сложных причинно-следственных взаимосвязей), осуществлению лечебно-диагностических мероприятий (прежде всего в аспекте массовой диспансеризации населения), оптимизации реабилитационных программ, позволяющих сократить сроки и повысить качество социотерапевтических вмешательств» [В. Я. Семке, 1988].

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

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

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

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

Пионером среди врачей, которые связывают патологию в развитии речи, чтения и письма с резидуальными (остаточными, сохранив-

шимися) поражениями мозга, был Samuel T. Orton [S. Orton, 1937]. Он обобщил результаты своих многолетних исследований в широко известной на Западе монографии «Reading, writing and speech problems in children». При этом он во многом опирался на наблюдения нейрохирурга Blan, описавшего изменения поведения детей после различных травм головы. Последующие сравнительные наблюдения за поведением доношенных и недоношенных детей установили связь нарушений поведения с локализацией мозговых патологий [A.-A. Strauss, L.-C. Lethinen, 1947; A.-A. Strauss et al., 1955], которые стали называть ***легкими*** или ***минимальными дисфункциями мозга*** (***ЛДМ или МДМ***). В целом, перинатальные (внутриутробные), натальные (во время родов) и ранние постнатальные (после рождения) поражения мозга чаще всего приводят к трем различным вариантам клинических проявлений, которые зависят от степени и расположения повреждений:

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

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

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

Полученные при анализе электроэнцефалограмм сравнительные результаты представлены в табл. 1.

Последовательно (слева направо) в столбцах таблицы представлены (в процентах от общего количества обследованных той или иной

группы) следующие признаки ЭЭГ: нормальное распределение альфа-активности по полушариям головного мозга, наличие очага полиморфной активности в теменно-затылочной области правого полушария, ирритация теменно-затылочных отделов коры головного мозга, наличие пароксизмальной активности в фоновой записи, наличие генерализованной пароксизмальной (эпилептической) активности на гипервентиляцию, наличие выраженной и более высокой по сравнению с фоновой записью генерализованной пароксизмальной активности через 40—60 с после окончания гипервентиляции, реакция на фоно- и фотостимуляцию.

Таблица 1

Сравнительный анализ ЭЭГ больных с пограничными психическими заболеваниями

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

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

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

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

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

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

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

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

Обращает на себя внимание тот факт, что больные с неврозами достоверно ($p = 0,99$) отличаются от условной нормы, а больные

с неврозом навязчивых состояний близки по почти всем параметрам больным с заиканием и тиками, которые имеют, как правило, неврозоподобную форму (развившуюся на фоне резидуально-неврологического поражения головного мозга) этих заболеваний.

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

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

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

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

Для представления полученных результатов в наглядной форме использовался известный метод проекции графов, отражающий динамику перемещения фокусов максимальной активности и сопряженного угнетения различных областей левого и правого полушарий головного мозга. На языке теории графов такие области обозначаются соответ-

ственно как точки «истока» и «стока». Нами изучалось наличие «истоков» и «стоков» в теменно-затылочную или нижнетеменную зону (цитоархитектонические поля 39 и 40, по Бродману) правого полушария головного мозга. Эта область коры головного мозга, согласно современным данным, играет ведущую роль в развитии психики и интеллекта ребенка. Учитывалось также, что характерные профили психотропных фармакологических препаратов строятся именно по отношению к правой теменно-затылочной области коры головного мозга.

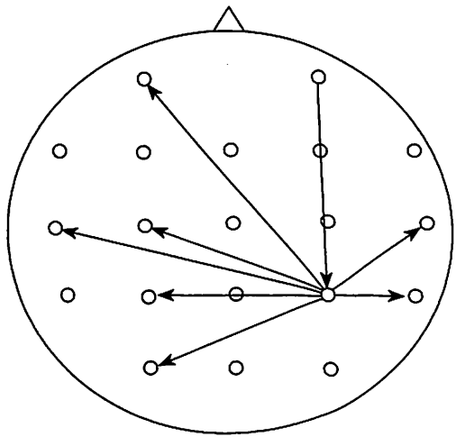


Рис. 1. **Усредненные данные кросс-корреляционного анализа ЭЭГ здоровых испытуемых детей 3—11 лет**

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

Рассмотрение динамики изменений кросс-корреляций в реальном фрагменте (табл. 2) последовательного анализа фоновой записи ЭЭГ здоровой испытуемой А. А., четырех лет, показывает, что взаимоотношения между структурами не являются однородными.

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

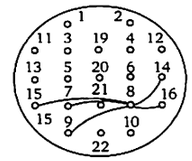
Таблица 2

Фрагмент компьютерного кросс-корреляционного анализа ЭЭГ здоровой испытуемой А. А., 4 лет

Корреляционный анализ

Эпоха: 8 с
00:01:13.0

Фильтр: 1,6—30 Гц
4...12 Гц



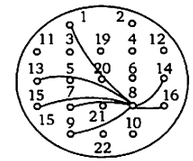
Состояние пациента:
Функциональные нагрузки:

C1	C2	C12(0)	Max C12	*t*, м/с
1	8	0,12	0,24	−257,8
2	8	−0,03	0,12	−273,4
13	8	0,17	0,28	19,5
14	8	0,54	0,57	7,8
15	8	0,23	0,31	144,5
7	8	0,57	0,6	7,8
16	8	0,82	0,82	0,0
9	8	0,4	0,4	140,6

А. А., 4 года — 22.10.2002

Эпоха: 8 с
00:01:21.0

Фильтр: 1,6—30 Гц
4...12 Гц



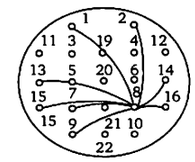
Состояние пациента:
Функциональные нагрузки:

C1	C2	C12(0)	Max C12	*t*, м/с
1	8	0,28	0,37	−234,4
2	8	0,19	0,24	−230,5
13	8	0,39	0,4	3,9
14	8	0,51	0,52	3,9
15	8	0,41	0,43	7,8
7	8	0,67	0,71	7,8
16	8	0,83	0,83	0,0
9	8	0,31	0,31	−277,3

А. А., 4 года — 22.10.2002

Эпоха: 8 с
00:01:21.0

Фильтр: 1,6—30 Гц
4...12 Гц



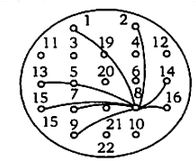
Состояние пациента:
Функциональные нагрузки:

C1	C2	C12(0)	Max C12	*t*, м/с
1	8	0,44	0,45	3,9
2	8	0,47	0,47	0,0
13	8	0,53	0,54	3,9
14	8	0,7	0,72	3,9
15	8	0,39	0,48	277,3
7	8	0,7	0,72	3,9
16	8	0,83	0,83	−3,9
9	8	0,46	0,56	261,3

А. А., 4 года — 22.10.2002

Эпоха: 8 с
00:01:37.0

Фильтр: 1,6—30 Гц
4...12 Гц



Состояние пациента:
Функциональные нагрузки:

C1	C2	C12(0)	Max C12	*t*, м/с
1	8	−0,03	0,2	−214,8
2	8	0,03	0,18	−316,4
13	8	0,27	0,28	7,8
14	8	0,52	0,52	0,0
15	8	0,66	0,66	0,0
7	8	0,72	0,73	3,9
16	8	0,86	0,86	0,0
9	8	0,51	0,61	0,0

А. А., 4 года — 22.10.2002

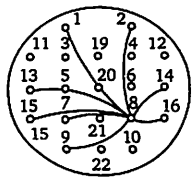
Таблица 3

Фрагмент компьютерного кросс-корреляционного анализа ЭЭГ здорового испытуемого А. Д., 10 лет

Корреляционный анализ

Эпоха: 4 с
00:02:14.0

Фильтр: 1,6—30 Гц
4...12 Гц



0,3
0,5

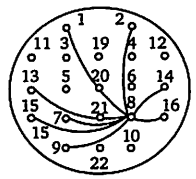
Состояние пациента:
Функциональные нагрузки:

C1	C2	C12(0)	Max C12	*t*, м/с
1	8	−0,16	0,55	−85,9
2	8	−0,33	0,61	−78,1
13	8	0,04	0,64	27,3
14	8	0,02	0,61	−89,8
15	8	0,79	0,79	0,0
7	8	0,82	0,82	0,0
16	8	0,99	0,99	0,0
9	8	0,67	0,73	−7,8

А. Д., 10 лет 09.12.2003

Эпоха: 8 с
00:01:21.0

Фильтр: 1,6—30 Гц
4...12 Гц



0,3
0,5

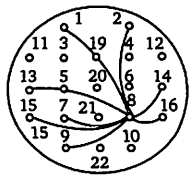
Состояние пациента:
Функциональные нагрузки:

C1	C2	C12(0)	Max C12	*t*, м/с
1	8	−0,12	0,4	−293,0
2	8	−0,36	0,46	−66,4
13	8	0,1	0,31	−97,7
14	8	0,04	0,38	−89,8
15	8	0,57	0,59	−3,9
7	8	0,61	0,62	−3,9
16	8	0,99	0,99	0,0
9	8	0,61	0,65	−7,8

А. Д., 10 лет 09.12.2003

Эпоха: 8 с
00:01:21.0

Фильтр: 1,6—30 Гц
4...12 Гц



0,3
0,5

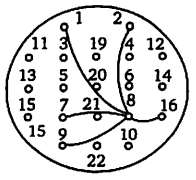
Состояние пациента:
Функциональные нагрузки:

C1	C2	C12(0)	Max C12	*t*, м/с
1	8	−0,12	0,48	35,2
2	8	−0,21	0,49	−78,1
13	8	0,11	0,53	23,4
14	8	0,09	0,52	140,6
15	8	0,79	0,82	−3,9
7	8	0,81	0,82	−3,9
16	8	0,99	0,99	0,0
9	8	0,55	0,67	−11,7

А. Д., 10 лет 09.12.2003

Эпоха: 8 с
00:01:37.0

Фильтр: 1,6—30 Гц
4...12 Гц



0,3
0,5

Состояние пациента:
Функциональные нагрузки:

C1	C2	C12(0)	Max C12	*t*, м/с
1	8	−0,09	0,38	−183,6
2	8	−0,19	0,38	−183,6
13	8	0,03	0,27	121,1
14	8	−0,12	0,26	−66,4
15	8	0,27	0,27	−3,9
7	8	0,31	0,31	0,0
16	8	0,98	0,98	0,0
9	8	0,3	0,34	−125,0

А. Д., 10 лет 09.12.2003

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

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

Такой живой динамический рисунок кросс-корреляций характерен для большинства детей 3—11 лет. Также стоит отметить, что в норме большинство связей имеют коэффициент корреляции выше 0,5.

В целом кадры приведенного фрагмента реальной записи анализа компьютерной электроэнцефалограммы (КЭЭГ) достоверно соответствуют статистически усредненным результатам нормы для детей 3—11 лет.

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

Как видно на рисунке, полученные данные кросс-корреляционного анализа связей между структурами головного мозга отличаются от нормы по нескольким параметрам.

Во-первых, и это характерно для большинства пограничных психических расстройств, практически отсутствуют связи теменно-затылочной области правого полушария головного мозга с передними (лобными) структурами.

Во-вторых, количество значимых связей (с коэффициентом корреляции более 0,3) теменно-затылочной области с другими структурами резко уменьшается.

В-третьих, и это характерно в большей степени для речевых нарушений, изменяется направление связей: из центра «истока», в норме, теменно-затылочная зона правого полушария превращается в центр «стока».

Таким образом, налицо наличие сопряженного торможения теменно-затылочной зоны правого полушария головного мозга и ограничение связей этой зоны с другими структурами, способными снять или уменьшить такое торможение. В зависимости от конкретного пограничного состояния меняются и показатели межструктурных взаимоотношений в коре головного мозга. Так, при СДВГ (и в несколько меньшей степени при неврозах) связи теменно-затылочной зоны правого полушария с лобными отделами в значительной степени сохраняются и практически не отличаются от нормы. Для других исследованных нами пограничных психических расстройств такие связи в значительной степени нарушены, о чем можно судить по низким значениям коэффициентов кросс-корреляции и большой величине времени сдвига (более 200 мс).

Другой особенностью межструктурных отношений при СДВГ (и меньше при неврозах) является гораздо большая, по сравнению с другими синдромами, активность теменно-затылочной области правого полушария. Количество «истоков» из этой области у детей с СДВГ достоверно превышает значения, полученные для других моносимптоматических пограничных заболеваний (заикания, тиков, энуреза, в меньшей степени — при неврозах), и такие связи характеризуются более высокими коэффициентами корреляции.

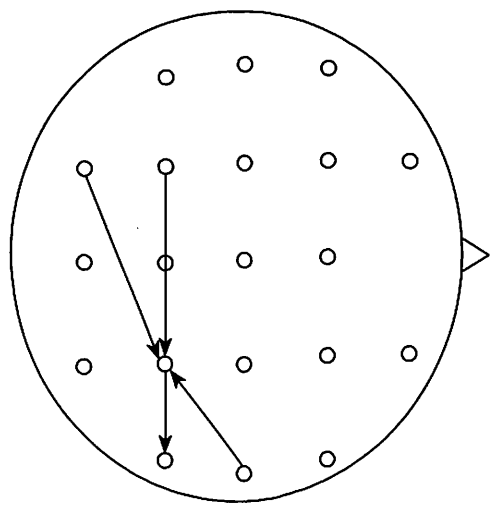


Рис. 2. **Усредненные данные кросс-корреляционного анализа ЭЭГ детей 3—11 лет, страдающих пограничными психическими заболеваниями**

Самые низкие коэффициенты кросс-корреляции по всем отведениям получены для энуреза, что позволяет характеризовать этот синдром в рамках «врожденной детской нервности», при которой выявляется наибольшая задержка в развитии связей между различными отделами коры головного мозга ребенка (в частности, в задержке формирования («созревания») стадий нормального сна). Такой вывод подтверждается и результатами психологического тестирования по тесту Керна-Йерасика, опосредствованного и реального запоминания слов и изображений. Стоит отметить, что наилучшие результаты по этим тестам наблюдались у детей с СДВГ и неврозами (невростенией и истерическим).

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

Приведенные статистические данные могут быть проиллюстрированы конкретными клиническими случаями (дети с пограничными психическими расстройствами). В табл. 5 показаны результаты кросс-корреляционного анализа ЭЭГ больного Р. И., трех лет, с выраженным заиканием тоно-клонического типа, до лечения.

Таблица 4

Усредненные результаты корреляционного анализа по группам на частоте 4—12 Гц

Группы	Показатель	Структуры отведений и каналы ЭЭГ							
		F1-P4/ 1—8	F2-P4/ 2—8	T3-P4/ 13—8	T4-P4/ 14—8	T5-P4/ 15—8	P3-P4/ 7—8	T6-P4/ 16—8	O1-P4/ 9—8
Дети 3—11 лет, больные заиканием, $n = 200$	Ведущая структура	1	8	13	8	15	7	8	9
	Время сдвига, мс	262 ± 35	−356 ± 50	273 ± 34	−3,9 ± 0,1	281 ± 20	7,8 ± 0,3	−3,9 ± 0,1	293 ± 15
	Коэф. кросс. между структ.	0,15 ± ± 0,01	0,27 ± ± 0,01	0,25 ± ± 0,01	0,59 ± ± 0,05	0,3 ± ± 0,02	0,36 ± ± 0,03	0,82 ± ± 0.05	0,24 ± ± 0,03
Дети 3—11 лет с СДВГ, $n = 50$	Ведущая структура	1	8	13	14	8	8	16	8
	Время сдвига, мс	43 ± 5	−70 ± 10	39 ± 7	23 ± 7	−7,8 ± ± 0,3	−3,9 ± ± 0,3	3,9 ± ± 0,1	−3,9 ± ± 0,1
	Коэф. кросс. между структ.	0,35 ± ± 0,01	0,4 ± ± 0,02	0,22 ± ± 0,02	0,42 ± ± 0,02	0,44 ± ± 0,03	0,62 ± ± 0,05	0,91 ± ± 0,05	0,52 ± ± 0,01
Дети 3—11 лет с тиком, $n = 50$	Ведущая структура	1	2	13	8	8	8	16	8
	Время сдвига, мс	270 ± ± 20	273 ± ± 50	144 ± ± 35	−82 ± 5	3,9 ± ± 0,3	−3,9 ± ± 0,2	3,9 ± ± 0,1	−11,7 ± ± 0,3
	Коэф. кросс. между структ.	0,27 ± ± 0,01	0,25 ± ± 0,03	0,33 ± ± 0,03	0,18 ± ± 0,01	0,39 ± ± 0,02	0,56 ± ± 0,03	0,83 ± ± 0,01	0,34 ± ± 0,03
Дети 3—11 лет с энурезом, $n = 50$	Ведущая структура	1	2	13	8	8	7	8	9
	Время сдвига, мс	238 ± ± 30	223 ± ± 25	270 ± ± 19	−200 ± ± 27	−3,9 ± ± 0,3	11,7 ± ± 0,3	−3,9 ± ± 0,1	242 ± ± 50
	Коэф. кросс. между структ.	0,2 ± ± 0,01	0,11 ± ± 0,02	0,10 ± ± 0,02	0,22 ± ± 0,02	0,36 ± ± 0,04	0,45 ± ± 0,03	0,52 ± ± 0,03	0,29 ± ± 0,05

Окончание табл. 4

Группы	Показатель	Структуры отведений и каналы ЭЭГ							
		F1-P4/ 1—8	**F2-P4/ 2—8**	**T3-P4/ 13—8**	**T4-P4/ 14—8**	**T5-P4/ 15—8**	**P3-P4/ 7—8**	**T6-P4/ 16—8**	**O1-P4/ 9—8**
Дети 3—11 лет с неврозами, n = 90	Ведущая структура	1	8	13	14	8	8	16	8
	Время сдвига, мс.	80 ± 5	–45 ± ± 10	138 ± 7	73 ± 7	–4,8 ± ± 0,3	–4,9 ± ± 0,3	3,8 ± ± 0,1	–9,8 ± ± 0,1
	Коэф. кросс. между структ.	0,30 ± ± 0,01	0,7 ± ± 0,02	0,16 ± ± 0,02	0,19 ± ± 0,02	0,41 ± ± 0,03	0,60 ± ± 0,05	0,90 ± ± 0,05	0,43 ± ± 0,01
Здоровые дети 3—11 лет, n = 200	Ведущая структура	1	8	8	8	8	8	8	8
	Время сдвига, мс	31 ± 0,5	–78 ± 0,5	–19,5 ± ± 0,5	–19,5 ± ± 0,4	–7,8 ± 0,1	–3,9 ± ± 0,05	–2,6 ± ± 0,05	–11,7 ± ± 0,03
	Коэф. кросс. между структ.	0,4 ± ± 0,01	0,4 ± ± 0,01	0,4 ± ± 0,01	0,57 ± ± 0,02	0,56 ± ± 0,01	0,65 ± ± 0,02	0,91 ± ± 0,03	0,6 ± ± 0,01

Таблица 5

Фрагмент компьютерного кросс-корреляционного анализа ЭЭГ больного заиканием Р. И., 3 лет, до лечения

Корреляционный анализ

Эпоха: 8 с
00:00:48.0

Фильтр: 1,6—30 Гц
8...12 Гц



Состояние пациента:
Функциональные нагрузки:

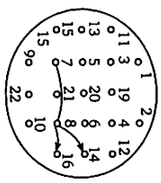
C1	C2	C12(0)	Max C12	t, м/с
1	8	-0,01	0,15	312,5
2	8	0,19	0,24	19,5
13	8	0,07	0,16	304,7
14	8	0,36	0,37	7,8
15	8	0,11	0,18	304,7
7	8	0,2	0,24	300,8
16	8	0,68	0,88	–3,9
9	8	0,11	0,18	308,6

Р. И., 3 года

19.02.2002

Эпоха: 8 с
00:00:56.0

Фильтр: 1,6—30 Гц
8...12 Гц



Состояние пациента:
Функциональные нагрузки:

C1	C2	C12(0)	Max C12	t, м/с
1	8	0,02	0,14	277,3
2	8	0,06	0,23	–357,2
13	8	0,03	0,17	277,3
14	8	0,56	0,57	–3,9
15	8	0,12	0,23	285,2
7	8	0,32	0,32	3,9
16	8	0,83	0,83	–3,9
9	8	0,15	0,23	293,0

Р. И., 3 года

19.02.2002

Эпоха: 8 с
00:01:04.0

Фильтр: 1,6—30 Гц
8...12 Гц



Состояние пациента:
Функциональные нагрузки:

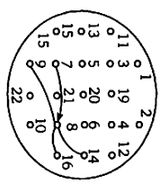
C1	C2	C12(0)	Max C12	t, м/с
1	8	0,00	0,16	371,1
2	8	0,21	0,24	–11,7
13	8	0,04	0,14	300,6
14	8	0,57	0,58	–3,9
15	8	0,12	0,15	168,0
7	8	0,3	0,3	0,0
16	8	0,81	0,82	–3,9
9	8	0,17	0,2	164,1

Р. И., 3 года

19.02.2002

Эпоха: 8 с
00:01:12.0

Фильтр: 1,6—30 Гц
8...12 Гц



Состояние пациента:
Функциональные нагрузки:

C1	C2	C12(0)	Max C12	t, м/с
1	8	0,17	0,18	– 7,0
2	8	0,24	0,25	– 7,0
13	8	0,09	0,14	246,1
14	8	0,53	0,53	0,0
15	8	0,26	0,27	7,8
7	8	0,5	0,53	7,8
16	8	0,86	0,85	0,0
9	8	0,33	0,36	11,7

Р. И., 3 года

19.02.2002

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

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

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

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

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

Обратились с жалобами родители на ритуальные действия: постоянно поправлял одежду («мешает», «чешется»), облизывал губы, «морщил» нос, поводил плечами, постукивал ногой об ногу («так легче ходить», «не так давят ботинки»); при этом родители отмечали у мальчика капризность, беспричинную смену настроения («от слезливости и хныканья до агрессивности и злобности»). Как правило, все «лишние» движения усиливались при «каких-то эмоционально значимых моментах» и в вечернее время, когда нужно было ложиться спать. Засыпал по два часа, постоянно вставал с кровати и просил «то пить, то есть» или жаловался на страхи, головную боль, боли в животе.

Из данных анамнеза: от четвертой беременности (первая — аборт, вторая и третья закончились выкидышами), протекавшей с угрозой прерывания на сроках 12 и 20—26 недель на фоне медикаментозного сохранения беременности. Роды первые, преждевременные (на сроке 36 недель), со стимуляцией из-за слабости родовой деятельности. Вес при рождении 2600 гр. Ребенок желанный. До года был крайне беспокойным. Срыгивания, запоры, диатез. ОРВИ часто, «цепочкой», как правило, с выраженной гипертермией (до 39 градусов).

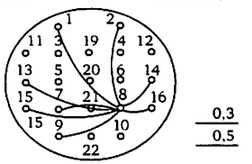
Таблица 6

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

Корреляционный анализ

Эпоха: 8 с
00:01:37.0

Фильтр: 1,6—30 Гц
4...12 Гц



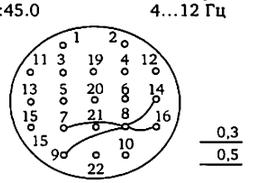
Состояние пациента:
Функциональные нагрузки:

C1	C2	C12(0)	Max C12	t, м/с
1	8	0,33	0,34	−3,9
2	8	0,33	0,34	−7,8
13	8	0,4	0,43	−7,8
14	8	0,59	0,59	0,0
15	8	0,34	0,35	−7,8
7	8	0,5	0,5	7,8
16	8	0,72	0,73	3,9
9	8	0,34	0,34	−3,9

В. Ж., 6 лет 09.01.2001

Эпоха: 8 с
00:01:45.0

Фильтр: 1,6—30 Гц
4...12 Гц



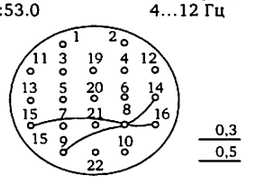
Состояние пациента:
Функциональные нагрузки:

C1	C2	C12(0)	Max C12	t, м/с
1	8	0,07	0,15	359,4
2	8	0,04	0,2	363,3
13	8	0,04	0,22	371,1
14	8	0,58	0,58	3,9
15	8	0,16	0,23	367,2
7	8	0,33	0,37	11,7
16	8	0,77	0,78	3,9
9	8	0,37	0,39	7,8

В. Ж., 6 лет 09.01.2001

Эпоха: 8 с
00:01:53.0

Фильтр: 1,6—30 Гц
4...12 Гц



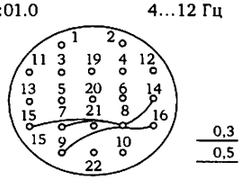
Состояние пациента:
Функциональные нагрузки:

C1	C2	C12(0)	Max C12	t, м/с
1	8	0,15	0,22	164,1
2	8	0,19	0,2	11,7
13	8	0,25	0,25	3,9
14	8	0,6	0,6	3,9
15	8	0,59	0,59	0,0
7	8	0,63	0,63	0,0
16	8	0,76	0,76	3,9
9	8	0,51	0,51	0,0

В. Ж., 6 лет 09.01.2001

Эпоха: 8 с
00:02:01.0

Фильтр: 1,6—30 Гц
4...12 Гц



Состояние пациента:
Функциональные нагрузки:

C1	C2	C12(0)	Max C12	t, м/с
1	8	0,06	0,13	−27,3
2	8	−0,1	0,14	164,1
13	8	0,13	0,15	15,6
14	8	0,54	0,54	0,0
15	8	0,39	0,43	7,8
7	8	0,52	0,52	0,0
16	8	0,78	0,78	3,9
9	8	0,41	0,43	7,8

В. Ж., 6 лет 09.01.2001

Травм головы, судорог не было. До года наблюдался районным неврологом с диагнозом: энцефалопатия смешанного генеза, пирамидная недостаточность. Пошел самостоятельно в год три месяца. Отдельные слова — после полутора лет, фразовая речь с 2,5 лет.

ЭЭГ не делали. На ЭХО-ЭГ (в возрасте двух и шести месяцев — признаки внутричерепной гипертензии без смещения основных структур мозга).

Неврологически: признаки диффузного органического поражения мозга — асимметрия лицевой иннервации, гипергидроз, нистагмоидные движения глазных яблок в крайних положениях, тремор пальцев рук. Выявлены: плохое чувство ритма, общая моторная неловкость, повышенная двигательная возбудимость.

Психологическое заключение: тесты, характеризующие психическую деятельность неоднозначны: в одних субтестах оценки низкие, в других — высокие. Нарушена способность различать размеры, правую и левую стороны, верх и низ. Плохая ориентация в пространстве и времени, высокий уровень тревожности, повышенная утомляемость, капризность, лабильность настроения. Выявлена крайне низкая способность к абстрактному мышлению, трудности в образовании понятий, недостаточно высокая кратковременная память. При семейном тестировании выявлена воспитательная неуверенность родителей, завышенный уровень «требований-запретов» в воспитании.

В отделении по лечению неврозов у детей ЦВЛ «Детская психиатрия» сделана ЭЭГ: на фоне общих диффузных изменений биоэлектрической активности головного мозга отмечены явления ирритации корковых структур и стволовых образований; при ГВ — выраженная пароксизмальная активность из мезодиэнцефальных отделов ствола мозга.

При анализе КЭЭГ (табл. 6) были обнаружены фрагменты полноценных взаимоотношений между структурами (верхний кадр), хотя большая часть кадров имеет явное сходство с описанными выше при речевых нарушениях. Особенностью межструктурных отношений в данном случае является большая активность теменно-затылочной области правого полушария. Количество «истоков» из этой области достоверно превышает значения, полученные для других пограничных психических расстройств (заикания, тиков и энуреза), и такие связи характеризовались более высокими коэффициентами корреляции.

Кросс-корреляционный анализ фоновой записи показал, что в межполушарных отношениях наблюдается доминирование левого полушария, особенно в центральных и височных отведениях, и эти отношения соответствуют норме (для правшей). Запись отличается от приводимой ранее — усредненной (рис. 2) — лишь измененным в некоторых фрагментах направлением взаимодействия между структурами мозга.

Количество «истоков» из этой области не превышает значения, полученные для других, а связи характеризовались более низкими коэффициентами корреляции. Видно резкое нарушение взаимодействия между лобными отделами и другими структурами головного мозга, общее уменьшение значимых связей с коэффициентом кросс-корреляции больше 0,3 по сравнению с нормой, и нарушение межполушарных взаимоотношений между теменно-затылочными и затылочными областями.

Мальчику был поставлен диагноз: невроз навязчивых состояний на фоне резидуально-органического поражения головного мозга.

Фрагменты анализа КЭЭГ больной О. А., шести лет, с истерическим неврозом на фоне резидуально-органической недостаточности головного мозга, представленные в табл. 7, подтверждают ранее описанные нарушения в межполушарных и межструктурных взаимоотношениях, характерные для пациентов с пограничными формами психических расстройств.

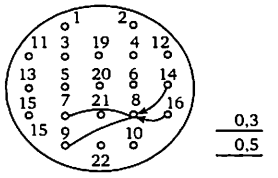
Таблица 7

Фрагмент компьютерного кросс-корреляционного анализа ЭЭГ больного истерическим неврозом В. А., 6 лет, до лечения

Корреляционный анализ

Эпоха: 6 с
00:01:27.0

Фильтр: 1,6—30 Гц
4...12 Гц



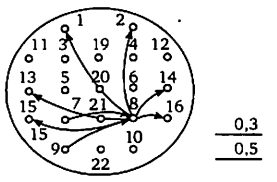
Состояние пациента:
Функциональные нагрузки:

C1	C2	C12(0)	Max C12	*t*, м/с
1	8	0,04	0,23	378,9
2	8	0,26	0,28	7,8
13	8	0,29	0,29	0,0
14	8	0,27	0,38	15,6
15	8	0,28	0,27	0,0
7	8	0,6	0,6	0,0
16	8	0,5	0,57	11,7
9	8	0,65	0,65	0,0

В. А., 6 лет — 05.09.2006

Эпоха: 6 с
00:01:33.0

Фильтр: 1,6—30 Гц
4...12 Гц



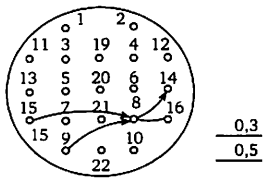
Состояние пациента:
Функциональные нагрузки:

C1	C2	C12(0)	Max C12	*t*, м/с
1	8	0,15	0,33	–117,2
2	8	0,33	0,46	–351,6
13	8	0,27	0,33	–121,1
14	8	0,34	0,42	–11,7
15	8	0,28	0,32	–121,1
7	8	0,45	0,46	3,6
16	8	0,52	0,52	–3,9
9	8	0,49	0,51	3,9

В. А., 6 лет — 05.09.2006

Эпоха: 6 с
00:01:39.0

Фильтр: 1,6—30 Гц
4...12 Гц



Состояние пациента:
Функциональные нагрузки:

C1	C2	C12(0)	Max C12	*t*, м/с
1	8	0,06	0,17	390,6
2	8	0,23	0,23	0,0
13	8	0,13	0,23	109,4
14	8	0,37	0,39	–3,9
15	8	0,16	0,24	113,3
7	8	0,45	0,45	3,9
16	8	0,38	0,38	0,0
9	8	0,49	0,51	7,8

В. А., 6 лет — 05.09.2006

Несмотря на все вышесказанное, большинство специалистов в области пограничных психических состояний, считают, что для невроза характерны: функциональный характер, обратимость, отсутствие орга-

нических изменений, психогенная природа, отсутствие психотической симптоматики и, с определенного возраста, сохранение больным критического отношения к болезни, с чем трудно не согласиться. Но устойчивое мнение, что общим для всех неврозов является то, что при них отсутствуют органические повреждения головного мозга, вызывает вопросы. Ведь все отчетливее звучит и другое: сегодня неврозы развиваются и на фоне резидуально-органического поражения мозга, а доля так называемых «чистых» неврозов значительно уменьшается [А. Ю. Ратнер, 1995; Л. О. Бадалян, 2000; М. И. Лохов, Ю. А. Фесенко, 2000; А. А. Скоромец и др., 2005; Р. Шейдер, 1998; К. Гиллберг, Л. Хеллгрен, 2004 и другие].

В этой связи необходимо остановиться на ***психастении*** (греч. *psyche* — душа, *astheneia* — физическая и психическая слабость, бессилие), которая на данный момент классифицируется как невроз (F48.8 — Другие специфические невротические расстройства 48.8), несмотря на то, что в Международной классификации болезней специфических признаков данного невроза не приводится. Между тем, до перехода на эту классификацию в отечественной психиатрии использовалась классификация психопатий, в которой выделялась ***психастеническая психопатия***. В «Большой медицинской энциклопедии» указывается, что психастения впервые описана в 1903 г. французским врачом П. Жане, считавшим, что характерное для нее ослабление способности к восприятию реальной действительности влечет за собой постоянные сомнения и колебания, сосредоточенность на мнимых опасностях. По И. П. Павлову, в основе заболевания лежат слабость подкорки и первой сигнальной системы, преобладание второй сигнальной системы. В современной медицине термин «психастения» применяется для обозначения либо одной из форм психопатии, либо невроза навязчивых явлений (обсессий) у психопатической личности [БМЭ, 2008].

В. Я. Гиндинкин пишет: «Термин «психастения» был предложен известным французским психиатром P. Janet (1903), рассматривавшим это расстройство как самостоятельное психическое заболевание, основным признаком которого является нарушение «функции реального». Однако в дальнейшем выявилось, что аналогичные состояния могут возникать в рамках неврозов (в этом случае они носят временный характер и представляют собой реакцию на неблагоприятные внешние воздействия — психогенные травмы, переутомление и другие), органических заболеваний центральной нервной системы (один из психопатоподобных вариантов психоорганического синдрома), малопрогредиентной шизофрении (с формированием псевдопсихопатических или психопатоподобных расстройств) и, главное, психопатий. К настоящему времени о психастении как об одном из основных типов психопатий говорят в том случае, если имеют место критерии, свойственные таковым. Когда степень выраженности этих расстройств не достигает клинического уровня, говорят об акцентуации личности

по психастеническому (ананкастному, тревожно-боязливому) типу» [В. Я. Гиндинкин, 1997].

Для психастении характерны чрезмерная мнительность, впечатлительность, ранимость, застенчивость, чувство тревоги, пугливость, слабость инициативы, нерешительность, неуверенность в себе, в будущем, которое представляется бесперспективным, несущим неудачи, неприятности. В связи с этим появляется боязнь нового, неизвестного. Психастеник с трудом отступает от заведенного порядка, отличается педантичностью, из-за бесконечных сомнений все делает медленно, снова и снова проверяя правильность предпринятых действий. Им свойственны ригидность мышления, склонность к мучительному самоанализу, отвлеченным рассуждениям. Кроме того, могут наблюдаться деперсонализационно-дереализационные нарушения [А. Е. Личко, 1979].

Как и для астеников, для психастеников характерны раздражительная слабость с вегетативной неустойчивостью, впечатлительность, быстрая утомляемость, реакция гиперкомпенсации. Однако у психастеников обычно эти особенности менее выражены, чем у астеников. Астеники и психастеники принадлежат к одной, астенической в широком смысле слова группе, однако психастенические проявления в большей степени зиждутся на патологически измененной почве (резидуально-органической недостаточности головного мозга), что характерно для расстройств психопатического круга или для психопатоподобного варианта психоорганичсского синдрома. Нам кажется, что приведенные выше данные по объективному исследованию неврозов и других пограничных расстройств (ЭЭГ, КЭЭГ) подтверждают сказанное в той части, которая касается мнения о «чистых» неврозах.

Для неврозов нет ни возрастных, ни половых границ. Неврозы практически всегда проявляются так называемым астеническим синдромом, в который входят симптомы повышенной утомляемости, истощаемости нервно-психических процессов, часто возникают вегетативные расстройства (потливость, сердцебиение) и нарушения сна.

По форме проявления невроз может быть ***невротической реакцией*** (кратковременной и быстро обратимой), ***невротическим состоянием*** (более продолжительное и менее обратимое расстройство) и ***невротическим формированием личности*** (когда факторы, вызывающие невроз, уже не просто «звучат» в картине болезни, а вызывают выраженные характерологические изменения).

В этой связи надо сказать о механизмах развития невротического поведения пациента, вспомнив работы Ганса Юргена Айзенка (Hans Eysenck) (1916—1997), английского психолога, одного из лидеров биологического направления в психологии, создателя факторной теории личности, одного из виднейших теоретиков «терапии поведения» [H.-I. Eysenck, 1960], который, по словам В. И. Гарбузова с соавторами, стремясь «...найти выход из тупика неофрейдистских концепций с их фатализмом и пессимистическим взглядом на неврозы... рассма-

тривает механизм развития невротического поведения следующим образом: на первом этапе сильное психотравмирующее воздействие или серия субтравматических раздражителей вызывают эмоциональные реакции с выраженным вегетативным компонентом и первыми признаками дезорганизации поведения. На втором этапе первичные патологические рефлексы на психотравмирующий фактор закрепляются, теряют связь с вызвавшими их психогениями, генерализуются и появляются в ответ на любое раздражение. Возникает особый тип изначального дефектного эмоционального приспособления, которое и представляет собой невротическое поведение. Таким образом, в основе возникновения преобладающего числа невротических проявлений (особенно характеризующихся страхами, фобиями и другими реакциями) лежит образование условно-рефлекторных связей. На третьем этапе при отсутствии стимулов, подкрепляющих условно-рефлекторную связь, происходит «затухание» невротической симптоматики, ослабление и исчезновение патологического рефлекса... Таким образом бихевиористы рассматривают невроз как единичный симптом или сумму симптомов, которые являются по сути условно-рефлекторными образованиями, закрепившимися неблагоприятными привычками. Отсюда бихевиористское отрицание невроза как психологически обусловленной болезни личности... Отвергая фрейдистскую «динамическую психологию», игнорируя роль личностного конфликта в этиопатогенезе невроза, бихевиористы выплеснули с водой и ребенка» [В. И. Гарбузов и др., 1977].

Наиболее полно психогенез неврозов, по мнению В. И. Гарбузова, рассмотел В. Н. Мясищев, в том числе и неврозов детского возраста, поскольку считал, что невроз возникает на почве столкновения желаний личности и действительности, которая их не удовлетворяет. При этом одно из решающих условий патогенности ситуации, приводящей к неврозу, заключается в ее относительной неразрешимости для данного человека в данной жизненной ситуации.

Считается, что необходимо выделять три основных формы («три кита»): ***неврастению*** (по МКБ-9 ее шифр 300.5, по МКБ-10 — F48.0); ***истерический невроз*** (300.1 и F44) и ***невроз навязчивых состояний*** (300.3 и F42). Кроме них, в классификации психических болезней выделены: ***невроз тревоги (беспокойства)*** (300.0 и F40), ***фобический невроз, или невроз страха*** (300.2 и F40) — в МКБ-10 они объединены в ***фобические тревожные расстройста*** (F 40), ***ипохондрический невроз*** (300.7 и F45.2), а также ***реакция на тяжелый стресс и нарушение адаптации*** (F43), ***соматоформные расстройства*** (F45) и ***синдром деперсонализации-дереализации*** (F48.1).

В этиопатогенезе основных трех форм невроза В. Н. Мясищев рассматривает три типа внутреннего конфликта, в основе которых лежат «чувство неполноценности и тенденции самоутверждения», когда «... личность не умеет при данной конкретной ситуации справиться со стоящей перед ней задачей даже при самом активном стремлении разрешить эту задачу...» (цит. по: *Гарбузов В. И.* и др., 1977).

Для ***неврастении*** характерно относительное несоответствие между возможностями или средствами личности и между требованиями действительности, что выражается в диспропорции между уровнем притязаний (то, на что человек претендует в жизни) и внутренними ресурсами (возможностями, способностями) личности, если притязания эти носят «объективно-принципиальный» характер (по В. Н. Мясищеву).

Характеризуя конфликт при ***истерии***, Мясищев наиболее типичным противоречием между личностью и объективной действительностью считал неспособность личности подчинить действительное положение дел своим требованиям, равно как отказаться от своих требований, учитывая реальность, и принять требования действительности, идущие вразрез с ее субъективными желаниями.

При ***неврозе навязчивых состояний*** противоречивые внутренние тенденции как бы «расщепляют» личность, раздваивают ее, поскольку желания личности не реализуются из-за того, что она не может (боится, бесконечно сомневается) решиться на действия, позволившие бы этим желаниям исполниться.

Довольно часто встречается упоминание о так называемых ***системных неврозах***, когда говорят о таких формах пограничных заболеваний, как тики, энурез, энкопрез, заикание и др. В нашем понимании это не что иное, в большинстве своем, как ***неврозоподобные формы*** (в противоположность ***невротическим***) данных страданий. Невротические формы этих монополярных пограничных расстройств встречаются гораздо реже неврозоподобных, и о ***невротическом*** энурезе, тиках, заикании и прочих заболеваниях можно говорить только тогда, когда они сопровождают классическую клиническую картину того или иного невроза. В этом случае они рассматриваются в качестве отдельных симптомов неврастении, истерии и невроза навязчивых состояний

Широко применялся еще один термин (особенно в 1970—1990-е гг.) — ***школьный невроз***. Под ним понимался как бы особый невроз, вызванный проблемами, связанными с посещением школы, и проявляющийся главным симптомом среди многих — нежеланием ребенка посещать школьные занятия. В чем такая популярность этого термина? Дело в том, что практически все неврозы у школьников сопровождаются нежеланием ходить в школу, и не секрет, что любые психические отклонения ведут к социальной дезадаптации (не описаны еще случаи, когда больной человек был бы способен работать больше и продуктивнее, чем здоровый). Все-таки понятие «школьный невроз» недостаточно четко дифференцировано и поэтому не прижилось среди психиатров и психотерапевтов, а используется обычно в литературно-публицистическом значении.

Многие авторы исследований неврозов у детей отмечают особую роль аномалий воспитания в генезе этих заболеваний, считая их для детского возраста ведущей составляющей этиологии и патогенеза рас-

стройства. Цифры в разных литературных источниках, показывающие количество случаев аномального воспитания и дисгармоничных семейных взаимоотношений в семьях детей-невротиков, поражают своей величиной. По данным Т. П. Симпсон, В. И. Гарбузова, Э. Г. Эйдемиллера, Г. Н. Пивоваровой, А. И. Захарова, М. П. Князевой и О. А. Трифонова, В. Д. Менделевича, К. Хорни и многих других, у 60—90 % детей, страдающих неврозами, выявляются нарушения семейного функционирования и признаки аномального воспитания. Из ситуаций, приводящих к неправильному воспитанию и нарушениям семейного взаимодействия, многими авторами выделяются, как наиболее патогенные: алкоголизм и асоциальное поведение родителей; проживание разведенных родителей вместе; неблагоприятное воздействие прародительской семьи; перекладывание своих родительских обязанностей на нянек, гувернанток; неблагоприятное воздействие матерей, когда они инфантильны или авторитарны, гиперсоциальны, формальны или тревожны (особенно в отношении здоровья ребенка), не учитывают индивидуальность собственного ребенка, психологически отвергают его, подавляют его активность и самостоятельность [Т. П. Симпсон, 1959; В. И. Гарбузов и др., 1977; Г. Н. Пивоварова, 1978; М. П. Князева, О. А. Трифонов, 1982; А. И. Захаров, 1988; Э. Г. Эйдемиллер, 1994; К. Хорни, 1997; В. Д. Менделевич, 2001].

В. И. Гарбузов с соавторами (1977), основываясь на понимании невроза как болезни развития личности (по В. Н. Мясищеву), центральным звеном в этиопатогенезе неврозов у детей считает изменение врожденных, целесообразных типов реагирования, т. е. ***темперамента***, на реагирования невротического типа, когда воздействие биосоциальных факторов патогенно. Автор подчеркивает целесообразность свойств темперамента, так как они обусловлены длительным процессом эволюции человека, в результате которой сегодня не существует изначально слабого или сильного типа (каждый имеет вполне достаточный уровень приспособительных функций). Другое дело, что могут изменяться, особенно у детей раннего возраста, отдельные свойства темперамента, причем это может приводить и к деформации типа реагирования в целом. Биосоциальные факторы могут как усиливать приспособительную функцию свойств темперамента, так и тормозить развитие отдельных свойств, деформируя приспособительные функции. К значимым биосоциальным факторам относятся анте- и постнатальные вредности, генетические и социально-средовые небагоприятные воздействия (длительные депривации, конфликты, мнимые и реальные угрозы, неблагоприятное воздействие микросреды, а главное в отношении детей — неправильное воспитание. Все эти факторы несут опасность важнейшей приспособительной функции — ***защитной***.

В. И. Гарбузов выделяет ***типы аномального воспитания***, приводящие к возникновению невротическомго радикала: тип А («неприятие»), обусловленное рядом осознаваемых и чаще неосознаваемых факторов (авторитарное, жесткое воспитание и «гипоопека», неприятие собственного ребенка; либо чрезмерная требовательность, жесткая регламентация и контроль, либо недостаток контроля на почве равнодушного попустительства), тип Б (гиперсоциализирующее воспитание), когда на почве тревожной мнительности родителей в семье все пропитано чрезмерной озабоченностью будущим ребенка и всей семьи, что наиболее часто наблюдается в семьях с одним ребенком, у пожилых родителей, в семьях, живущих совместно с родственниками старшего поколения и тип В (эгоцентрическое воспитание), когда ребенку, часто единственному, долгожданному, навязывается представление «я» как самодовлеющей ценности для окружающих, т. е. когда ребенку с раннего возраста демонстрируется (и внушается!), что он — «кумир», «единственная радость», «смысл жизни», «пуп Земли», «маленький», «слабенький» и т. п., причем, как правило, при этом игнорируются интересы всех окружающих.

«Воспитание по типу Б тормозит выявление тех свойств темперамента, от которых зависят скорость и направленность приспособительных реакций (так же, как и воспитание по типу А), вызывает формирование ощущения неполноценности и тревожности, что влечет за собой, в конце концов, под влиянием психотравмирующих факторов, формирование невротических форм реагирования, защиты...

Искажающее воздействие воспитания по типу В на свойства темперамента заключается в подавлении его приспособительной функции (угашение функции в искусственных условиях обитания), в нарушении коррелятивных и компенсаторных связей между свойствами темперамента; в конечном счете, при столкновении индивида (с «атрофированным темпераментом») с действительностью формируются черты тревожности, ощущение неполноценности и, главное, неадекватная агрессивность» [В. И. Гарбузов и др., 1977].

Комбинации тех или иных свойств темперамента (холерического, сангвинического или флегматического) с тем или иным типом неправильного воспитания и некоторыми особенностями преморбидной личности приводят, по наблюдениям В. И. Гарбузова, к формированию соответствующего преневротического характерологического радикала.

У ребенка с ***холерическим*** темпераментом:

- при воспитании по типу А формируется преневротический характерологический радикал «***агрессивности и честолюбия***» (истощаемость, утомляемость, неустойчивость к трудностям, невротическая фиксация на значимом, эмоциональная лабильность со склонностью к аффективной взрывчатости, к конфликтности, подозрительность, злопамятность, завистливость, стремление к лидерству, склонность к гетеро- и аутоагрессивности, длительное застревание на неудачах, склонность к ***истерическим*** и ***астено-невротическим реакциям*** при неудачах и жизненных трудностях, ипохондричность, подверженность психосоматическим расстройствам);
- при воспитании по типу Б формируется радикал «***педантичности***» (низкий уровень работоспособности, медлительность, сдержан-

ность, ригидность, осторожность, нерешительность, гиперсоциальность, склонность к аутоагрессии и конформности, высокое чувство долга, ответственность, педантичность, пунктуальность, исполнительность, скрытность, замкнутость, тревожное и мнительное застревание на неудачах, склонность к ***астено-невротическим и обсессивным реакциям*** при неудачах и жизненных трудностях, ипохондричность, подверженность психосоматическим расстройствам);

• при воспитании по типу В формируется радикал «***эгоцентричности***» (истощаемость, утомляемость, нейстойчивость к трудностям, невротическая фиксация на значимом, ригидность, прямолинейность, бескомпромиссность, упорство в достижении значимых целей, эгоцентричность, требовательность в отношении окружающих, а особенно — близких, нестабильность в отношениях со сверстниками, гетероагрессивность, упрямство, длительное и аффективное застревание на неудачах, тревожность, мнительность, обидчивость, ранимость, ипохондричность, склонность к ***истерическим и обсессивным реакциям*** при неудачах и в трудных жизненных ситуациях).

У ребенка с ***сангвиническим*** темпераментом:

• при воспитании по типу А формируется преневротический характерологический радикал «***благоразумности***» (низкий уровень работоспособности, истощаемость, утомляемость, неустойчивость к трудностям, сдержанность, тормозимость, степенность, ранимость, ригидность, рассудочность, бережливость, практичность, уступчивость при упорстве в достижении значимых целей, склонность к аутоагрессии и конформности, недоверчивость, замкнутость, скрытность, тревожность и мнительность, склонность к ***обсессивным и астено-невротическим реакциям*** на неудачи и трудности, подверженность психосоматическим расстройствам);

• при воспитании по типу Б формируется радикал «***тревожной синтонности***» (повышенные утомляемость и истощаемость, неустойчивость по отношению к трудностям, медлительность, невротическая фиксация на значимом, эмоциональная лабильность, плаксивость, нерешительность, чрезмерная уступчивость, сверхдоверчивость, сентиментальность, стыдливость, застенчивость, гиперсоциальность, несамостоятельность и зависимость, тревожность и мнительность, склонность к ***обсессивным и астено-невротическим реакциям*** на неудачи и трудности, подверженность психосоматическим расстройствам);

• при воспитании по типу В формируется радикал «***инфантильности и психомоторной нестабильности***» (низкий уровень работоспособности, истощаемость, утомляемость, неустойчивость к трудностям, нестабильность психического темпа, склонность к перевозбудимости и конфликтности, к гетеро- и аутоагрессивности, конформности, несамостоятельность и зависимость, требовательность по отношению к близким, нестабильность в отношениях со сверстниками, сверхотвлекаемость и суетливость, экстравертированность с чрезмерной общительностью, открытостью, демонстративностью поведения, беззаботностью, склонность к ***истерическим реакциям*** на неудачи и трудности).

У ребенка с ***флегматическим*** темпераментом:

• при воспитании по типу А формируется преневротический характерологический радикал «***конформности и зависимости***» (медлительность, невротическая фиксация на значимом, сдержанность, ригидность, тормозимость, осторожность до нерешительности, чрезмерная уступчивость, несамостоятельность, сверхзависимость, забитость, пассивность, склонность к интроверсии, застревание на неудачах, тревожность и мнительность, элективность внимания (устойчивость лишь на значимом для него), робость, к ***астено-невротическим или обсессивным реакциям*** при неудачах и жизненных трудностях, ипохондричность, подверженность психосоматическим расстройствам);

• при воспитании по типу Б формируется радикал «***тревожной мнительности и замкнутости***» (низкий уровень работоспособности, истощаемость, утомляемость, неустойчивость к трудностям, невротическая фиксация на значимом, сдержанность, ригидность, тормозимость, осторожность, нерешительность, склонность к аутоагрессивности и конформности, колебаниям и сомнениям, сверхосторожность, гиперсоциальность, благоразумность, скрытность, застенчивость, пассивность, мечтательность, склонность к фантазированию, длительное застревание на неудачах, тревожная мнительность в отношении здоровья своего и родителей, ипохондричность, опасения относительно настоящего и будущего благополучия своего и семьи, высокая степень озабоченности состоянием дел родителей, к ***обсессивным и астено-невротическим реакциям*** на неудачи и трудности, подверженность психосоматическим расстройствам);

• при воспитании по типу В формируется радикал «***контрастности***» (неустойчивость, контрастность и неадекватность по отношению к трудностям, нестабильность психического темпа, низкий уровень работоспособности, истощаемость, утомляемость, склонность к конфликтности, к гетеро- и аутоагрессивности, аффективной взрывчатости, элективность внимания, противоречивость всех личностных характеристик: внешне — самоуверен, горд, силен, задира, драчун, агрессивен, внутренне — раним и обидчив, боязлив и робок; стремится к лидерству и не верит в свои силы, пассивен; «презрительное» (свысока) отношение к сверстникам и сверхчувствительность к их оценке его личностных данных; способность к длительному волевому усилию и безволие; при правдолюбии и требовании искренности от других — скрытность, недоверчивость и подозрительность; при высокой заинтересованности «в судьбе человечества» – равнодушие к судьбам близких; сложность и контрастность отношения к родителям: при страхе их заболевания и смерти, высокой степени озабоченности их делами — грубое, неласковое к ним отношение; требовательность к одним лицам и всепрощение в отношении других; болезненное самолюбие, эгоцентричность, тревожная мнительность, сверхтребовательность к себе и тотальная

неудовлетворенность собой; склонность к ***обсессивным и истерическим реакциям***, к психосоматическим нарушениям).

В. И. Гарбузов, подводя итог, говорит о том, что именно преневротический характерологический радикал ***«контрастности»*** наиболее характерен для преморбидной личности, так как тенденция к «контрастности», углубляясь под воздействием социально-средовых факторов, становится составной частью в структуре невроза, особенно часто невроза навязчивых состояний. Он пишет: «Таким образом, первый этап этиопатогенеза невроза (преневротический) и формирование преневротического характерологического радикала, продолжающееся воздействие неправильного воспитания, неблагоприятной жизненной ситуации, хронической психотравматизации приводят к усилению ощущения неполноценности, нарастанию тревожности и подготавливают индивида к патогенному восприятию так называемого пускового фактора, или побудительного толчка» [В. И. Гарбузов и др., 1977].

Давно не секрет, что семья, являясь главным институтом воспитания, имеет огромное значение в личностном формировании ребенка, который, приобретая в семье те или иные качества, сохраняет их в течение всей последующей жизни. Немаловажно и то, что именно в семье закладываются основы личности ребенка, которые к моменту поступления его в школу, т. е. к началу младшего школьного возраста, в большой мере уже сформированы.

Семья может выступать в качестве как положительного, так и отрицательного фактора воспитания. Именно в семье ребенок получает первый жизненный опыт, делает первые наблюдения и учится, как себя вести в различных ситуациях. От того, какой знак будет иметь фактор воспитания, зависит формирование отрицательных или положительных свойств личности маленького человека [И. П. Подласый, 2004].

Воевода в фильме В. Хотиненко «1612» сказал: «Кривое кривым не исправишь!» И верно: семья является сильным фактором и в улучшении состояния больного ребенка. Гармоничное, спокойное и принимающее ребенка, таким, какой он есть, поведение родителей способствует улучшению состояния, снижает его раздражительность и тревожность. Патологизирующее же воспитание (гиперопека, эмоциональное отвержение и т. п.) могут, напротив, еще более ухудшить его состояние.

В системном подходе семья рассматривается как целостная единица. Она состоит из частей, которые в нее органически входят. Объектами влияния семьи считаются не те элементы, из которых она состоит, а вся семья в целом. Все элементы и процессы, происходящие внутри семьи, взаимно влияют друг на друга. Соответственно изменения, которые происходят в отдельном элементе системы, могут вторично обусловливать изменения в других частях системы или в системе в целом. Семья как система подчиняется двум основным законам: ***закон гомеостаза*** и ***закон развития***, которые существуют и действуют одновременно. Суть закона гомеостаза в том, что любая система стремится сохранить существующее положение любым путем. Причем этот закон относится

как к функциональным семьям, так и к семьям дисфункциональным. Любые перемены пугают семью. Она считает, что перемены хуже, чем существующее положение. Закон гомеостаза дает ответ на вопрос, почему в семье многие годы могут сохраняться проблемы. Суть же закона развития заключается в следующем: любая открытая система стремится развиваться и пройти свой путь от нулевой точки до завершения. Источник творческих сил заложен внутри семьи. На уровне семьи закон развития проявляется в том, что семья как система должна пройти свой жизненный цикл, который представляет собой последовательную смену основных событий или стадий [А. Я. Варга, 2001; Э. Г. Эйдемиллер, 2007].

Функции семьи призваны реализовывать ее возможности в качестве как цели (создание оптимальных условий для формирования социальной идентичности и социализации детей), так и средства удовлетворения общественных, групповых и индивидуальных потребностей. При этом сами семейные функции являются формой реализации двусторонней связи. Через них, с одной стороны, семья связана с обществом, а с другой — с составляющими ее индивидами. Реализация основных семейных функций удовлетворяет потребности отдельных членов семьи и системы в целом, в том числе ее потребность в росте и изменении [К. Витакер, 1998].

Реализуя свои функции, семья удовлетворяет важнейшие естественные, биологические потребности человека (прежде всего, в самосохранении и продолжении рода) и позволяет человеку достигать определенных целей в общении, в личностном и духовном росте. По мере развития семьи ее цели закономерно меняются: одни утрачиваются, другие появляются, что зависит от новых социальных условий. К параметрам семейной системы относятся также: семейные правила, стандарты (стереотипы) взаимодействия, семейные мифы, семейная история (тема), семейные стабилизаторы. Важнейшими характеристиками семьи являются ее функции, структура и динамика [К. Витакер, В. Бамберри, 2001].

Исходя из того, реализует ли семья свои функции, выделяют два типа семьи: нормально функционирующие и дисфункциональные. Нормально функционирующая семья — это семья, которая ответственно и дифференцированно выполняет все свои функции, вследствие чего удовлетворяется потребность в росте и изменениях как семьи в целом, так и каждого ее члена. В таких семьях имеются несколько хорошо работающих подсистем, четкие границы между подсистемами и членами семьи, нормальная иерархия (греч. *hierarchía*, от *hierós* — священный и *arche* — власть; расположение частей или элементов целого в порядке подчинения от высшего к низшему), адекватное распределение власти.

Термин «дисфункциональная семья» обычно применяется в широком контексте к семейной системе, которая является источником неадаптивного поведения одного или нескольких ее членов, не обеспечивает необходимых условий для их личностного роста. По дан-

ным современных семейно-психологических исследований, дисфункциональные семьи имеют следующие характеристики: существование любых проблем отрицается членами семьи, испытывается недостаток в степени интимности, чувство стыда используется для мотивации индивидуального поведения, семейные роли являются жесткими, индивидуальная идентичность приносится в жертву семейной идентичности, а индивидуальные потребности — потребностям семьи в целом. Семейные мифы, или «образ семьи» в дисфункциональной семье не соответствуют реальности, а юмор, нежная забота, оптимизм являются редкостью. Конфликты здесь закрыты, имеет место хроническая неприязнь одних членов семьи к другим. Дисфункциональные семьи отличаются размытыми или чрезмерно непроницаемыми, жесткими границами, дисфункциональным составом подсистем, наличием коалиций, перевернутой иерархией и другими особенностями. Семья может достаточно долго существовать, имея дисфункциональную структуру и ригидные узоры поведения. Но проблемы проявляются в условиях кризиса, например, при переходе с одной стадии на другую, изменении состава семьи (смерть, уход) или при других стрессовых воздействиях. Дисфункциональность семейной системы тесно связана с возникновением невротических и психосоматических расстройств [И. П. Брязгунов, Е. И. Касатикова, 2001; И. М. Никольская, Р. М. Грановская, 2006; О. М. Николайчук, 2008; А. М. Романов, 2011].

Первые навыки существования в жизненном простанстве ребенок получает именно в семье, о чем уже говорилось. Эти модели поведения он пытается сначала, как по лекалу, переносить на общение с посторонними, прежде всего, со сверстниками. Если та или иная модель «проходит», он оставляет ее, чтобы пользоваться в дальнейшем. Если другая модель не принимается окружающими, он от нее отказывается, как от не совсем неудачной. Это и есть метод проб и ошибок. Однако его мучает вопрос: «А почему неудачная модель вполне жизнеспособна в моей семье?» Кому довериться такому ребенку в правильности выбора? Ведь не доверять своим самым близким людям страшно и стыдно. И все же, чтобы прижиться вне границ семьи, ему приходится переступать этот порог «мы/они». Известный немецкий физик М. Борн сказал как-то: «Нет неразрешимых проблем, есть неприятные решения». Внутренний конфликт такого рода, как правило, возникает у детей из дисфункциональных семей, повлиять на гармонизацию структуры которой и может такой ребенок, сделав свой выбор, продиктованный реальностью. Кто-то из мыслителей сказал: «Стыд — это начало самосовершенствования». Невротик, привыкший бояться, подчиняться, молчать, не умеющий высказать свое мнение, принять ответственное решение, преодолевая болезнь, становится решительным, волевым, смелым, учится отстаивать свои интересы, но не сразу, а через преодоление стыда за то, что он становится не таким, как все привыкли, в том числе (и, прежде всего!) члены его семьи, становится неудобным, где-то даже «нагловатым и нахрапистым», принципиальным и настойчивым. Это преодоление дается неимоверно тяжело, но это и есть путь избавления от невроза.

4.1. Неврастения

В этиопатогенезе ***неврастении*** ведущее место занимает несоответствие между возможностями и средствами личности и между требованиями действительности. Неврастению часто называют ***«неврозом слабости»***. И это не случайно, ведь в переводе этот термин обозначает: «легко раздражающийся, нервный» или «бессилие, общая слабость».

В МКБ-10 неврастения отнесена к классу V, блоку F40-F48 — «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», код наврастении — F48.0. Выделены следующие ее формы: гиперстеническая (начальная стадия), раздражительная слабость (вторая, промежуточная стадия — фаза болезни) и гипостеническая (третья стадия, характеризующаяся тотальной слабостью и истощаемостью).

Этот невроз является наиболее размытым по этиопатогенезу и клиническим проявлениям, что нередко вызывает споры о самом праве неврастении на существование. «В ней, как в сборе лекарственных трав «от всех болезней», одна пятая — одного, одна пятая — другого… И в неврастении: одна пятая — астенический синдром, одна пятая — депрессия, одна пятая — ипохондрия, одна пятая — аффективная раздражительность и одна пятая — вегето-сосудистая дистония. Неврастению относят к первому, второму, третьему, четвертому или пятому, или все это — к неврастении. И отрицающих неврастению как невроз, сегодня больше, чем признающих ее существование» [В. И. Гарбузов, 2001].

Таким образом, неврастения настолько многообразна по проявлениям и сложна по этиологии и патогенезу, что почти уже полтора века ее исследованием занимаются врачи многих специальностей (в основном, конечно, психиатры, психотерапевты и неврологи), причем взгляды их на эту проблему не всегда совпадают, что будет очевидным из сказанного ниже.

Чарлз Остин Бирд (Beard), знаменитый американский врач и невропатолог, в 1880 г. описал неврастению как функциональное нервное заболевание, которое сложно распознать из-за субъективности симптоматики, требующей умелого, тщательного и длительного расспроса. Систематизированная Бирдом симптоматика неврастении включала в себя 44 психических и соматических симптома, которые присущи всем реактивным психогенным состояниям, конституциональным состояниям нервно-психической неполноценности, неврозам, в том числе и неврозу навязчивых состояний, фобиям, мягко протекающим формам эндогенных психозов и начальным стадиям органических заболеваний ЦНС. Кроме этого, автор назвал это заболевание «специфическим для социально-экономических условий американской цивилиза-

ции». Из основных причин возникновения неврастении были названы умственное перенапряжение, которое, если связано с наследственной предрасположенностью («нервным диатезом»), то протекает наиболее тяжело. Главным патогенетическим звеном была определена истощаемость нервных элементов, в первую очередь нервных центров, ведущая к изменениям в самых различных органах, особенно часто к расстройствам сердечно-сосудистой системы. Бирд выделил две формы этого невроза: церебрастению и миеластению.

Позднее Ж.-М. Шарко, считавший неврастению наследственным заболеванием, описал все же и другую форму — «простую благоприобретенную неврастению». Разграничивали «истинную неврастению» и «неврастению наследственную» многие исследователи невротических расстройств: французские неврологи Ж. Жиль де ла Туретт, Ф. Раймонд, австрийский и немецкий психиатр Р. Крафт-Эбинг, немецкий психиатр Э. Крепелин и другие.

П. И. Ковалевский (1849—1923), известный психиатр, публицист и общественный деятель, в конце XIX в., говоря о неврастении как о нервной раздражительной слабости, подчеркивал, что «неврастения может являться как в виде болезни, унаследованной от родителей, так и благоприобретенной лицами, родившимися от людей с мощною нервною системою. В основе последних случаев неврастении лежат: чрезмерный умственный или физический труд, без надлежащих перемежек с отдыхом, а еще более — при недостаточном питании организма или недостаточном урегулировании вводимых питательных веществ, усиленное злоупотребление возбуждающими веществами, как: алкоголь, морфий, опий, табак и проч., усиленное употребление белковых веществ в пищу при недостатке обмена веществ и движения, плохие условия питания и воспитания в детском возрасте, половые излишества, сифилис и т. п.» [П. И. Ковалевский, 1894].

В. П. Сербский (1858—1917), русский психиатр, один из основоположников судебной психиатрии в России, призывал внимательно анализировать, имеем ли мы дело при неврастенических проявлениях со стадией предвестников душевного расстройства. «Однако даже при опасении, что существующее болезненное состояние угрожает перейти за рамки неврастении и может считаться началом психического расстройства, необходимо иметь в виду, что последнее может обнаружиться в сравнительно слабой форме и что своевременно принятые меры нередко могут в значительной степени способствовать более легкому течению болезни. Наиболее важными мерами в этом отношении являются: устранение причинных моментов (переутомление, различного рода волнения и излишества), более или менее продолжительный отдых от занятий, заботы о правильном отправлении кишечника, покойный и правильный образ жизни, хорошее питание и достаточное пребывание на воздухе, а также те или другие из фармацевтических препаратов, имеющих своею целью как общее укрепление организма (мышьяк, железо), так и устранение отдельных наиболее тягостных

симптомов, как бессонница, потеря аппетита, вазомоторные явления и прочее. Если же, несмотря на принятые меры, болезнь продолжает развертываться далее и вступает в последующий период своего развития, то вместе с этим оканчивается и предохранительное лечение, уступая место лечению уже выраженной болезни» [В. П. Сербский, 1905].

С. С. Корсаков (1854—1900), русский психиатр, основоположник московской психиатрической школы, инициатор создания первого в России «Журнала невропатологии и психиатрии», носящего сегодня его имя, описывая неврастению, говорил о том, что симптомы ее состоят из сочетания явлений повышенной возбудимости (физическая и психическая гиперестезия, невралгические явления, судороги) с явлениями истощения, слабости (быстрая утомляемость физическая и психическая, мышечная слабость, слабость внимания). По преобладанию тех или иных симптомов, он выделял три формы неврастении: церебральную (преобладают чувство тоскливости, тревога, страх, беспокойство, рассеянность, неспособность управлять своим вниманием, склонность к навязчивым мыслям, к ипохондрическим идеям, чувство безжизненности, душевной немощности, мучительное ощущение сдавливания головы (неврастеническая каска) или ощущение пустоты в голове, тревожный сон, кошмары и т. д.); спинальную (преобладают болевае ощущения в разных частях тела и различные парестезии) и висцеральную, включающую в себя сердечную, желудочную и половую неврастению. «Как известно, неврастения бывает или как явление временное, преходящее, или как глубокое (прирожденное или развившееся) состояние... Иной раз неврастения является с раннего детства и в таком случае так тесно связана со всей организацией, что продолжается всю жизнь, то усиливаясь, то уменьшаясь. Случаи этой глубокой или дегенеративной неврастении почти всегда связаны с более или менее выраженною невропатическою наследственностью или мозговыми страданиями, перенесенными в детстве. Нередко неврастения связана также с критическими эпохами в жизни организма: так, иногда она начинается в эпоху полового развития, в климактерическом периоде и при наступлении старости» [С. С. Корсаков, 1913].

В 1930-е гг. С. И. Гольденберг и Т. И. Гольдовская, проведя тщательный анализ имеющихся исторических данных по изучению неврастении, заявили о несостоятельности подразделения неврастенических состояний на основании «одного лишь признака эндо- или экзогении, сомато- или психогении». Авторы предложили метод структурной диагностики Л. М. Розенштейна (1884—1934), ученика В. П. Сербского, психиатра-клинициста, основоположника советской системы организации психиатрической помощи, одного из создателей в нашей стране концепции о пограничной психиатрии. Л. М. Розенштейн считал, что клинико-психопатологическая оценка состояния больного является залогом правильной постановки диагноза и определения наиболее рациональных путей лечебной тактики, причем при комплексном подходе (одновременное использование методов соматического,

неврологического, психологического исследования). Именно поэтому Л. М. Розенштейн называл специалиста, занимающегося исследованием и лечением пограничных психических состояний, психиатром «нового типа», не являющегося узким клиницистом или «клиницистом-психопатологом», знающего при этом вопросы неврологии, соматической патологии и биологии в широком ее понимании, что необходимо врачу-психиатру, «дабы углубить и расширить психопатологическое познание» (цит. по: *Фридман Б. Д.*, 1936).

Метод Л. М. Розенштейна включает в себя следующие блоки: обозначение состояния, определение конституционального типа преморбидной личности, преобладающего экзогенного фактора и выяснение характеристики лечения. «Этот метод структурного диагностического обозначения позволяет уже в настоящее время наметить ряд основных форм неврастенических состояний, которые, может быть, правильнее было бы обозначать клиническим термином состояний истощения нервной системы... эта классификация, исходящая не только из психопатологического анализа, но учитывающая все многообразие проявлений этих синдромов, сможет претендовать на клиническую значимость лишь при условии комплексного изучения больного совместно с врачами других специальностей... необходимо самое тесное сотрудничество психиатра, невропатолога, интерниста, эндокринолога, психолога, патофизиолога, биохимика и т. д. Только таким путем может получиться правильный клинический синтез, необходимый для понимания этих столь многоликих по своей этиологии, сущности и течению состояний, объединенных понятием синдрома истощения нервной системы» [С. И. Гольденберг, Т. И. Гольдовская, 1935].

Ю. А. Александровский пишет: ««Неврастеническое ядро» может наблюдаться как при различных эндогенных, так и психогенных, и соматических расстройствах. С одной стороны, оно объединяет неврастенические расстройства в отдельную нозологическую форму; с другой стороны, «разбросанность» и «вкрапленность» характерных для неврастении симптомов в структуре разных болезненных нарушений порождали до настоящего времени и будут порождать противоречия исследователей в понимании существа и самостоятельности неврастении как нозологической единицы... В частности, E. Kraepelin в своем «Учебнике психиатрии для врачей и студентов» различает «истощение» нервной системы, возникшее психогенно в результате «значительного напряжения на работе», и конституциональную нервность. Однако даже при наличии явных психогенных факторов, обусловивших возникновение неврастенических расстройств, многие исследователи, работавшие в первой половине XX в., уже уделяли особое внимание предрасполагающим факторам: конституциональным, постинфекционным, истощению и т. д.

Приведенные данные показывают, что с течением не очень даже продолжительного времени первоначальное представление о нозологической целостности неврастении распадается. Связывается это

главным образом с многообразием этиологических факторов, вызывающих неврастенические расстройства, и их клиническим полиморфизмом. Постепенно начинает преобладать точка зрения о том, что неврастения может вызываться различными этиологическими факторами (психогенными, соматогенными, экзогенными, эндогенными), «запускающими» неспецифические патофизиологические механизмы развития болезненных нарушений. Так же, как и многие, но в первую очередь психогенные заболевания, протекающие у каждого отдельного человека «по-своему», в клинических проявлениях неврастенического синдрома выражается индивидуально-типологическое своеобразие больного, наличие у него тех или иных биологических и социально-психологических особенностей, продолжительность сохраняющейся актуальности действия этиологических факторов и их характер, целый ряд других факторов. Все это создает индивидуальные особенности неврастенических нарушений, не только затрудняющие, но и делающие невозможным сохранение их в рамках одной нозологической формы» [Ю. А. Александровский, 2000].

Наиболее полное описание клинической картины при неврастении можно найти в «Лекциях по психиатрии детского возраста» Г. Е. Сухаревой (1959). «Красной нитью» при данном неврозе проходит «сочащееся» мучительное чувство неуверенности больного в себе, капитуляция перед жизнью, лежащие на «подушке» массивной астенизации, сочетающейся с вегето-сосудистыми наслоениями. Здесь и отказ от заманчивых целей, и попытка объяснить свои неудачи, свой отказ от борьбы немощностью (не для этого ли организм «продуцирует» головные боли, утомляемость и бессонницу?). Путем неврастенического бегства в болезнь («Я бы хорошо учился (работал), но я больной!») достигается снижение уровня требований и притязаний, что не вызывает к «больному» презрения окружающих, а даже наоборот, ведет к тому, что его жалеют. Он как бы говорит всем: «Оставьте меня в покое! Я не конкурент, вашего места под солнцем не займу», чем избегает агрессии со стороны других. Важен вопрос и о чувстве удовлетворенности, отсутствие которого в картине любого невроза занимает ведущее место. В случае с неврастенией неудовлетворенность дает классический симптом, описанный еще Каннером, —«симптом раздражительной слабости», что и означает на самом деле, как уже было сказано, термин «неврастения»» [Г. Е. Сухарева, 1959].

По мнению В. И. Гарбузова, заметна тенденция пересмотра отношения к неврастении, хотя по-прежнему не отмечается единообразия мнений: «Одни авторы трактуют ее широко, включая в рамки неврастении астенический синдром, вызванный переутомлением, соматическими заболеваниями, интоксикацией и т. д.; другие — отдают предпочтение ее синдромологической диагностике астено-невротического, астено-ипохондрического, астено-депрессивного синдромов, дают новые наименования — «психогенная астения», «астеническая реакция», растворяют неврастению в прочих формах невроза или выде-

ляют новые — «невроз утомления», «невроз истощения»» [В. И. Гарбузов и др., 1977, с. 97].

Сам автор относит к неврастении, как к отдельной форме невроза, невротическую реакцию или состояние, обусловленные психогенными факторами и проявляющиеся эмоционально-волевыми и сомато-вегетативными нарушениями невротического характера на фоне астенического синдрома. Лица, страдающие неврастенией, в большинстве случаев имеют завышенную самооценку и высокие притязания (как следствие эгоцентрически-гиперсоциализирующего воспитания). В условиях суровой реальности стремление к лидерству и престижу не удовлетворяются, развивается ощущение неполноценности, заниженная самооценка «сегодняшнего дня» и явления «неврастенического отказа».

«При продвижении к неврастении ребенок с предневрозом мучительно страдает от неуверенности в себе, однако он колеблется. Побеждает инстинкт сохранения достоинства, и он действует решительно и смело. Побеждают «феминнные» инстинкты, зовущие к осторожности, капитуляции, побеждает чувство неуверенности в себе — и он отказывается от натиска, действия, капитулирует. У него внутренний конфликт, и он действует в пользу одной или другой стороны внутреннего конфликта. Он контрастен — одновременно смел и боязлив, он неоднозначен. У него ущемлено чувство достоинства.

И вот — сокрушительная неудача, тяжелое унижение, чувствительное поражение... Ребенок старается, к оценке своих усилий относится болезненно, а результаты его труда оцениваются как плохие. Или над ним посмеялись, а он не сумел достойно ответить. Или его тяжело унизили, побили, а он проявил постыдную слабость, беспомощность. Он потрясен, он окончательно и бесповоротно разуверился в себе, однозначно капитулировал. Колебания кончились, болезнетворного внутреннего конфликта больше нет. Но это еще не невроз. Если он, капитулировав, отказался и от чувства достоинства, — это просто сломленный человек. Если он капитулировал, но при этом сохранил чувство достоинства, у него невроз. Но как сохранить чувство достоинства при капитуляции? Сохранить его в таких случаях и помогает психологическая защита» [В. И. Гарбузов, 2001].

На основании изучения более 600 детей с неврастенией в качестве наиболее типичных психотравмирующих обстоятельств нами были выявлены следующие типы психологических конфликтов (они представлены в виде наиболее типичных психотравмирующих ситуаций):

• конфликт притязаний, побуждений, потребностей личности с ощущением ею своего психофизического дефекта, переживанием чувства неполноценности, недостаточности. В рамках этих переживаний имеет место столкновение тенденций к активности гиперсоциального школьника (избираемого на ответственные общественные должности) с его застенчивостью, робостью, ощущением неуверенности в себе и в своих силах и возможностях справиться с поручением;

• ведущим переживанием детей при неврастении является ощущение неприятия их значимыми лицами — родителями, учителями, сверстниками. До трех лет — это конфликт потребности в родительской любви с неприятием со стороны родителей;

• переживания, связанные с нарушениями общения при психофизическом дефекте и ощущением неполноценности, препятствующие общительности из-за отсутствия качеств, необходимых для адекватных взаимоотношений. Это может быть конфликт воспитанного в искусственном, «оранжерейном» семейном климате ребенка с обескураживающей реальностью поведения энергичных и решительных, не склонным к уступкам сверстников;

• неудачи и переживания комплекса «не оправдавшего надежд», к примеру, неспособность выполнить, сыграть ожидаемую от ребенка социальную роль;

• блокада потребностей (в раннем возрасте — и биологических), депривации, фрустрации.

Эмоциональные потрясения, особенно те, что переживаются длительно (среди них особо значимы: госпитализации, направление в интернатную группу яслей-сада, санаторий и т. п.). Переживания, вызванные гнетущей ситуацией, когда ребенок запуган и не может апеллировать к матери. Похожими по воздействию являются ситуации вымогательства, угроз, преследования старшими школьниками, о которых ребенок не в силах рассказать взрослым. Что касается острых эмоциональных воздействий, то, по нашему мнению, непосредственной причиной развития невроза они могут стать только в раннем детстве, а чаще всего служат пусковым фактором при наличии у ребенка всех основ преневротических характерологических радикалов (всем хорошо известна широко распространенная у многих уверенность в том, что заикание возникает вследствие испуга, когда родители пытаются отыскать причину испуга их, начавшего заикаться, ребенка, даже, если ее нет!).

Тотальные трудности (при неврастении — в половине случаев), часто принимающие форму забитости, когда ребенок не принимается ни родителями, ни сверстниками, живет в условиях сверхтребовательности со стороны взрослых, сверстников, не обладая при этом необходимыми качествами, а напротив, будучи слабовольным, физически слабым, с низкими задатками и способностями.

В отличие от истерического «ухода в болезнь», при неврастении такой уход — не путь к преодолению препятствий другими средствами, а отказ от желаемого, от преодоления возникших препятствий. Если истерик своими невротическими действиями как бы утверждает: «*все равно все будет по-моему*», то при неврастении это звучит как «*пусть будет по-вашему, только оставьте меня в покое*».

Поэтому ведущий симптом — астения — здесь возникает не вследствие отказа, а в результате длительной изнурительной борьбы за недостижимые для данного индивида цели, за реализацию своего уровня притязаний и самооценки (завышенных).

Ведущие клинические синдромы неврастении следующие:

• астенический синдром, не являющийся специфичным (может быть вызван у детей повторяющимися простудными заболеваниями, хроническими формами соматической патологии и, в свою очередь, способствует их возникновению, затяжному течению, рецидивированию);

• головные боли («ноет, в ней что-то пульсирует, тяжелая, наполнена ватой, болят глаза, от шума, в конце дня, выматывает, постоянная, сильная, в висках, даже кожа головы болит, немеет, надо полежать, отдохнуть — иначе не пройдет») отмечаются в больше половины случаев; их частота и интенсивность коррелируют с психотравмирующими ситуациями; у детей, как правило, жалобы на головную боль появляются с семилетнего возраста (интенсивность умеренная), достигая полноты клинической картины к пубертату;

• психосоматические нарушения (язвенная болезнь, холецистит, астматический бронхит, нейродермит, кардиалгии, запоры и т. д.) сопровождаются жалобами детей (обычно — с 10—11 лет) на «покалывания, неприятные ощущения», их «ноющий» характер, тяжесть, онемение, страх умереть (только в момент болей) и патопластически входят в единый комплекс с неврастенией;

• эмоционально-волевые и поведенческие нарушения (тревога, страхи — «диффузная боязливость» — «боюсь всего» (у 2/3 больных детей), эмоциональная неустойчивость, гневливость как следствие раздражительности (особенно — по отношению к близким), плаксивость, пессимизм, гипобулия — понижение волевой активности, снижение аппетита, нерешительность и мнительность, нерациональность поведения, ранимость, непонимание юмора и шуток, повышенная чувствительность к иронии в свой адрес, подозрительность, неадекватность поведения, часто воспринимаемые окружающими как девиантное);

• нарушения сна — наиболее раннее и специфическое проявление, фиксируемое уже в раннем возрасте. Это ведущий признак, по мнению многих авторов (нарушение засыпания, отсутствие чувства выспанности после нормального по продолжительности ночного сна, часто возникающее желание поспать днем, ночные страхи, беспокойный сон с «разбрасыванием» по постели, сомнамбулизм и сноговорения);

• в раннем возрасте признаки неврастении проявляются на соматовегетативном уровне: нарушения питания (отказ от груди, срыгивания и рвоты, снижение аппетита), нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта (запоры, жидкий стул, метеоризм), нарушения сна (частые пробуждения, инверсия системы сон-бодрствование, вздрагивания во сне), эмоциональные расстройства с плаксивостью, агрессивностью (кусает грудь матери при кормлении и др.), возбудимостью, пассивность, пугливость;

• нередко в раннем возрасте синдромом неврастении является невротический психомоторный регресс (потеря навыков опрятности, умений, ходьбы, речи, общения, интеллектуальных проявлений), появление которого является неблагоприятным признаком и для эмоционального, и для интеллектуального развития.

К четырем-семи годам призаки неврастении становятся схожими с таковыми у взрослых, когда увеличивается удельный вес таких проявлений, как астенический синдром и эмоционально-волевые нарушения: раздражительная слабость, плаксивость, психомоторная нестабильность, отклонения в поведении, касающиеся взаимоотношений со сверстниками (замкнутость, конфликтность и т. п.).

И уже к подростковому возрасту наблюдается развернутая клиническая картина классической неврастении.

У детей неврастения часто сопровождается энурезом, тиками, заиканием, энкопрезом. При этом диагноз «невротический (энурез, тик и пр.)», повторим еще раз, имеет право на существование, если клиническая картина того или иного моносимптоматического заболевания (запинки в речи, тикозные движения, неудержание мочи) разворачивается на почве классической неврастенической симптоматики, т. е. тики, энурез, дневное недержание мочи, заикание и т. д. входят в структуру невроза.

Суммируя все вышесказанное, а также написанное ранее о неврозах В. И. Гарбузовым [В. И. Гарбузов и др., 1977; В. И. Гарбузов, 1991, 1994, 2001], выделим пять диагностических признаков неврастении:

• наличие в анамнезе предневрастенического радикала и соответствующей ему психической травматизации;

• наличие специфических фиксированных форм психологической защиты — «капитуляции, отказа»: «интропунитивность», «импунитивность», «неврастеническая маска депрессии», «неврастеническая маска астении» и общая с истерическим неврозом форма «драматического обращения к альтруизму других»;

• наличие очевидных признаков бегства от реальности — «ухода в монастырь»;

• наличие фактора «неврастенического приспособления» к жизни;

• ликвидация патогенного внутреннего конфликта, контрастности, чувства вины, сохранность чувства собственного достоинства, исчезновение чувства несостоятельности путем использования специфической фиксированной формы психологической защиты.

Ребенка (и взрослого), страдающего неврастенией, можно охарактеризовать двумя словами: ***он слабый***. И все клинические проявления этого невроза, а также способы реагирования неврастеника на жизненные трудности определяются этой характеристикой центральной нервной системы пациента.

Тип личностного конфликта при неврастении — «***хочу, но не могу***». Больные неврастенией у окружающих вызывают ***жалость***.

В конце этой главы мы приводим определение неврастении, данное одним из авторов более 10 лет назад: «***Неврастения*** — психогенно

возникающие формы специфической фиксированной психологической защиты — «капитуляция, отказ»: «интропунитивность», «невротическая маска депрессии и астении», «драматическое обращение к альтруизму других», ликвидирующие предневрастенический личностный радикал и обеспечивающие неврастеническое приспособление к жизни — понимание со стороны близких и социума, избавление от ответственности, от борьбы и долга, требовательности, социальных ожиданий путем приобретения статуса «демобилизованного по болезни солдата», с сохранением чувства достоинства» [В. И. Гарбузов, 2001].

4.2. Истерический невроз

В МКБ-10 истерический невроз (под названием диссоциативные (конверсионные) расстройства) отнесен к классу V, блоку F40-F48 — «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», код — F44. К этим расстройствам классификация относит: диссоциативные амнезию, фугу, ступор, транс и одержимость, двигательные расстройства, конвульсии, анестезию или потерю чувственного восприятия, смешанные, другие и неуточненные диссоциативные расстройства.

В отличие от неврастении, истерический невроз настолько ярок, что подробное описание хотя бы одного клинического примера останется в памяти навсегда.

Ксения была единственной дочерью возрастных родителей (маме 39 лет, папе 43 года), единственной внучкой бабушек и дедушек с обеих сторон. Мама девочки забеременела после 10 лет лечения от бесплодия. Неудивительно, что долгожданный ребенок стал объектом всеобщей любви и обожания. С первых месяцев жизни ей позволялось все, ее не ругали и не наказывали. Любое желание Ксюши исполнялось мгновенно. Фразы: «Ты самая любимая!», «Ты самая красивая!», «Ты самая умная!», «Ты лучше всех на свете!» девочка слышала ежедневно десятки раз.

В детский сад ребенка не отдали: «Там злые, невоспитанные дети, которые научат плохому, и, ни дай, Бог, заразят какой-нибудь гадостью!». Вместо детского сада — с трех лет — занятия музыкой, танцами, английским. В четыре года девочка уже умела читать, знала «уйму» стихов, «прекрасно пела». «К школе наша дочь была подготовлена на все сто», — рассказывала мне мать Ксении.

Школу не пересидишь дома. Школу и учителя подбирали заранее («провели разведку и навели все справки через знакомых»), познакомив с Еленой Петровной всю семью. Учительница любила девочку, считая ее наиболее способной. Сидела Ксюша за первой партой среднего ряда. Два огромных банта в волосах закрывали собой полкласса («Смотрите, Елена Петровна, на меня — красивую, а эта мелочь позади меня — довесок к моему величию!»). На переменах девочка не играла с ребятами, а ходила «как привязанная» за учительницей, ожидая ее у дверей учительской и мест общего пользования. Бабушки по очереди с дедушками ожидали окончания занятий у раздевалки, подкармливая внучку в перерывах между уроками.

В один «прекрасный» день Елена Петровна «встала не с той ноги» — была чем-то раздражена, забыв, что Ксюша — ее любимая ученица, прилежная, послушная и умная. На втором уроке, увидев в тетради девочки ошибку, учительница прикрикнула на нее («Представляете, при всех!»). На нашем солнце появились пятна! У ребенка, как говорят, началась истерика. «Не могли успокоить целый час!» — рассказывал дежуривший в этот роковой день дедушка. Девочку, не успокоившуюся даже после многочисленных извинений Елены Петровны, забрали домой, где «всем миром» успокаивали до вечера. Чуть позже сделали уроки на завтра, пообещали хороший подарок и уложили спать («всю ночь всхлипывала во сне, несколько раз просыпалась, просила посидеть с ней рядом»).

Утром следующего дня девочку разбудили в привычное время. Состояние Ксении «сразу не понравилось»: «глаза красные, носик припух, была какой-то вялой». Вот здесь важный момент! Что делают такие, как у нашей пациентки, заботливые и тревожные родители в обязательном порядке каждое утро, чтобы убедиться в том, что их ребенок здоров? Конечно же, измеряют температуру тела! Представляете? Ежедневно! А поскольку градусник возводится родителями в ранг одного из самых необходимых и важных в жизни предметов, то ребенок со временем понимает: это то, от чего зависит мое, а, стало быть, и всей моей семьи благополучие.

Термометр в то утро безжалостно свидетельствовал: температура тела девочки — 39,9 градусов по шкале Цельсия. Был немедленно вызван домашний педиатр, который удивился, осмотрев ребенка, так как не обнаружил никаких признаков простуды. Узнав о «вчерашнем кошмаре в школе», врач сослался на стресс, перенесенный Ксюшей («Чего же вы хотите? Перенервничала вчера, посидит сегодня дома, попьет успокоительные травки, а завтра все будет в порядке»). Через час после того, как было сказано, что в школу девочка не пойдет, температура нормализовалась — 36,8 °С.

Позвонив учительнице, и взяв у нее задания на завтра, родители и бабушки помогли Ксении подготовиться к следующему учебному дню. А купив обещанный подарок, они уже были уверены в том, что «кризис миновал» (тем более, что самочувствие девочки не вызывало опасений, а температура тела — ее измеряли чрез час (фиксация!) — была нормальной).

Утром следующего дня, как вы догадываетесь, ситуация с точностью повторилась. Ребенок таким образом спрятался от проблем, «ушел в болезнь»!

Об истерии знали еще в Древней Греции, когда она и получила свое название (интересно, что «*hyster*» в переводе с греческого — матка). Истерию образно называют «великой симулянткой», потому что это невроз, психогенность которого не подвергается сомнениям, а симптоматика данного невроза имеет «условную приятность и желаемость» (И. П. Павлов), что подвергает сомнению ее «чуждость» для больного. И, как писал В. И. Гарбузов (1977), когда Фрейд, анализируя истерический невроз, характеризовал его как «бегство в болезнь, волю к болезни», он отмечал лишь несомненный клинический факт, реальность которого была доказана Павловым, показавшим условно-рефлекторный механизм закрепления этого своеобразного невротического

реагирования. Гарбузов назвал истерический невроз неврозом врачебной справки: «Ни при какой другой форме невроза врач не дает столько справок «об освобождении от...», как при этой. Однако, если данную форму невроза не лечить, справки усиливают и закрепляют истерическую форму приспособления. Родители, не понимая сути данного заболевания, нередко приходят к врачу не столько за лечением, сколько за очередной справкой «об освобождении от...» Они протестуют против действий врача, направляющего ребенка с «истерической» температурой в школу. Но это — истерический невроз, и каждая новая льгота и поблажка закрепляют и усиливают его» [В. И. Гарбузов, 2007].

Этот невроз бессознателен. Невротик здесь добивается адаптации путем «инвалидной реакции» (сегодня слово «инвалид» заменено на «ребенок (человек) с ограниченными возможностями»: не характеристика ли это невротика?), предъявляя значимым, актуальным лицам особо актуальный для них симптом или синдром с целью получить всё (путем агрессивности). Существует очень простая формула для диагноста: если симптом дает индивиду льготы, освобождает его от неприятного, — он истерический. Есть мнение, что истерический невроз имеет место в популяции значительно чаще, чем его диагностируют, поскольку истерическое реагирование — уловка (пусть и эфемерная!), позволяющая избегать неприятности, обходить трудности, особенно в детском возрасте, когда истерическое реагирование «довольно частое явление... обычно сопровожлающееся меньшим числом симптомов, а часто она и моносимптоматична...» [М. О. Гуревич, 2002].

Актуальность предъявляемого больными симптома хорошо отражена в патоморфозе истерии (от «истерической дуги» в начале прошлого века до истерической гипертермии, анорексии, рвоты сегодня). Воспитывается такой человек, как правило, по эгоцентрическому типу или по типу потворствующей гиперпротекции, что ведет к формированию завышенной истинной самооценки, которая с трех-семи лет начинает оспариваться реальностью, в результате чего опять-таки возникают ощущение неполноценности и низкая самооценка «сегодняшнего дня».

Обращает на себя внимание демонстративность проявления невроза: больному совсем не безразлично, кто наблюдает за проявлениями заболевания и чаще всего наиболее заинтересованных лиц он находит среди родных и близких, и поэтому именно семья для такого больного является «полем битвы». Кроме этого, показательно особое отношение больного к своему заболеванию: он неосознанно сопротивляется терапевтическому воздействию — «держится за симптом», не испытывает неудобств, связанных с иногда весьма неприятными внешними проявлениями невроза, ему не свойственно чувство вины, смущения при наличии неприятных проявлений симптома — недержании кала, к примеру.

По В. И. Гарбузову, истерический невроз возникает, как правило, у лиц «эгофильного» типа (тип личности по доминирующему инстинкту характеризуется тем, что по своей генетической природе, т. е. по ведущему инстинкту, индивид повышенно эгоистичен, склонен к боязливости, страху, весьма осторожен, осмотрителен, нерешителен, опасаясь совершить ошибку и нанести этим ущерб своей безопасности).

«Предневроз в таком случае характеризуется крайней эгоцентричностью, требовательностью, склонностью всегда и во всех случаях, что бы ни случилось, обвинять других. И ребенок гневно осуждает бабушку за то, что он ударил ее и у него болит рука. При предневрозе, ведущем к истерическому неврозу, дети отличаются ***«социальным инфантилизмом»***: они как бы задерживаются в развитии на этапе раннего детства, когда «все можно», и от ребенка в данном случае ничего не требуют. Характерно игнорирование понятий «надо» и «нельзя», «стыдно». Властвует «хочу!» и «не хочу!»

Однако и у этих детей есть чувство несостоятельности, поскольку низка самооценка «сегодняшнего дня» из-за ощущения ими своей беспомощности в реальной жизни. Но у них завышена установочная (из подсознания) самооценка. Кроме того, такие дети, как правило, не отличаются высоким интеллектом. Зато притязания их чрезмерно высоки. Мало того, самомнение их достигает уровня гордыни. Они подобны «надутой лягушке». Сорваться в невроз такому ребенку легко, ибо жизнь наказывает за самомнение, за чрезмерные необоснованные притязания — неудачами и презрением окружающих. И это будет истерический невроз.

Острая психическая травматизация для такого ребенка — все, что конфликтно противоречит «хочу» или «не хочу». Это резко возросшие требования к нему, когда с его «хочу» или «не хочу» перестают считаться и эгоцентризму дают бой (ясли или сад, школа, встреча со сверстниками, когда вместо безоговорочно удовлетворяющих все его требования родителей он сталкивается с людьми, требующими от него); это жизненные трудности, когда уже не до его желаний и капризов, когда условия его жизни ухудшаются; это суровое наказание, что для такого ребенка ошеломительно: «Кого наказали? Меня?!»; это бескомпромиссное разоблачение его неправоты, что воспринимается как ужасающая несправедливость... И возникает психологическая защита в форме «бегства в болезнь», «инвалидной реакции». Ведь инвалиды имеют право на льготы, послабления, защиту от трудностей и сложностей жизни.

При неврозах часто отмечается выход детей на древние для человека, напоминающие таковые у животных механизмы поведения. Знание этого помогает понять, почему девятимесячный несмышленыш, испытывая неудовольствие, добивается своего истерической бурей, а, находясь в больнице без родителей, впадает в состояние мнимой смерти, становясь безучастным, пассивным, как бы замирая. Это очень важно для понимания истерического невроза. Именно потому, что истеричность — приспособление слабых, ведь истерический невроз имеет место даже у самых маленьких.

При истерическом неврозе ребенок приспосабливается через удивительную способность неосознаваемого, руководящего физиологи-

ческими функциями организма воссоздать модель любого заболевания. Ребенок перестал посещать детский сад, школу, заболев гриппом. В неосознаваемом зафиксировалось ведущее: измерили температуру, уложили в постель, захлопотали, все обязанности сняты. И вот возникла необходимость освободиться от чего-то неприятного. Неосознаваемо следует «приказ» центру терморегуляции — и температура тела повышена. «Надо» — и парализно повисает рука, опускаются веки, начинается сильный кашель, рвоты и т. д.» [В. И. Гарбузов, 2001].

В качестве специфических истерических симптомов могут наблюдаться почти все известные симптомы и синдромы заболеваний человека, включая такие невротические проявления, как энурез, трихотилломания, головные боли, тики, заикание, нарушения сна (сноговорения, снохождения, страхи, качания во сне — и обязательно демонстративные!), слепота, парез конечностей и т. д.

В. И. Гарбузов с соавторами даже выделили ***синдром «ночной истерии»*** (у около 10 % всех детей с истерическим неврозом), относя к нему и сомнамбулизм (снохождения), имеющий психогенную природу. Эпизоды снохождения учащаются при неприятных эмоциях и отличаются стереотипностью проявлений. При этом больные всегда отрицают сам факт ночного снохождения, заявляют утром, что ничего об этом не помнят, демонстрируя, тем не менее, «некоторую нарочитость» действий, с манерностью, вычурностью поведения в этот период, а после «ночных походов» — отсутствие на их теле каких-либо ушибов и царапин. «Они, как правило, заламывали руки, изгибались на руках у родителей, «дико кричали», рыдали или смеялись «до истерики», закатывались в плаче, стучали кулаками по постели, лицу родителей, извивались, визжали, закатывали глаза, в рудиментарном виде выполняли истерическую дугу, хватали себя за горло, будто им что-то мешало, щипали себя и окружающих, т. е. демонстрировали во сне истерические симптомы» [В. И. Гарбузов и др., 1977, с. 131].

Говоря об истерических тиках, В. И. Гарбузов замечает: «У ребенка, страдающего истерическим неврозом, могут быть тики, но если при неврастении или при неврозе навязчивых состояний ребенок стремится их скрыть, то при истерии как раз в кабинете врача они наиболее часты. А уж как они демонстративны! Страдающий истерическим неврозом так закатывает глазные яблоки, что родители приходят в ужас. Они, разумеется, чрезмерно озабочены и повышенно внимательны к ребенку, ему все прощают, и истерическая сверхцель достигнута. Ребенок с истерическим неврозом получает льготы, послабления, а достоинство его защищено опять-таки гениальным психозащитным построением: «Я имею право на льготы, потому что я тяжело болен!» [В. И. Гарбузов, 2001].

Интересно еще одно проявление истерии — ***элективный (избирательный) мутизм*** (лат. «*mutus*» — «немой»). Это состояние, характеризующееся выраженной, эмоционально обусловленной избирательностью в разговоре, когда ребенок может произносить слова (пусть

даже и шепотом) в некоторых ситуациях, но оказывается не в состоянии говорить в других (определенных) ситуациях. Это расстройство может проявиться в раннем возрасте. Некоторые авторы указывают на то, что оно чаще встречается у девочек, другие не отмечают гендерных различий, но считают характерным для него сочетание с выраженными личностными особенностями, когда присутствуют социальная тревожность, отгороженность, чувствительность, сопротивление. Типична ситуация, когда ребенок говорит дома или с близкими друзьями, но молчит в школе или с незнакомыми, хотя могут встречаться и другие варианты общения, нередко противоположные.

В МКБ-10 элективный мутизм рассматривается как отдельное заболевание в рубрике «расстройство социального функционирования, начало которого характерно для детского и подросткового возраста», когда дети и подростки обладают речью и способны ее понимать, но при этом избирательно отказываются разговаривать.

И. В. Добридень причисляет элективный мутизм к одним из редких нарушений детского возраста, которое характеризуется сложным симптомокомплексом и невысокой эффективностью коррекции. «Ребенок, как правило, имеющий сохранную речь, сознательно отказывается от речевого общения (а иногда и от общения вовсе) в ситуациях, являющихся для него психотравмирующими (как в детском коллективе, так и среди взрослых). Возникая в период активного становления речи (три-пять лет) или при поступлении в детский сад либо школу, элективный мутизм, ограничивая коммуникативные возможности, нередко искажает психическое развитие ребенка, затрудняет его социальную адаптацию... В настоящее время решение проблемы элективного мутизма осуществляется психотерапевтически с учетом двух основных фокусов воздействия: собственно симптоматического, нацеленного на аномальную поведенческую модель (поведенческая, или бихевиоральная коррекция), и патогенетического, направленного на первичные и вторичные механизмы ее возникновения и инертного воспроизведения (неповеденческая, или небихевиоральная коррекция). Изучение содержания этих методов показало их в разной степени узконаправленность, нескоординированность воздействия на личность ребенка и окружающей его среды» [И. В. Добридень, 2000].

В. И. Гарбузов описывает такого ребенка красочно: «Дома, с родными, такая девочка болтлива, а в детском садике молчит, и воспитатели не могут добиться от нее ни слова. Ее уговаривают, умоляют: «Ну, ответь, скажи хотя бы, как тебя зовут». Молчит. Это позволяет ей быть на особом положении. Ее водят только за руку. Ее знает весь персонал. Ее буквально охраняют, мать после работы стремглав мчится за ней. Если такую больную вовремя не излечить, то и в школе она также промолчит один-два года, и тогда преодоление болезни окажется очень трудным, ибо количество льгот возрастает. Девочка с элективным мутизмом не опасается контрольных опросов, сидит в сторонке. Ее оставили в покое, для нее не писаны законы, и, в конце концов,

она способна добиться того, что вообще перестанет посещать школу, а школа в лице учительницы сама придет к ней на дом» [В. И. Гарбузов, 2007].

Еще в начале прошлого века П. Б. Ганнушкин (1875—1933), русский психиатр, ученик С. С. Корсакова и В. П. Сербского, создатель оригинальной психиатрической школы, занимавшийся, кроме всего прочего, экспериментальным исследованием гипноза и описавший признаки поведенческой патологии в виде склонности к дезадаптации, тотальности и стабильности, в своей работе «Психика истеричных» говорил об основной черте людей с «истерическим характером» — их чрезвычайной внушаемости. При этом внушаемость определяется как различными внешними впечатлениями (внушение извне), так и всевозможными внутренними переживаниями (самовнушение). П. Б. Ганнушкин пишет: «Одной внушаемостью, однако, трудно объяснить всю совокупность и картину истерического характера; другое неотъемлемое свойство истеричных есть их эгоцентризм... У истеричных стремление привлечь к себе внимание окружающих не имеет решительно никаких границ, они добиваются этого во что бы то ни стало и какими угодно средствами... На почве эгоцентризма, к тому же подкрепленного внушаемостью истеричного, пышно расцветают и культивируются все те качества, которые в общежитии... трактуются, как дурные, порочные, безнравственные...» [П. Б. Ганнушкин, 1909].

Доктор медицины, профессор В. Ф. Чиж (1855—1922), ученый с мировым именем, теоретик и практик психиатрии, а также педагог, автор сотни трудов, в том числе десятка монографий, автор серии патобиографий, в которых первым подверг психиатрическому анализу жизнь, творчество, личность великих русских писателей Пушкина, Гоголя, Достоевского, Тургенева, исторических лиц — Павла I, Аракчеева, Фотия Спасского, зарубежных философов — Огюста Конта и Фридриха Ницше, считал описание истерии наиболее трудным делом из-за непонимания этого страдания, бесконечной разнообразности его признаков и их в высшей степени своеобразности. «Истерия — болезнь эндогенная или конституциональная, и потому всегда проявляется до полного совершеннолетия: проявляется она без всякого повода, или после какого-либо душевного волнения. Часто происхождение истерии объясняется испугом: после испуга появляется первый истерический припадок: прежде столь же неосновательно в этиологии истерии приписывали большое значение несчастной любви и вообще половой жизни. Истерия у женщин гораздо чаще... До сих пор не найдено каких-либо средств или мер для предупреждения появления истерии, и этой болезнью страдают девушки, выросшие в самых лучших для сохранения здоровья условиях... Все страдающие истерией непременно всем своим душевным складом значительно отличаются от нормальных людей; опытный врач даже при поверхностном знакомстве узнает истеричных... Все страдающие истерией обладают так называемым истерическим характером... Истерички почти все, я даже думаю, все, обладают хорошими умственными способностями; восприятие у них, бесспорно, выше, чем у людей среднего уровня; память прекрасная; сочетание представлений богатое, но образование понятий и число понятий, особенно абстрактных, я думаю, вообще недостаточно, и абстрактные понятия играют относительно ничтожную роль в жизни истеричек... Можно считать доказанным, что в основе истерии лежит повышенная или усиленная внушаемость, следовательно, мы должны допускать у истерических интенсивную, богатую подсознательную душевную жизнь. Подсознательная душевная жизнь играет громадную роль в жизни этих больных, чем и объясняется тот бесспорный факт, что истерички нам непонятны, загадочны» [В. Ф. Чиж, 1911].

Академик РАМН В. Я. Семке, анализируя этапы изучения истерии, пишет: «Первый этап учения об истерии характеризуется разрозненностью клинических представлений (по данным П. Жане (1911), к 1847 г. существовало около 50 определений истерии) и отсутствием строго научных теорий, объясняющих этиологию и патогенез данного заболевания. На втором этапе осуществлено «фундаментальное дело, дело клиники; с необыкновенным терпением и проникновенностью все великие клиницисты внесли порядок в этот истинный хаос, распределив симптомы по отдельным, различным между собой группам» (Жане П., 1911). На этой основе в начале текущего столетия в рамках «большой истерии», описанной французскими исследователями Шарко и Рише, выделены различные формы ее проявления — психотическая, невротическая и психопатическая.

Центральной проблемой третьего этапа являются детальная систематика истерических состояний с позиций клинико-динамического и патогенетического анализа, углубленное изучение семиологии истерической личности, разработка дифференциально-диагностических критериев и совершенствование на этой основе профилактических, реабилитационных мероприятий. Огромный вклад в решение этих вопросов внесли работы П. Б. Ганнушкина (1908, 1933) и О. В. Кербикова (1952, 1965, 1971).

Проблема систематики истерических состояний является весьма актуальной для всей пограничной психиатрии.

Новые возможности в изучении истерических состояний открывают динамическое направление, оказавшееся перспективным как в области общей психиатрии (П. Б. Ганнушкин, 1933, О. В. Кербиков, 1962, 1968; В. Я. Гиндикин, 1963; М. В. Коркина, 1968; Н. Д. Лакосина, 1970; В. В. Ковалев, 1972, 1979; В. П. Белов, 1974; Г. К. Ушаков, 1978), так и судебной (Н. И. Фелинская, 1963, 1968; Г. В. Морозов, 1968, 1971; Т. П. Печерникова, 1969; Н. К. Шубина, 1970). Наиболее полно изучена динамика истерических психозов в судебно-психиатрической практике, являющейся, по выражению Е. К. Краснушкина (1960), «истинной матерью реактивных психозов». Г. В. Морозов (1963, 1968) при непрогрессирующем однотипном течении реактивных психозов со сменой на всех этапах болезни синдромов истерической структуры наблюдал

ведущее значение истерических механизмов: истерическая фиксация лежала в основе синдромообразования первоначальной психотической картины и являлась предпосылкой частых рецидивов. В структуре психогенной депрессии выделяется (Н. И. Фелинская, 1968; F. Caroli, 1974) истерический вариант, которому присуща большая выразительность и подвижность клинических симптомов, протекающих на фоне истерически суженного сознания и в сочетании с синдромами псевдодеменции и пуэрилизма. По мнению ряда авторов (М. И. Беляков, 1958; А. Б. Смулевич, 1983, 2000; A. Lesur, T. Lemperiere, 1985), истерические депрессии являются наиболее частой формой психогенных реакций» [В. Я. Семке, 1988].

Все сказанное в очередной раз подтверждает многогранность, полиэтиологичность, мозаичность невротических появлений, в частности, при истерии.

Точную и яркую характеристику истерической личности, вторя П. Б. Ганнушкину, дает в упомянутом выше руководстве Ю. А. Александровский: «Основная особенность этих личностей заключается в постоянном стремлении привлекать к себе внимание окружающих. Их поведение отличается театральностью, демонстративностью. В поступках проглядывает подчеркнутая жеманность, ненатуральность, неискренность. Обыденные неприятности они воспринимают с излишней драматизацией. Добиваясь всеобщего внимания, они не брезгуют никакими средствами, идут на любые ухищрения, иногда даже прибегают к явной лжи и спекуляции на чувствах других.

Ярким проявлением свойств истерической личности является психическая незрелость, инфантилизм, которые выражаются в неустойчивости интересов и привязанностей, легкой смене настроения, утрированно-показательными аффективными реакциями. Несмотря на яркость и внешнюю значительную охваченность такими реакциями, истерические личности не утрачивают полностью контроль над своим поведением: они учитывают обстановку, реакцию свидетелей, стремясь играть на публику. При этом в зависимости от внешних обстоятельств и реакции окружающих их поведение может кардинально меняться: излишнее сочувствие, беспокойство присутствующих чаще усиливают демонстративность эмоционального взрыва, безразличие может оборвать аффективный разряд.

Для истерических личностей характерны повышенная внушаемость и самовнушаемость. Эти черты отличаются своеобразной избирательностью: внушается только то, что позволяет находиться в центре внимания. Причем значительные и длительные волевые усилия им не подвластны. Если поставленная цель не вызывает немедленных восторгов окружающих, они меняют ее или испытывают глубокое огорчение. Правда, и ощущение неуспеха не бывает длительным, сменяясь попытками «найти себя» в других занятиях. Они быстро разочаровываются в друзьях и легко их меняют, несмотря на то, что вначале дружба кажется им вечной и утрированно нежной. Как только близкий человек выражает какое-либо несогласие с ними или с их образом жизни, он превращается во врага. Не обнаруживая устойчивых привязанностей, они легко меняют отношение к знакомым — от любви и восхищения к презрению и ненависти. Одной из характерных черт истерических личностей является своеобразная противоречивость чувств, проявляющаяся в одновременном существовании показной доброты, мягкости, участливости с внутренним безразличием и холодностью.

Их мышление отличается поверхностностью, конкретностью. У них преобладает художественный образный тип мышления, по И. П. Павлову, в основе которого лежат внешние впечатления, чувственное восприятие и эмоциональная субъективная оценка событий — кататимность умозаключений. Суждения истерических личностей противоречивы. Реалистическая оценка существующей ситуации нередко подменяется необоснованными вымыслами, которые являются продуктом по-детски богатого воображения. Причем истерические личности, изображая уверенность при сообщении собственных фантазий, на деле способны отличать правду от выдумок, несмотря на то, что нередко они бывают увлечены своими переживаниями и игрой.

Художественная литература дает яркие примеры таких истерических лгунов — Тартарен из Тараскона, Хлестаков известны всем. Гоголевский Хлестаков, казалось бы, целиком вошел в свою роль, однако в письме приятелю он вполне разумно описал действительные события своего приключения в уездном городе Н.

Поверхностность, незрелость мыслительной деятельности зачастую препятствуют в достижении поставленных целей, несмотря на реально существующие способности. Вместе с тем, если собственные планы соответствуют структуре личности, требуют воплощения демонстративности, яркой эмоциональности, то эти лица имеют шанс и могут добиться успехов, например, избрав профессию актера. Достичь значительных высот в творческой деятельности истерическим личностям удается не всегда, поскольку им мешает непреодолимое желание быть в центре внимания» [Ю. А. Александровский, 2000].

Интересно, что патологические симптомы истерического круга описывались задолго до выделения отдельных форм неврозов. И как только стали выделяться первые заболевания, возникла необходимость дифференцировать их со своеобразным феноменом — способностью пациента непроизвольно воспроизводить симптоматику этих болезней. Неслучайно Ж. Бабинский, невролог с мировым именем, работая в парижской клинике Сальпитриер, назвал истерию «великой симулянткой» («la grande simulatrice»), подчеркивая этим, что врачу, проводящему дифференциальную диагностику истерического невроза, приходится исключать едва ли не все заболевания, известные науке. Позже известный советской психотерапевт А. М. Свядощ, говоря об условной приятности или желательности истерической симптоматики, подчеркнул поразительную рациональность истерии, когда возникает «именно тот симптом, который в данных условиях наиболее удобен» [А. М. Свядощ,

1982]. Как мы думаем, это прекрасно продемонстрировано в клиническом примере, который мы привели в начале данной главы.

Клинические особенности истерического невроза у детей зависят от типа преневротического радикала, от особенностей преморбидной личности и ее актуальных потребностей, не удовлетворяемых действительностью.

Если говорить о детях дошкольного возраста, то удовлетворение их основных потребностей происходит в семье. Это биологические потребности, потребности в любви, заботе, внимании, самоценности, восхищении, нужности. Ребенку не безразлично, кто наблюдает за его истерическим поведением, как не безразличны ему и сочувствие или враждебность. Наиболее заинтересованных лиц он, естественно, находит в семье, которая становится для ребенка с истерическим неврозом «полем битвы». Истерик зациклен на семье даже больше, чем ребенок с неврозом навязчивых состояний и неврастенией. Неосознаваемая борьба за мать, за ее внимание, не разделяемую ни с кем другим любовь, заботу, борьба за центральное место в семье — сверхзадача, жизненная установка для такого ребенка. Поэтому неудивительно, что истерическая симптоматика обращена, как правило, к матери.

Ребенок дошкольного возраста при наличии у него соответствующих преневротических характерологических радикалов объявляет матери (на уровне неосознаваемого истерического реагирования, конечно же) войну, войну «не на жизнь, а на смерть», если возникают хоть какое-либо его неприятия, если в семью приходит отчим, если рождается брат или сестра, если снижается уровень восхищения им, заботы о нем, если меняется установившийся тип отношений с матерью или меняется общий стереотип его жизни.

Психотравмирующими факторами при этом неврозе являются: контрастные смены типов воспитания; возвращение в семью из семьи прародителей, где ребенок воспитывался длительное время; уход отца из семьи (в этом случае истерическое реагирование направлено на сохранение семьи); смерть матери или отца; рождение второго ребенка; остро возникший отрыв от семьи.

В школьном и подростковом возрасте причины психологического конфликта перемещаются из сферы узкосемейных взаимоотношений в область нарушенных взаимоотношений со сверстниками, с другими значимыми взрослыми (учителя и пр.), когда возникают неудачи в учебе, трудности в реализации завышенных притязаний, что, в конце концов, заканчивается возникновением тотальных трудностей и дома, и в школе.

В этом возрастном периоде истерическая симптоматика направлена на учителей, одноклассников, сверстников, но основные, «жизненно важные» симптомы все-таки, как и раньше, обращены к семье, поскольку и в этом возрасте все трудности, неудачи и конфликты разрешаются с помощью родителей.

Важно подчеркнуть, что среди основных особенностей истерического невроза в детском возрасте большое место занимают демонстративность невротических проявлений, направленность их в адрес актуального лица (лиц), особое отношение к своему заболеванию, когда ребенок неосознанно «держится за симптом», сопротивляется терапевтическим воздействиям, не испытывая неудобств (к примеру, при энкопрезе, истерических рвотах), терапевтическая резистентность.

Приведем диагностические критерии истерического невроза у детей:

- наличие в анамнезе предневрастенического личностного радикала и соответствующей ему психической травматизации;
- наличие фиксированной формы психологической защиты: бегства в болезнь, инвалидной реакции — драматического обращения к альтруизму других, мимозоподобности, пуэрилизма (детскости), геронтолизма (страха взятия на себя ответственности);
- наличие очевидных признаков ухода в болезнь, требования льгот, привилегий, понимания, снисходительности и внимания в рамках инвалидной реакции;
- наличие фактора «истрерического приспособления» к жизни;
- ликвидация патогенного внутреннего конфликта, контрастности, «раздвоенности», чувства несостоятельности, повышение чувства достоинства до гордыни путем использования фиксированной формы психологической защиты.

Тип личностного конфликта при истерии — ***«хочу, хоть и не имею права»***. Больные истерией вызывают у окружающих раздражение.

Очень важно отметить здесь, что, впав в истерический невроз, человек избавляется только от того в предистерическом личностном радикале, что порождало патогенные переживания, но сохраняет при этом свой эгоцентризм, свою экстапунитивность, свою требовательность к другим, свою эгоистическую волю.

В конце этой главы мы также приводим определение неврастении, данное одним из авторов ранее.

Истерический невроз — психогенно возникшая специфическая фиксированная форма психологической защиты: бегство в болезнь, в инвалидность (драматическое обращение к альтруизму других путем предъявления болезни, мимозоподобность, пуэрилизм, геронтолизм), ликвидирующая наиболее тягостные для личности проявления предистерического личностного радикала и обеспечивающая истерическое (невротическое) приспособление к реальности с сохранением чувства достоинства (до гордыни) [В. И. Гарбузов, 2001].

4.3. Невроз навязчивых состояний (обсессивный невроз, обсессивно-компульсивное расстройство)

Этому виду невроза всегда уделялось наибольшее внимание, так как он приносит, пожалуй, самые большие страдания пациенту и, кроме

того, наиболее близок как по проявлению, так и по механизмам изменений к шизоформным и шизоидным расстройствам, что и определяет сложность дифференциального диагноза. Проблемой навязчивости занимались корифеи психоневрологии: В. М. Бехтерев, С. Н. Давиденков, Л. Каннер, Т.-П. Симсон, Г. Е. Сухарева, которые описывали навязчивые страхи (насекомых, животных, острых предметов, открытых и закрытых пространств, темноты, смерти), навязчивые ритуалы (счет, приведение вещей в порядок, проверки, мытье, постукивания, подпрыгивания определенным образом и т. п.).

Немецкий психиатр, автор трудов по детской психиатрии, слабоумию, Герман Эммингхауз (1845—1904) в своей книге «Психические расстройства детского возраста» (1887) одним из первых описал навязчивые мысли у детей. О навязчивых фобиях животных и насекомых уже в середине прошлого века писали Т.-П. Симсон, I.-M. Marks и M.-G. Gelder, Г. К. Ушаков, о навязчивых проверках, счете, мытье — H. Stutte, а о навязчивом страхе острых предметов, открытых пространств, смерти, школы, сказочных персонажей, животных — Г. Гельниц и M. Dugas с соавторами [Т.-П. Симсон, 1958; Г. Гельниц, Е. Курт, Г. Кнаапе, 1964; Г. К. Ушаков, 1973; H. Stutte, 1960; I.-M. Marks, M.-G. Gelder, 1966; M. Dugas, C. Gueriot, J. Abbosh, 1972].

А. И. Захаров отмечал, что у детей до пяти-семи лет наибольшее распространение имеют страхи темноты, воображаемых существ, злых персонажей сказки, животных. В старшем дошкольном возрасте дети особо чувствительны к угрозе возникновения болезни, несчастья, смерти, который появляется как аффективно-заостренное выражение инстинкта самосохранения. У младших школьников на первый план выдвигаются боязнь наказания и порицаний со стороны взрослых, страх незнакомых людей, смерти, болезни, а в наибольшей степени выраженным оказывается страх, связанный со школой, причем он конкретизируется преимущественно в боязни опоздать в школу, что наиболее характерно для девочек. Подростки более всего опасаются насмешек, собственных неудач, болезни и смерти родителей или близких людей. Наибольшего пика к 15 годам достигают межличностные и другие социальные страхи, такие, как страх одиночества, страх сделать что-нибудь не так, некоторых людей, насмешек, осуждения со стороны сверстников и взрослых, страх не справиться с порученным делом [А. И. Захаров, 1988, 1995].

Если С. Н. Давиденков и Л. Каннер считали, что навязчивости возникают не ранее подросткового возраста (в 10—14 лет), то Т.-П. Симсон описывала навязчивые страхи и ритуалы у детей в 2,5—4 года. По мнению профессора Ю. В. Попова, руководителя отделения подростковой психиатрии НИПИ им. В. М. Бехтерева, проблема этого расстройства, особенно для детей и подростков, является достаточно актуальной, несмотря на то, что, по данным эпидемиологических исследований заболеваемость обсессивно-компульсивным расстройством составляет 0,05 %. Не менее трети пациентов заболевают в возрасте 10—15 лет,

а лица мужского пола еще раньше (6—15 лет). Поскольку пациенты нередко обращаются к психиатрам лишь через пять—десять лет после начала первых проявлений, в действительности уровень заболеваемости населения этим расстройством гораздо выше (2—3 %) [Ю. В. Попов, 1999].

В МКБ-10 невроз навязчивых состояний отнесен (под названием обсессивно-компульсивное расстройство) к классу V, блоку F40-F48 — «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», код — F42. Он подразделен на преимущественно навязчивые мысли или размышления, преимущественно компульсивные действия (навязчивые ритуалы), смешанные навязчивые мысли и действия, другие и неуточненные обсессивно-компульсивные расстройства.

Большую часть своей научно-практической деятельности посвятил изучению невроза навязчивых состояний, защитив первую у нас в стране кандидатскую диссертацию по этой проблеме в детской психиатрии, основатель, как уже говорилось, городского отделения неврозов Ленинграда В. И. Гарбузов. Разработанные им этиопатогенез, патоморфоз и лечение невроза навязчивых состояний, без сомнения, являются основополагающими и доступными пониманию любого специалиста, интересующегося этим сложным по проявлениям страданием.

В. И. Гарбузов ввел понятие ***«невротическая броня»*** при этом неврозе: педантичность, пунктуальность, крайняя осторожность, благодаря чему больной вполне справляется с работой и не совершает ошибок. Наиболее характерным для такого пациента является особо острая тревожность, мнительность и страхи, причем, как правило, моносимптомные, быстро оформляющиеся в ***фобии***. За моносимптомной фобией стоит страх смерти, неудачи, крушения благополучия, что и порождает ***обсессивную защиту*** (символическую). Вместо реальной борьбы и защиты больной снимает внутреннее напряжение, тревогу, страх путем символического замещения на ритуальные, древние (как у дикаря) действия (подпрыгивания, постукивания, отплевывания, ритуальные действия, носящие постоянный, строго очерченный и пунктуально выполняемый характер) [В. И. Гарбузов, 1977, 1999].

В связи с этим В. И. Гарбузов говорит о принципе терапии данного невроза: сначала необходимо устранить патопластическую жизненную ситуацию, приведшую к неврозу, а если это невозможно, изменить отношение больного к ней, а не бороться с ритуалами, с помощью которых пациент снимает внутреннее напряжение («Ритуалы — седуксен для обсессивного больного») и которые ему жизненно необходимы. В случаях, когда снять тревогу и страх невозможно, В. И. Гарбузов рекомендует «оставить больному его ритуалы». Он замечает: «Ритуалы, навязчивые действия успокаивают их. Так больной защищается от страхов, в основе которых страх смерти, беды, неблагополучия. Но как при всем этом защитить достоинство? И психозащитно звучит: «Я не труслив, я осторожен!» А раз осторожен, значит, разумен, и чувство достоин-

ства сохранено. Психологическая защита и в этом случае оформила невроз — невроз навязчивых состояний. При этой форме невроза вместо мужественной борьбы с трудностями, вместо полнокровной судьбы и жизни, вместо естественного интереса ко всему в этом прекрасном мире, вместо счастливого, беззаботного детства ребенок, как больной и тревожный старик, замыкается только на своих узкоэгоистических проблемах, на состоянии своего здоровья и, главное, замещает реальную жизнь иллюзорным миром символики. Представим себе первобытного человека, который вместо охоты на животных, вместо борьбы с врагами, со стихией засел в пещере и там размахивает копьем, ходит по кругу и шепчет заклинания. И здесь, при неврозе навязчивых состояний, ребенок укрылся от реальной жизни!» [В. И. Гарбузов, 2001].

Большинство авторов выделяют в качестве важнейшего дифференциально-диагностического признака наличие критики к своим навязчивым состояниям. У детей же этот признак не является достоверным, ибо зачастую формируется под влиянием постоянного внушения родителями или медицинскими работниками (фиксация).

Основные синдромы этого невроза:

- **навязчивые страхи и сопутствующие им защитные ритуалы** (создание больным системы защиты: проверяет замки, электроприборы, газ, пересчитывает иголки, убирает ножи, ножницы), за которыми, в конце концов, стоит моностpах («суперстрах») — ***страх смерти*** (сюда же относится и страх за родителей, «чтобы с ними ничего не случилось»). Важно дифференцировать невротические страхи с вычурными страхами при шизофрении;
- **навязчивые движения и действия:**

— ***«экстравертивные» и невротические тики***: направленные вовне, являются копией целесообразного движения или действия в качестве защитного фиктивно-символического ритуала. Они большой интенсивности, выполняются скрупулезно и при малейшей неточности выполнения повторяются (но никогда не достигают степени недопустимого);

— ***«интовертированные»***, когда объектом действий является сам больной: они причиняют ему ущерб — косметический дефект или боль, и являются символическим выражением аутоагрессии (агрессии, направленной на себя) при ощущении вины, недовольства собой (постоянное выдергивание волос на голове, бровей и ресниц (трихотилломания), покусывание (до ранок) губ, слизистой щек, кожи пальцев и т. д.). Трихотилломания, одно из наиболее ярких проявлений этого невроза, носит явный оттенок ритуальности: волосы выдергиваются строго определенным образом, например, только первым и третьим пальцами, а большой палец второй руки при этом сосется больным. Волосы часто выдергиваются полоской, треугольником, квадратом или только с одной стороны головы. При этом нет ощущения боли, а вот переживания отсутствия волос подчас мучительны, тем более что больные, как правило, мечтают о пышной, красивой прическе, о длинных

ресницах (свое облысение они усиленно прячут, даже в классе на уроках сидят в шапке);

- **контрастные представления, желания, побуждения, кощунственные мысли.** Их относят к невротическим, поскольку они осознаются как чуждые, навязчивые явления. Ощущение вины, неспособность рационально объяснить и понять сущность болезненных явлений также вызывают невыносимые страдания. Больных удручает не столько страх осуществить их, сколько то, что желания эти возникают вновь и вновь и обязательно в отношении близких и уважаемых людей («Да меня за эти мысли убить мало!»). Контрастные и «хульные» («ругательные») мысли с одной стороны контролируются больным и противоречат его истинным желаниям и мыслям, вследствие чего реализация их приводит к интенсивному чувству вины, а с другой — их постоянное торможение, задержка реализации вызывает столь же интенсивное чувство незаконченности, неудовлетворенности, ведет к эмоциональному напряжению. Стремясь преодолеть это противоречие, больные произносят «эти гадкие слова» в закодированном виде (вместо «пенис» — «семь», «сука» — «уксус» и т. п.).

Таким образом, навязчивые защитные ритуалы — наиболее характерные проявления невроза навязчивых состояний. При этом больные не осознают свои ритуалы как символического характера самозащиту, но постоянно отмечают необходимость для них этих действий и удовлетворение, испытываемое при их выполнении («Сделаю, и на душе спокойнее становится»). Тем самым достигается кратковременное чувство успокоения, облегчения, обеспечивающее такую степень эмоционального самочувствия, при которой субъект в состоянии найти для себя приемлемый уровень личностной адаптации.

По мнению В. И. Гарбузова, к неврозу навязчивых состояний ведет предневроз, имеющий свои специфические особенности. Обычно этот предневроз возникает у детей «эгофильного» типа. «Для страдающих предневрозом, ведущим в невроз навязчивых состояний, характерны: крайняя эгоцентричность — фиксированность только на себе, на своей безопасности, на своем благополучии, на своих проблемах с игнорированием интересов и проблем всех других людей; крайняя тревожность и мнительность опять-таки относительно себя и своего здоровья, благополучия. У детей с этой формой предневроза очень часто наблюдаются фобии — страх чего-то или кого-то. И один панически боится заражения «микробами», часами моет руки. Другой опасается транспорта и никогда не переходит дорогу самостоятельно. Третий панически боится мостов и, доехав до моста, пересаживается в метро, чтобы миновать мост под землей. Четвертый опасается острых предметов и ежедневно пересчитывает иголки, отворачивает от себя острия ножей и вилок. Это могут быть фобии темных подъездов, ибо в них можно столкнуться с преступником, хулиганами; лифтов, поскольку они могут оборваться, упасть, в них также возможно насилие или ограбление; автоматически закрывающихся дверей, поскольку они могут

не открыться, когда это необходимо; толпы, в которой могут зажать, сбить с ног, затоптать; пустынных мест, где в случае беды никто не услышит призыва о помощи и т. д.

В этих фобиях все осознано: источник опасности и защита от опасности, когда ребенок в подъезд, в лифт один не войдет, а лучше — даже если он с мамой, поднимется по лестнице, ибо и мама не поможет, если лифт испортится. Такой ребенок избегает толпы, за километр обходит пустынные места, собак и т. д. Короче, фобии — это устойчивый, осознанный страх смерти, несчастного случая, и они весьма характерны для данного предневроза. Дети с предневрозом, ведущим к неврозу навязчивых состояний, отказываются от сомнительной в плане угрозы здоровью пищи, чрезвычайно тревожно относятся к своему здоровью, и на приеме у врача, перебивая мать, сами излагают жалобы, поскольку опасаются, что мать может что-то упустить, чему-то важному не уделить внимания. Это дети, считающие свой пульс, сами ставящие себе градусник. Безопасность, благополучие для такого ребенка тесно связаны с благополучием родителей. Он мучительно не уверен в себе и надеется только на них. Девятилетний с таким предневрозом, у которого умерла мать, сказал мне: «Живу, пока жив папа». И мальчик мучительно страдал, если отец хотя бы на минуту опаздывал с работы, подолгу стоял на остановке, ожидая его… Как правило, эти дети сверхсоциальны, «надо» звучит у них настойчиво. Они мечутся между «надо» и стремлением к безопасности. Психическая травматизация потрясает ребенка. Колебания кончаются. Отныне все решается в пользу безопасности. Приходит спасительная психологическая «сверхзащита». От страха перед жизнью, от страха смерти ребенок защищается ***символическими ритуалами***. И это уже истинный невроз навязчивых состояний» [В. И. Гарбузов, 2001].

По нашему мнению, невроз навязчивых состояний возникает у детей с четырех-пяти лет и старше, по мере формирования у них таких основных характеристик личеости, как самооценка, система отношений, способность к критическому осмыслению своих переживаний и борьбе с чуждыми, навязчивыми явлениями. Тем не менее, мы наблюдали элементы защитных навязчивых ритуалов и у детей более младшего возраста (даже у двухлетних), но без осмысления ими навязчивости этих проявлений. У четверти всех пациентов с этим неврозом навязчивости появлялись до пятилетнего возраста, иногда — на первом или втором году жизни, но носили в основном характер общеневротических нарушений. Позднее к ним присоединялись более яркие навязчивые явления, и к четырем-пяти годам были отмечены все признаки обсессивного невроза.

Что касается наличия критики пациента к своим навязчивым состояниям, то у детей, по нашим наблюдениям, этот дифференциально-диагностический признак невроза навязчивых состояний не представляется вполне достоверным. Дело в том, что в детском возрасте такая критика, как правило, формируется под влиянием постоянного внушения со стороны родителей и медицинских работников: дошкольник критикует эти явления потому, что их осуждает мать, пытается бороться с ними («сдерживать») под влиянием воздействия родителей и врачей («возьми себя в руки», «не делай так!», «перестань, ты же мужик!» и т. п.), тем не менее, не осознавая мотивов такой критики и борьбы.

Причинные факторы, приводящие к неврозу навязчивых состояний, следующие:

- нарушение адаптации среди сверстников в детских дошкольных учреждениях и школе, связанные с наличием психофизического дефекта при осознаваемом или неосозноваемом ощущении неполноценности;
- осозноваемое или неосознаваемое переживание неприятия со стороны родителей;
- отрыв от матери;
- угроза семейному благополучию;
- блокада притязаний;
- острая психическая травма (испуг, переживания, связанные со смертью близких, аффективные потрясения при госпитализации с отрывом от семьи и др.);
- хроническая психотравма;
- тотальные трудности.

Приведем диагностические критерии невроза навязчивых состояний у детей:

- наличие в анамнезе предневрастенического личностного радикала и соответствующей ему психической травматизации;
- наличие специфической фиксированной формы психологической защиты — сверхзащиты;
- наличие очевидных признаков бегства от реальности, «ухода в монастырь», в невротическую интровертированность, «в футляр», в символическую ритуальность;
- наличие фактора невротического приспособления через специфические фиксированные формы психологической защиты — через символическую ритуальность, невротическую пунктуальность, педантичность, отгороженность, перестраховку, сверхконсерватизм;
- ликвидация патогенного внутреннего конфликта, контрастности, чувства вины, сохранность чувства достоинства, исчезновение чувства несостоятельности путем использования специфической фиксированной формы психологической защиты.

Тип личностного конфликта при неврозе навязчивых состояний — «***хочу, но не могу решиться***». Больные обсессивным неврозом (неврозом навязчивых состояний) у окружающих вызывают ***удивление***.

И здесь мы представляем определение этого невроза, данное одним из автором ранее: «***Невроз навязчивых состояний*** — психогенно возникшие специфические фиксированные формы психологической сверхзащиты: перестраховка, фиксация, сверхконсерватизм, защитный фасад,

дифлексия, интрапсихическая адаптация и особенно ритуально-символические действия, ликвидирующие наиболее тягостные особенности предобсессивного личностного радикала и обеспечивающие невротическое приспособление к жизни путем символических ритуалов защиты и перестраховки, консерватизма, невротического педантизма, сверхрассудочности и отгороженности, уходя в футляр с сохранением чувства достоинства (чувства интеллектуального превосходства)» [В. И. Гарбузов, 2001].

В нашей практике дети с неврозом навязчивых состояний встречались очень часто (чаще, чем с другими формами невроза). Описывать какого-либо отдельного навязчивого невротика не будем. Расскажем о видах навязчивых действий, наиболее ярких и потому хорошо запоминающихся.

Саша мыл руки перед приемом пищи всегда. Более того, родители всегда переспрашивали по несколько раз, вымыл ли их мальчик. И всегда говорили о микробах и бациллах, которые «кишат» вокруг человека. Говорили и о болезнях, ими вызываемых, описывая «для острастки» симптомы, приводя примеры печальных исходов кишечных заболеваний.

Сначала на мытье рук хватало 1—2 минут. Позже — 5—6 минут, а на момент обращения в отделение по лечению неврозов у детей, где я работал, на «санобработку» рук уходило полчаса. Руки мылись тщательно, двумя видами мыла («жидким и твердым с антимикробными добавками»). «Завтраком хоть не корми его», — сокрушалась мать пациента. «Надо быстро собраться в школу, выйти вовремя из дома, чтобы не опоздать, а он намывается по полчаса!». Естественно, мальчика постоянно торопят, ругают, что «заставляет» его усиливать процесс мытья. Кроме того, Саша выходил из ванной с растопыренными пальцами («руки должны были обсохнуть сами — на полотенце собираются микробы»), а когда это делалось неуклюже, и рука по неосторожности касалась дверного проема, то процедура «санитарной обработки рук» начиналась снова. Заставить же мальчика делать что-либо «грязными руками» было невозможно (принуждения заканчивались слезами и «истериками»).

Сережа по дороге в школу, которая находилась рядом с его домом, считал горящие окна. «Если их будет четное число, то все пройдет сегодня хорошо, а если нечетное, то все будет плохо: мне поставят «двойку», побьет Витька из 8 класса и что-нибудь еще плохое случится», — объяснял мальчик. Что означает посчитать горящие окна в огромном доме (дом-корабль) рано утром, когда одни уходят на работу и гасят свет, а другие просыпаются и его включают, — объяснять не надо. Когда из-за этого наш пациент сбивался со счета, ему приходилось возвращаться, чтобы начать счет снова. Уговоры матери, угрозы эффекта не давали. «Пока не сосчитаю, не пойду дальше! Если будет нечетное число, то нет и смысла идти в школу — все будет плохо».

Дима спрашивал у мамы (за месяц до начала болезни из семьи ушел отец, «неожиданно и без надежды на возвращение») ежедневно по многу раз («наш рекорд — 346 раз!»): «Ты меня любишь?». «Да, конечно», — неизменно отвечала мать. Кроме этого, мальчик не отпускал мать от себя «ни на минуту». «Ходит за мной, как привязанный, чуть ли не в туалет за мной пытается продраться!». Не выдержав пытки вопросами, мать на 240 по счету крикнула: «Да надоел ты!». «Это был кошмар! Он рыдал и говорил сквозь рыдания, что я ему всегда врала, что я его не люблю, что он никому не нужен!» Дима «по сто раз» переспрашивал маму, когда она ему что-нибудь говорила: «Что ты сказала?». Мать повторяла свою фразу и слышала в ответ: «Нет! Ты не так сказала! Скажи так же, как в первый раз!». «Он просил повторить, все, что я сказала, дословно, а разве я могу с точностью повторить всю фразу? Меня удивляет, что он запоминает ее так точно! Теперь я и сама навязчиво обдумываю каждое предложение, перед тем, как произнести его при Диме. И предложения составляю покороче! Кошмар!» — в отчаянии говорила мне эта несчастная женщина.

«Верная» расстановка слов, как и предметов, вещей, действий, ритуальны у обсессивных больных. Они определенным, выверенным до миллиметра, до мелкого движения, способом готовятся к выполнению домашнего задания, к отходу ко сну («тапочки нужно поставить у левого конца кровати, потом — у правого, позже — посередине; подушку нужно повернуть два раза против часовой стрелки, потом — три раза против нее, и пять раз снова по часовой») и т. д. Все эти ритуалы тягостны для больного (жуткая потеря времени, тревога за «правильное» их выполнение, раздражение близких), но и крайне важны для них, «жизненно необходимы».

Мы, здоровые люди, тоже подвержены ритуалам, когда верим в приметы: «Поплевать через плечо, если дорогу перешла черная кошка», «Посмотреться в зеркало, когда приходится вернуться». Но эти ритуалы не носят у нас болезненного характера, не становятся определяющими в нашей жизни, они не становятся нелепыми. А нелепые, вычурные ритуалы, как правило, уже свидетельствуют о более серьезном психическом нарушении, чем невроз (В. И. Гарбузов говорил мне (*Ю. А.*) когда-то: «Даже если ребенок будет мыть руки не полчаса, а три или четыре, это можно объяснить: микробы ведь на самом деле повсюду, а «Мойте руки перед едой!» — известное всем правило гигиены. Это действие, хоть и гипертрофированное, но целесообразное! А вот тогда, когда он вымыл не руки, а конфету, — это нелепость! Плохой признак, и надо держать ухо востро!»).

В этом разделе книги мы считаем уместным высказать нашу точку зрения на такое довольно распространенное пограничное заболевание в детском (преимущественно) возрасте, как ***энкопрез***.

Под энкопрезом сегодня подразумевают неспособность контролировать акт дефекации, при этом термином «энкопрез» обычно обозначают недержание кала функциональной природы: как правило, проктологи и неврологи при обследовании не находят каких-либо анатомических (механических) и неврологических изменений, которыми можно было бы объяснить данное расстройство. У взрослых энкопрез обычно имеет органическую природу (травма, опухоль, выпадение прямой кишки).

В МКБ-10 энкопрез отнесен к классу V «Психические расстройства и расстройства поведения» (шифр F 98.1) и рассматривается как «повторяющееся произвольное или непроизвольное отхождение кала обычно

нормальной или почти нормальной консистенции в местах, не предусмотренных для этой цели социально-культурным окружением индивида». Расстройство может представлять собой аномальную продолжительность нормального для младенца недержания кала; оно может проявиться в потере контроля над действиями кишечника у индивида, ранее имевшего навык такого контроля, или может включать умышленную дефекацию в неподходящих местах, несмотря на нормальный психологический контроль над действиями кишечника. Состояние может встречаться как моносимптоматическое расстройство или может являться частью более обширного расстройства, главным образом эмоционального расстройства (F 93) или расстройства поведения (F 91)». В плане используемой терминологии сюда относятся функциональный энкопрез, недержание кала неорганической природы, психогенный энкопрез. Из этой рубрики исключен «энкопрез БДУ» (без дополнительных указаний), он отнесен в раздел R 15 «Недержание кала». В зарубежной и даже русскоязычной литературе иногда используется также термин «фекальная инконтиненция» и даже «анальное недержание».

Основной причиной возникновения энкопреза, по данным многих авторов, являются хронические психотравмирующие конфликтные ситуации, которые носят своеобразный характер. Многие исследователи этого вопроса также склонны считать, что энкопрез представляет собой реакцию протеста вследствие внутрисемейных конфликтов, связанных с приходом в семью отчима или мачехи. Возможен протест и иного рода. Замечено, что данная болезнь часто возникает в тех семьях, где родители, особенно мать, уделяют неоправданно большое внимание физиологическим отправлениям ребенка. В качестве протеста может возникнуть нарушение регулярности дефекации, вначале в виде задержки стула, а затем недержания кала.

Играет немаловажную роль и острая психотравма (внезапный испуг), после чего наступает понос («медвежья» болезнь), что в дальнейшем может перейти в энкопрез. Известно, что в случае волнения и эмоционального напряжения возникают частые позывы к мочеиспусканию и дефекации. Такое состояние следует рассматривать как обычную реакцию на стресс, но у детей с определенным преморбидным состоянием она может послужить началом энкопреза.

Нередко наблюдается энкопрез в тех семьях, которые взяли на воспитание отказных детей. Примечателен и тот факт, что указанное расстройство преимущественно встречалось у тех детей, которые взяты в семью в возрасте двух-трех лет. Возможно, что в таких случаях требование обычных навыков опрятности воспринимается ребенком как насилие над его свободой.

В хорошо обеспеченных материально семьях с высоким социальным положением родителей энкопрез встречался чаще, чем в обычных семьях. В подобных случаях редко удавалось выявить конкретную психотравмирующую ситуацию, однако было установлено, что эти родители уделяли мало внимания воспитанию ребенка. Последним в основном занимались бабушка и домработница. Возможно, что в таких случаях была своеобразная реакция протеста ребенка, психологическая цель которой — повысить к себе внимание родителей.

Перечисленные выше психотравмирующие ситуации, при которых иногда встречается энкопрез, могут быть причиной и других клинических форм общих и системных неврозов. Возникает традиционный вопрос о причине выбора органа. По-видимому, как и при других неврозах, это обусловлено особенностями развития организма и формирования личности [М. И. Буянов, 1985; Б. В. Лебедев и др., 1995; Ш. Ш. Шамансуров и др., 1995].

Считается, что механизм возникновения энкопреза окончательно не установлен. Предпринималась попытка рассматривать энкопрез с позиции формирования навыков опрятности. Однако это не дало сколько-нибудь существенных результатов. Детские неврологи и психиатры в течение последних 15—20 лет используют классификацию энкопреза, построенную по принципу, аналогичному классификации энуреза. По времени возникновения различают первичный (продолжение физиологического недержания кала) и вторичный (развивается после выработки навыка опрятности, продолжающегося не менее года) энкопрез. В зависимости от предполагаемых причин возникновения выделяют психогенный — невротический (проявление системного невроза) и патохарактерологический (выраженная реакция протеста) энкопрез, а также неврозоподобный. Психогенный энкопрез всегда вторичный, так как нет врожденных неврозов; неврозоподобный энкопрез может быть как первичным, так и вторичным.

Энкопрез характеризуется непроизвольным или частично осознанным (реже) отхождением кала. Различные клинические формы энкопреза (согласно используемой в настоящее время классификации) отличаются друг от друга временем возникновения непроизвольной дефекации, сопутствующими симптомами, провоцирующими факторами и отношением ребенка к своему состоянию.

Так, первичный энкопрез является продолжением физиологического непроизвольного каловыделения, т. е. возникает без выработки навыка опрятности. Такие дети в дошкольном и раннем школьном возрасте в большинстве случаев индифферентно относятся к своему состоянию и лишь в 12—14 лет начинают переживать свой дефект из-за замечаний и насмешек сверстников. У них постепенно формируются вторичные психопатологические черты характера. Такие больные становятся угрюмыми, замкнутыми или, наоборот, повышенно агрессивными. И все же отношение к первичному энурезу и энкопрезу бывает несколько различным. Больные с энкопрезом чаще и более рано реагируют на свой дефект, чем больные энурезом. Возможно, это связано с тем, что энкопрез труднее скрыть от окружающих, что является причиной отрицательного отношения к такому ребенку.

Первичный энкопрез обычно наблюдается в дневное время. В анамнезе таких больных часто отмечаются множественные факторы риска

в дородовом периоде и во время родов, а в первые годы жизни нередко диагностируется ранняя детская нервность. В ряде случаев бывает задержка темпов психомоторного развития, но уже к полутора—двум годам они, как правило, догоняют своих сверстников.

Вторичный энкопрез обусловлен, как правило, психогенно и возникает в основном в дневное время. Он наступает преимущественно вследствие конфликтных ситуаций в семье, в которые вовлечен ребенок, воздействия факторов эмоциональной депривации и острых психотравм (реакция испуга). Клинически наблюдаются некоторые различия в зависимости от разновидностей психогенного энкопреза — невротического или патохарактерологического.

При невротическом энкопрезе ребенок, по словам родителей, обычно немного пачкает штаны, не ощущая позыва на дефекацию. Это может наступить при эмоциональном напряжении, например, во время игры (забегался, заигрался) или без видимой причины. Такие дети болезненно переживают свой дефект, стыдятся его, прячут запачканное белье и т. д. Однако в ряде случаев можно наблюдать почти безразличное отношение ребенка к своему состоянию.

Несколько по иному протекает патохарактерологический энкопрез, который почти всегда является реакцией протеста. Последняя, к примеру, может быть направлена на приход в семью отчима или мачехи, посещение детского сада. Этот вид энкопреза обычно наступает у детей дошкольного возраста, и особенно в тех случаях, когда изменение внешней обстановки сопровождается наказанием или вызывает у ребенка отрицательные эмоциональные реакции (цит. по: *Шанько Г. Г.* и др., 2007).

Именно в этой главе (причина этого, надеемся, станет понятной из сказанного ниже) мы представляем наш собственный взгляд на энкопрез как на ***синдром «фигового листка»***. Этот синдром был описан нами в нескольких работах ранее [В. И. Гарбузов, Е. В. Фесенко, Ю. А. Фесенко, 2007; В. И. Гарбузов, Ю. А. Фесенко, Л. П. Чурилов, 2007]. Один из авторов более 30 лет назад лечил пациентку с фобией загрязнения промежности при дефекации. Это была женщина среднего возраста, с высшим образованием, замужняя, мать студентки, домохозяйка, но, тем не менее, делами по хозяйству в семье занимались муж, дочь и мать пациентки. Сама же пациентка была практически инвалидизирована навязчивыми ритуалами защиты от загрязнения и заражения микробной флорой. Она выработала режим дефекации — один раз в неделю при помощи клизмы. Ею соблюдалась строгая диета с ограничением клетчатки, овощей и фруктов. После акта дефекации практиковалось ритуальное, длительное подмывание, после которого производились двухчасовая, буквально до изнеможения, гигиеническая ванна и отдельно мытье рук, вплоть до мацерации кожи на них. Нижнее белье пациентка не надевала, «чтобы не загрязнять его», носила лишь ритуальную одежду — ситцевый халат, поэтому из дома не выходила. К промежности не прикасалась, а если это случайно получалось,

то бесконечное подмывание начиналось вновь, как и «отмокание» в ванне. Спала в перчатках, соединенных тесемкой так, чтобы руки фиксировались на одеяле и не могли во сне оказаться под ним. Половая жизнь регламентировалась следующим образом: клизма — стул — подмывание — половой акт — подмывание — «отмокание» (гигиеническая ванна). Женщина не была фригидной, достигала оргазма, к мужу претензий сексуального характера не имела. И, подчеркнем, никакой иной, кроме фобий и обсессий, психопатологии у пациентки не выявлялось. По сути, таким образом, она была «рабой» особого отношения к своей промежности.

Между тем, промежность, особенно у женщин, область особой интимности, сокровенности и заботы. Широко известны особые дезодоранты для ухода за промежностью, особая гигиена промежности, «сверхчастая» смена нижнего белья и т. д. И это особое внимание к зоне «фигового листка» извечно! «Фиговый листок» — это лист субтропического фигового дерева (инжира или смоковницы), который используется для прикрытия половых органов у людей на картине или в скульптуре и в переносном смысле олицетворяет «лицемерное прикрытие чего-нибудь заведомо бесстыдного, нечестного» [С. И. Ожегов, 2005].

Известно, что еще в Библии указано как на вопиющее к небу прегрешение Евы и Адама, на лицемерное прикрытие своей наготы листьями, после того, как они «познали добро и зло», потеряли невинность неведения. И в Библии сказано, что после сотворения Евы и Адама «…были оба наги, Адам и жена его, и не стыдились». И было сказано, что после грехопадения Евы и Адама: «И открылись глаза у них обоих, и узнали они, что наги, и сшили смоковные листья, и сделали себе опоясания» [Библия, 2002]. Так, согласно Библии, люди познали «стыд», связали область промежности с этим стыдом, с «нечистым», с бесчестием, с запретным, с табу, с грехом, с чем-то особо сокрытым, тайным, глубоко интимным; с областью, с одной стороны, глубокого интереса и влечения, а с другой — греха, угрызений совести и страха совершения чего-то аморального, безнравственного. И заметим: первое, чем озаботились Адам и Ева, – сшили себе «опоясания» из листьев смоковницы.

Сохранился миф о том, что священнослужители у древних иудеев уходили в море для сокрытого отправления выделительных функций. Мусульманка и сегодня ритуально следит за чистотой этой интимной области, а мусульманин после интимной близости с женщиной ритуально омывается, смочив при этом и волосы на голове. Племена каменного века, обитавшие в тропиках, носили набедренные повязки, при этом женщины ходили с обнаженной грудью, но закрывали набедренной повязкой промежность. Другими словами, проблема синдрома «фигового листка» извечна, как и проблема «наготы».

Между тем проблема энкопреза, фобий и навязчивых ритуалов, связанных с функцией органов промежности, достаточно широко описана с клинической точки зрения. Однако все эти описания не имеют, как

нам кажется, приемлемой психологической трактовки, если не считать оригинальных замечаний по этому поводу Зигмунда Фрейда.

В своей принципиальной публикации «Лекции по введению в психоанализ» З. Фрейд пишет о садистически-анальной фазе формирования сексуальности с элементами задержки дефекации. При этом, по Фрейду, ребенок воспринимает каловые массы как часть самого себя. Он манипулирует со своим калом, размазывает его и, в частности, ритуально вокруг кровати, на ножках кровати матери. Ребенок, по мнению Фрейда, относится к своим фекалиям как к самоценности и, с этих позиций, «предлагает своей матери кал в качестве подарка», как неотъемлемую и важную часть самого себя [З. Фрейд, 1922].

Фрейд пишет, что когда ребенка «отучат» от игры с калом, изменят его отношение к калу, он согласится с этим, но перенесет это отношение к калу на деньги как на ценность, как на эквивалент кала! В результате при особой выраженности у ребенка садистически-анальной фазы формирования сексуальности формируется, по Фрейду, «анальный характер» с выраженной тенденцией к фиксации на «мое!», «не дам!», «я отрываю это от себя самого!» Дети, фиксированные на садистически-анальной фазе развития, удерживают кал, сдерживают акт дефекации в рамках аутоэротического удовлетворения своей сексуальности.

При формировании «анального характера» у ребенка закладывается склонность к «наоборотности» в поведении, когда он говорит «Нет!», еще не выслушав просьбу, он «вредный», конфликтный, повышенно требовательный, недоброжелателен к сверстникам, чрезвычайно самолюбивый и обидчивый, склонен к упрямству; он «пакостник», склонен совершать действия и поступки, при этом часто «исподтишка», которые как раз более всего порицаются родителями, воспитателями и учителями.

Став взрослым, такой человек склонен к сутяжничеству, конфликтности, нетерпимости, гипертрофированной скупости, «приземленности» интересов, а также к педантичности, утрированной аккуратности, ригидности, вязкости (к так называемой «эпилептоидности»), к эгоцентризму. Кроме того, в рамках истерического невроза энкопрез возникает чаще всего у детей со склонностью формирования «анального характера».

Однако для нас в таком понимании психических механизмов синдрома «фигового листка» и, в частности, энкопреза более важна психология бессознательного. Ведь по Фрейду механизмы этого синдрома неосознаваемы. Особенности «анального характера» недвусмысленно подчеркивают действительно «загадочное» отношение человека (на глубоко бессознательном уровне психики!) к этой зоне организма. Нет на нашем теле области такого принципиального значения, где на таком ограниченном пространстве было бы сконцентрировано столько проблемных вопросов, имеющих и эмоциональную, и соматическую, и гормональную, и интимную значимость, и влияющих на систему отношений личности [Z. Freund, 1980].

Итак, есть, как нозологическая единица, энкопрез — недержание кала или задержка дефекации на несколько суток при истерическом неврозе либо ритуальные действия с фекалиями при неврозе навязчивых состояний (обсессивно-конвульсивный невроз). Есть, как нозологическая единица, дневное недержание мочи невротического генеза (при истерии) и есть фобия неудержания мочи в публичном месте, фобия оказаться далеко от туалета при императивном позыве к мочеиспусканию при обсессивном неврозе. Есть фобия неудержания газов в публичном месте («осрамиться») при том же неврозе навязчивых состояний. И есть фобия «наготы», фобия оказаться неожиданно обнаженным, а, тем более, насильно обнаженным, как генерализация переживаний, связанных с обнажением половых органов (это «стыдно!»). Все это мы и объединяем в синдром «фигового листка».

Синдромом «фигового листка» мы считаем, прежде всего, энкопрез — недержание кала или задержки дефекации невротической природы, относя его в одних случаях к истерическому неврозу, в других — к неврозу навязчивых состояний. Мотивы истерического энкопреза эгоцентричны, пронизаны невротической (истерической) борьбой за безраздельное, тотальное внимание матери. Клиническая симптоматика такого невроза имеет конкретного адресата и ориентирована на личностные особенности матери — на ее тревожность в отношении здоровья своего ребенка. Клиника энкопреза истерически демонстративна, целенаправленна, например, на то, чтобы изгнать из квартиры и, соответственно, из круга интересов матери отчима или младшего брата. При энкопрезе кал выделяется постоянно, малыми порциями, а больной не замечает этого, «не чувствует дурного запаха». Такова при энкопрезе в рамках истерического невроза психологическая защита. Штанишки ребенка постоянно измазаны калом, что не вызывает беспокойства матери, так как он, по ее убеждению, «болен, и болен серьезно». В результате мы наблюдаем постоянную заботу о диете ребенка, регулярное назначение ему всевозможных слабительных средств, постоянное использование клизм, многократную за день смену трусиков. Забота о «регуляции» стула полностью захватывает мать, она становится рабой «болезни ребенка».

Если «истерическая цель» энкопреза — изгнать «младшего брата», то достигается переключение внимания матери с «маленького, но здорового» на «хоть и старшего, но больного». Если «истерическая цель» энкопреза — изгнать отчима, то тяжелый запах в квартире, где испачканные трусики, спрятанные ребенком в шкаф, под кровать, под матрас, быстро выживут из квартиры всех, кроме родной матери. Результат в обоих случаях один — достигнута «истерическая цель».

Энкопрез в рамках невроза навязчивых состояний характеризуется фобиями горшка в раннем детстве, навязчивым страхом «осрамиться», страхом неудержания кала или газов в публичном месте, «на людях». Невротик задерживает акт дефекации до нескольких дней, до того момента, когда уже необходима клизма, чтобы вызвать стул. З. Фрейд

полагал, что задержка дефекации в этом случае характеризует бессознательное отношение к калу, как к «моему!», как к символу особой личностной ценности или как желание получить сексуальное удовлетворение при затрудненной попытке опорожнить кишечник. На наш взгляд, речь в таких случаях идет о фобиях, связанных с испытанной в раннем детстве болью при затрудненной дефекации (запорах) или, в более старшем возрасте, при геморрое.

Естественно, что к неврозу навязчивых состояний относятся и ритуалы, связанные с дефекацией, когда ребенок, к примеру, мажет фекалиями ножки и спинку материнской кровати, по типу ритуала ограничения зоны своего обитания у животных. При энкопрезе в структуре обсессивного невроза ребенок выполняет ритуальные действия с калом, пряча в вещах матери свои испачканные трусики для того, «чтобы мама была здоровой, чтобы с ней ничего плохого не случилось», выявляя, таким образом, страх смерти и несчастного случая.

Энкопрез крайне редко встречается у девочек. Для них подобное истерическое реагирование неприемлемо и на бессознательном уровне. Существует предание об «эпидемии суицидов» на одном из островных государств в Древней Греции, где неожиданно в массовом порядке стали кончать с собой молодые девушки. Ими двигала истерическая индукция — подражание, вызванное повышенной внушаемостью. Истерическую «эпидемию» удалось прекратить только после того, как девушек, покончивших жизнь самоубийством, стали выбрасывать на главную площадь обнаженными. Такого позора женщина, страдающая истерическим неврозом, не может допустить, ведь в истерическом неврозе крайне важен фактор демонстративности синдрома, жажда восхищения, исключающая насмешку, презрение, неэстетичность позы. Известен случай, когда женщина-врач прекратила истерические приступы у девушки, сказав ей наедине: «Господи, если бы ты видела, как жалко и некрасиво ты при этом выглядела!» [В. И. Гарбузов, 1999]. Не исключено, что энкопрез во всех его разновидностях неприемлем как синдром невроза для девочек.

Крайняя степень эгоизма — эгоцентризм. Эгоцентризм при энкопрезе истерического генеза проявляется с особой остротой, являясь патогномоничной (абсолютно характерной) для данного состояния личностной особенностью.

Синдром «фигового листка» у взрослых (в основном у женщин) проявляется как переживание чего-то нечистого, постыдного в отношении «срамной» области — промежности и, соответственно, «аморального», «безнравственного», «нечестного». В одном случае речь при этом идет о гипертрофированном переживании чувства стыда и «вины» с желанием максимального сокрытия функций выделительных органов, их запаха, «неэстетичности их вида», с проблемой «загрязнения» их, в другом — о переживании проблем «биологической стороны половых отношений», их «постыдности», «животности», «потери романтизма, возвышенности отношений между мужчиной и женщиной».

При синдроме «фигового листка» в подростковом возрасте возникает проблема гипертрофированного переживания «наготы». Пик проблемы «фобии наготы» наблюдался в викторианскую эпоху, когда женщины полностью скрывали от постороннего взора руки, шею и ноги. Сегодня женщины «цивилизованного мира» обнажаются до пределов возможного, но пока прикрывают область «фигового листка». В проблеме патогенного переживания «комплекса страха наготы», возникновения ситуации оказаться перед посторонними обнаженным полностью доминирующим фактором являются личностные черты: повышенная ранимость, интровертивность, стыдливость, страх нарушения интимного пространства, проникновения нескромного взгляда в запретное, касающегося морали и нравственности. Особенно чувствительными относительно переживания «страха» наготы являются лица, страдающие «комплексом наличия психофизического дефекта», повышенно стыдящиеся «несовершенства» своего тела.

У женщин в рамках «синдрома фигового листка», когда он входит в структуру невроза навязчивых состояний, наблюдаются ритуалы борьбы с «загрязнением» и «инфекциями».

У детей «синдром фигового листка» чаще всего носит навязчивый характер и при истерическом, и при обсессивно-конвульсивном неврозе, причем, как правило, у болезненных детей и нередко у избалованных воспитанием по типу гиперопеки или у детей, которых родители неосознаваемо отвергают. Дети с истерическим неврозом при этом, будучи слабоадаптивными, тем не менее, агрессивны, повышенно требовательны, а дети, страдающие неврозом навязчивых состояний, — крайне тревожны.

Перечисленные в главе 4 характерные признаки пограничных расстройств детского возраста дополняются, как уже было сказано, рядом широко распространенных так называемых моносимптоматических заболеваний в виде заикания, синдрома нарушения внимания с гиперактивностью, энуреза и других поведенческих реакций «протеста», таких, как энкопрез, которые сигнализируют о патологическом развитии личности.

На наш взгляд, поведение не создается индивидом произвольно и не вкладывается в него беспрепятственно окружающими, а представляет результат реализации его генетических программ в определенной среде, причем зависит от индивидуального и конституционального своеобразного метаболизма. Поэтому имеют немаловажное значение данные, отметившие у детей с энкопрезом ряд гормональных особенностей: повышение уровня панкреатического полипептида, сниженный мотилиновый ответ, тенденция к гипотиреозу [Y.-P. Stern, S.-E. Stroh et al., 1995]. Все упомянутые гормоны имеют рецепторы в ЦНС и влияют на поведение и паттерны электроэнцефалограммы. Предстоит оценить вклад этих нейроэндокринных особенностей в формирование «синдрома фигового листка» (как и других синдромов при неврозах), дополнив классическую патопсихологию патофизиологией.

Учитывая все сказанное, думаю, что наша трактовка механизмов, по которым возникает и проявляет себя энкопрез — «синдром фигового листа», имеет шанс на существование, а терапевтические приемы, выливающиеся из такой трактовки, могут быть наиболее эффективными, при условии комплексного подхода, о котором мы подробно расскажем ниже.

Завершая главу «Неврозы», хочется, как это когда-то образно сделал В. И. Гарбузов, показать суть того или иного невротического реагирования на стоящие перед невротиком трудности, представив себе, что трудности — некая вершина горы, которую он должен покорить, потому что за ней — цветущие поля, солнце, благополучная жизнь, счастье, одним словом. Итак, при ***неврастении*** субъект, в одном случае превознемогая себя, пытается это сделать, выбивается из сил, скатывается вниз, и переживания его по поводу неудачи заканчиваются неврозом. В другом случае он поднимется, затратив последние силы, но переживания при виде следующей, еще более трудной для него вершины — также путь в невроз. При ***истерическом неврозе*** субъект добивается всеми возможными и невозможными средствами, чтобы его доставили к вершине на носилках. При ***обсессивном неврозе*** он тревожно преувеличивает трудности достижения вершины, не может оторваться от страховочной веревки, и путь его мучителен.

Когда-то великая чемпионка по фигурному катанию Катарина Витт, отвечая на вопрос, как ей удается так уверенно выигрывать, как бы вторя написанному выше, сказала: «Прежде, чем достичь чего-то нового, надо преодолеть те трудности, которые сегодня стоят перед тобой. Эти трудности, как огромная скала, стоящая перед тобой. Ее необходимо преодолеть, чтобы с вершины увидеть то, что за нею находится: богатые, плодотворные поля, «райские сады» и «молочные реки». Как ты будешь эту скалу преодолевать, дело твое: хочешь — лезь, хочешь — грызи ее зубами».

Глава 5
ЛЕЧЕНИЕ НЕВРОЗОВ

Следует сразу же сказать: лечение одного и того же невроза сильно отличается в зависимости от социального, культурного и интеллектуального уровня пациента, а также от его возраста и пола. Если психотерапевт сможет «настроить» себя, свой талант, свои знания на «волну» конкретного больного неврозом, успех в лечении будет гораздо вероятней.

Основными принципами терапии неврозов являются:

1) стереоскопическая диагностика, использующая принципы позитивной и негативной диагностики, по В. М. Мясищеву;

2) предпочтительный выбор психосоциальных воздействий перед медикаментозным лечением;

3) дифференцированность и последовательность реабилитационных программ;

4) предпочтительность лечения в амбулаторных и полустационарных условиях;

5) командное обслуживание больных усилиями врача-психиатра, психотерапевта, клинического психолога, социального работника, педагога и среднего медицинского персонала [Э. Г. Эйдемиллер, 2005].

Таким образом, основной вид лечебного воздействия при неврозах — психотерапия в самых различных ее формах. Таким образом, роль психотерапевта здесь является ключевой. Лечение больного, страдающего неврозом, не должно быть шаблонным, оно должно учитывать индивидуальные особенности пациента и те нервные нарушения, которые у него произошли. Для этого врач должен стараться выяснить причины, приведшие к развитию невроза, а больной обязан ему помочь в этом, и если удается выяснить их, то необходимо устранить факторы, неблагоприятно воздействующие на нервную систему.

А. И. Захаров в коллективной монографии «Неврозы у детей и их лечение» пишет: «Понимание неврозов как психогенных заболеваний формирующейся личности детей подразумевает использование комплексных психологических и биологических методов лечения. Ведущим из них является психотерапия как метод целенаправленного психологического воздействия врача на больного неврозом с целью его излечения. Значение медикаментозных и физиотерапевтических методов лечения состоит в обеспечении необходимого биологического (психосоматического) фона для психотерапии.

Психотерапия неврозов у детей, несмотря на ряд общих положений с психотерапией неврозов у взрослых, имеет свои особенности и представляет самостоятельную научную дисциплину. В оличме от взрослых, дети не всегда могут осознать причины развития своего заболевания. Это не исключает формирования у больного неврозом, начиная со старшего дошкольного возраста, осознанного отношения к своим болезненным проявлениям и активную перестройку нарушенных отношений. Педагогическое воздействие следует направлять не на «воспитание торможения», а на воспитание сильных, значимых жизненных мотивов, которые с неизбежностью должны затормозить ненужную деятельность» [В. И. Гарбузов, А. И. Захаров, Д. Н. Исаев, 1977].

Эффективной является система психосоциальных воздействий в виде санирования среды обитания невротика, коррекция условий обучения или работы различными методами психотерапии.

Положительные результаты при лечении неврозов дает рациональная психотерапия, которую проводит врач при контактах с больным, а также аутогенная тренировка, которую больной может выполнять самостоятельно, и прогрессирующая мышечная релаксация, по Э. Джекобсону. В ряде случаев эффективно лечение гипнозом (классический, гипноз-отдых).

Среди методов психотерапии в детской и подростковой практике наиболее эффективными оказываются семейная психотерапия, индивидуальная рациональная патогенетическая, поведенческая, позитивная, аналитическая, гипносуггестивная и групповая игровая психотерапия.

Если говорить об отдельных формах невроза, то существуют общие рекомендации. Так, при лечении неврастении рекомендована комплексная терапия, которая наряду с использованием современных нейротропных средств должна включать в себя все формы психотерапии (особенно групповой игровой и гипноза как метода, положительно влияющего на укрепление ослабленных эмоциональных и волевых процессов, на нормализацию высшей нервной деятельности). Как медикаментозное лечение, так и психотерапия должны быть строго индивидуализированными и основываться не только на клинической форме невроза, но и на стадии заболевания и личностных особенностях больного. Лечение в любом случае начинается с полноценного отдыха, прекращения умственной работы, назначения общеукрепляющей терапии и длительного сна. Обсессивный невроз принято лечить, сочетая психотерапию (игровую групповую и индивидуальную, внушение наяву (как правило, косвенное внушение, проводящегося в виде предписывания пациенту пунктуального соблюдения режима всего дня, приема лекарств, времени отхождения ко сну, что позволяет заменить навязчивости более приемлемым видом «ритуализированной деятельности», и гипносуггестию), психофармакотерапию (психотропные средства) и биологическую терапию, а истерический невроз, обозначенный в МКБ-10 как диссоциативные (конверсионные) расстройства — психотропными средствми и психотерапией (в том числе и индивидуальной игровой, гипносуггестией, включая и шоковый метод воздействия).

Кроме этого, крайне важным представляется заинтересованность в выздоровлении самого пациента, что особенно актуально для больного неврозом, который, капитулируя перед жизненными трудностями, «сваливается» в болезнь, невротически приспосабливается к существованию, отказываясь от борьбы, в том числе и от борьбы за здоровье. А ведь никто не знает о переживаниях человека, о его болевых точках, его силах и возможностях, его страданиях лучше, чем он сам. В тибетской медицине основной причиной любого заболевания считается *невежество*. Пренебрегающих своим здоровьем, не желающих разбираться в своих бедах тибетские врачеватели называли омраченными. И особенно обидно, когда образованный, достойный уважения человек омрачен в отношении своего здоровья. Задача врача (и особенно психотерапевта!) заключается, таким образом, в том, чтобы побудить пациента активно бороться за свое благополучие, не делать из врача поводыря, не вверять пассивно ему свое здоровье. Больной в процессе длительного общения с психотерапевтом должен понять, что достичь силы воли, умелости, способностей, смелости и уверенности в себе во сто крат достойнее, чем иметь все это от природы, что лекарства от невроза не существует, что человек сам «кузнец своего счастья» (и несчатья тоже!).

О видах и методах психотерапии более подробно расскажем ниже.

5.1. Психотерапия

Психотерапия (от греч. «ψυχή» — душа и греч. «θεραπεία» — лечение, уход) — часто определяется как деятельность, направленная на избавление человека от различных проблем (эмоциональных, личностных, социальных и т. п.). В «Википедии» указывается, что Европейской психотерапевтической ассоциацией в европейских странах сегодня продолжается работа по стандартизации законодательной базы Евросоюза согласно определению психотерапии в рамках «Страсбургской декларации» (1990). Согласно ей, психотерапия является особой дисциплиной из области гуманитарных наук, использующей большое разнообразие терапевтических методов, осуществляемых врачом-психотерапевтом интегрально.

Согласно «Страсбургской декларации»:

- психотерапия является особой дисциплиной из области гуманитарных наук, занятие которой представляет собой свободную и независимую профессию;
- психотерапевтическое образование требует высокого уровня теоретической и клинической подготовленности;
- гарантированным является разнообразие терапевтических методов;
- образование в области одного из психотерапевтических методов должно осуществляться интегрально; оно включает теорию, лич-

ный терапевтический опыт и практику под руководством супервизора; одновременно приобретаются широкие представления о других методах;

• доступ к такому образованию возможен при условии широкой предварительной подготовки, в частности, в области гуманитарных и общественных наук.

Европейская психотерапевтическая ассоциация (EAP). Страсбург, 21 октября 1990 г.

Поскольку психотерапия основывается на теориях психологической науки, следует дать определение понятия психология.

Психология (греч. «ψυχή» — душа и древне-греч. «λόγος» — мысль, причина) — это академическая и прикладная наука о поведении и психических процессах в психике человека либо животного. **Научная психология** — это система теоретических (понятийных), методических и экспериментальных свойств познания и исследования психических явлений; переход от неограниченного и разнородного описания этих явлений к их точному предметному определению, к возможности методической регистрации, экспериментального установления причинных связей и закономерностей, обеспечения преемственности своих результатов.

Психология — это область научного знания, исследующая особенности и закономерности возникновения, формирования и развития (изменения) психических процессов (ощущение, восприятие, представление, память, мышление, воображение), психических состояний (напряженность, мотивация, фрустрация, эмоции, чувства) и психических свойств (направленность, способности, задатки, характер, темперамент) человека, а также психику животных.

Существует много различных точек зрения на то, что изучает психология. Психология должна отвечать на вопрос о том, почему человек (или любой другой носитель психики) ведет себя так или иначе (поведение животных исследует раздел психологии «зоопсихология» и раздел зоологии «этология»). Для описания того теоретического конструкта, которым можно объяснить поведение человека, существуют разные названия, наиболее частое из которых — психика. Однако, например, бихевиористы отвергают задачу исследования любых ненаблюдаемых переменных, которые могли бы детерминировать поведение, настаивая на том, что только само поведение и детерминирующая его внешняя ситуация могут быть предметом исследования.

Все же основой этой науки является психология личности. С анализом человека в системе современного научного знания, с наиболее известными концепциями личности можно познакомиться в работах отечественных авторов: Б. Г. Ананьева, А. Ф. Лазурского, А. Н. Леонтьева, В. С. Мерлина, В. Н. Мясищева, С. Л. Рубинштейна, Д. Н. Узнадзе, В. А. Аверина и других ученых.

Так, В. А. Аверин в своих самых известных работах дает четкую и ясную психологическую характеристику человека как индивида, личности и индивидуальности, характеризуя ее конституциональные, нейродинамические и психодинамические параметры, а также такие психологические свойства личности, как ее потребности, мотивы, способности, характер, самосознание. Размышляя о психологии, профессор пишет: «...психология останется и будет по-прежнему изучать человека. Это очевидно, как очевидно объективное существование человека как объекта, равно как и субъекта с его ненасыщаемой потребностью в познании *истины*. Но одно дело изучать человека вообще, выяснять истину, лежащую вне тебя, и совсем другое узнать ее о самом себе. Нет, не смелость здесь нужна человеку. Смелость может быть и безрассудной. Но ведь если что-то и отличает человека от чего- или кого-либо, так это наличие рассудка. Здесь нужно нечто большее, то, что могут себе позволить очень немногие люди. Здесь нужна *искренность*!

Но если ее могут позволить себе немногие, если объективно существуют люди, достигшие этого уровня, тогда вопрос лишь в том, что для этого нужно, и каков путь к достижению ее... Любое знание имеет определенное, объективное значение. Но смысл оно приобретает для человека, если он присваивает себе это знание. Можно прочесть множество замечательных книг, которые окажутся совершенно бессмысленными для читателя. Что, кстати, нередко и происходит.

Надежда найти готовые ответы на вопросы типа: «Как стать счастливым или богатым»? — это прерогатива либо глупости (точнее, тупости), либо лени, что впрочем, тесно связано друг с другом. Ответ в готовом виде — это всегда ступенька к тому, чтобы сформулировать свой собственный. И пусть он будет даже очень похожим на тот, что мне кто-то сказал; уже сам процесс переформулирования — это процесс осмысления, это процесс придания личностного смысла чему-то объективно значимому. Сказанное справедливо в отношении любой информации, но тем более, психологической, касающейся человека, его личности» [В. А. Аверин, 1998, 2001].

Существует большое число разделов психологии, занимающихся изучением отдельных частей ее предмета. Традиционно разделы (отрасли) психологии подразделяют на две большие группы: *фундаментальные* отрасли психологической науки и ее *прикладные* отрасли.

Фундаментальные отрасли психологии: общая психология, возрастная психология и психология развития, дифференциальная психология, клиническая психология, педагогическая психология, эксперементальная психология, психология труда, социальная психология.

Прикладные отрасли психологии: юридическая психология, детская психология, акмеология, герентопсихология, нейропсихология, патопсихология, психология аномального развития, специальная психология, психология творчества, семейная психология, психология рекламы, психология спорта, военная психология и т. д.

Возвращаясь к психотерапии, надо отметить, что сам термин «психотерапия» введен в конце XIX в. английским врачом Тьюком (D.-H. Tuke).

В опубликованной им в 1872 г. книге «Иллюстрация влияния разума на тело» (Illustrations of the Influence of the Mind upon the Body) одна из глав названа «Психотерапия» (psychotherapeutics). Этим словом называлось терапевтическое действие, которое дух пациента мог иметь в отношении его тела благодаря влиянию врача.

В России слово «психотерапевт» используется в разных контекстах. С одной стороны, согласно приказу Минздрава, существует специальность «врач-психотерапевт». «Врач-психотерапевт» — это специалист с медицинским образованием, который получил подготовку по специальности «психиатрия» и дальнейшую переподготовку по психотерапии. Таких врачей для краткости часто называют просто «психотерапевт». В то же самое время слово «психотерапевт» вне медицинского контекста используется для обозначения людей, получивших длительное образование в области одного из методов психотерапевтической практики. Обычно это люди с высшим психологическим образованием. Это делается по аналогии с некоторыми европейскими странами, где психотерапевтическая подготовка является отдельным видом гуманитарного образования, не привязанным к медицинскому или психологическому высшему образованию. В то же время в Германии психотерапевтом по закону имеют право называться только люди с высшим психологическим или медицинским образованием, прошедшие дополнительное обучение психотерапевтическим методикам. Первые именуются психологическими психотерапевтами, вторые — врачебными психотерапевтами.

Цель психотерапии — устранение патологической симптоматики. Она имеет следующие иерархические уровни: психический, неврологический, вегетативный, соматосистемный, соматоорганный.

Классификация психотерапии:

1) по отношению субъекта психотерапии к воздействию:
а) аутопсихотерапия;
б) гетеропсихотерапия;
2) по типу психокоррекционного воздействия:
а) директивная;
б) недирективная;
3) по количеству пациентов:
а) индивидуальная;
б) групповая;
4) по технике применения:
а) суггестивная;
б) рациональная;
в) реконструктивно-личностная;
г) аналитическая;
д) бихевиоральная;
е) когнитивная;
ж) экзистенциальная.

В 1998 г. Министерство здравоохранения Российской Федерации рассмотрело список рекомендуемых для нашей страны **методов психотерапии**, куда вошли:

- арт-терапия;
- аутогенная тренировка;
- гештальт-психотерапия;
- гипносуггестивная психотерапия;
- групповая динамическая психотерапия;
- динамическая краткосрочная психотерапия;
- когнитивно-поведенческая психотерапия;
- личностно-ориентированная реконструктивная психотерапия;
- логотерапия;
- недирективная психотерапия, по C. Rogers;
- нейролингвистическое программирование;
- поведенческая психотерапия;
- психодрама;
- классический психоанализ;
- рациональная психотерапия;
- семейная системная психотерапия;
- телесно-ориентированная психотерапия;
- терапия творческим самовыражением;
- трансактный анализ;
- трансперсональная психотерапия;
- эмоционально-стрессовая психотерапия;
- эриксоновский гипноз;
- клинический психоанализ;
- континуальная психотерапия;
- экзистенциальная психотерапия;
- социально-психологический тренинг.

Подходы в психотерапии.

Существует более 450 видов психотерапии, причем нет единой систематизации, хотя большинство видов психотерапии соотносимо с основными подходами (данные «Московского психологического журнала», 2008).

Психодинамический подход.

Вырос из принципов и методов психоанализа, исходящего из динамического понимания психических явлений «...как проявления борьбы душевных сил, как выражения целенаправленных тенденций, которые работают согласно друг с другом или друг против друга» (З. Фрейд, 1915 [З. Фрейд, 1999]). Цель этого подхода заключается в попытках понять и разрешить внутренние эмоциональные конфликты, возникшие в наиболее ранних отношениях, определяющие субъективное значение последующего опыта и воспроизводящиеся в последующей жизни. Терапевтические отношения используются для того, чтобы выявить, объяснить и изменить эти субъективные значения. В ходе терапевтических отношений пациент бессознательно переносит на терапевта

сложившиеся в раннем опыте значения и чувства, которые таким образом становятся доступны осознанию. Осознавание системы переносов и контрпереносов, возникающих сопротивлений и образует основную ткань психодинамического подхода.

Он представлен различными школами: З. Фрейда, А. Адлера, К.-Г. Юнга, К. Хорни, Ж. Лакана и другими, а в детской психотерапии — школами А. Фрейд, М. Кляйн, Г. Хак-Хельмут. В рамках этого подхода можно рассматривать гештальт-терапию Ф. Перлза, трансактный анализ Э. Берна, психодраму Дж. Морено и другие методы.

Поведенческий (бихевиоральный) подход.

Суть этого подхода, восходящего к теориям И. П. Павлова, состоит в модификации поведенческих стереотипов через использование принципов теории научения. Поведенческие и эмоциональные проблемы понимаются как закрепленные в результате поощрения и подкрепления дезадаптивных ответов на средовые раздражители. Задача психотерапии состоит в их ликвидации или модификации.

Цель этого подхода: получить как можно более подробный сценарий возникновения симптома, описываемый в наблюдаемых и измеряемых понятиях «что», «когда», «где», «при каких обстоятельствах», «в ответ на что», «как часто», «как сильно» и т. д. Затем вместе с пациентом анализируются запускающие и поддерживающие симптом факторы. Затем составляется и реализуется в совместной и самостоятельной работе детальный пошаговый план действий. Терапевт не стремится проникнуть в истоки конфликта (симптома, проблемы) — он изменяет наблюдающиеся поведенческие стереотипы. Психотерапия начинается с детального анализа поведения. По сравнению с психодинамическим этот подход отчетливо директивен.

Когнитивный подход.

Восходит к работам А. Бэка и опирается на представления о решающей роли мышления, познавательных (когнитивных) процессов в происхождении нарушений. Подобно психодинамическому подходу он обращается к неявным, скрытым причинам нарушений и, подобно бихевиоральному, — к дезадаптивным поведенческим стереотипам. Но фокус внимания этого подхода сосредоточен не на динамике основных психических сил и переживаний и не на стимул-реактивных цепочках, а на схемах мышления: любой ответ на внешние обстоятельства опосредован внутренней организацией психических процессов, паттернами мышления. Сбой этих паттернов запускает «негативные познавательные схемы», что принципиально сравнимо с ошибками программирования и вирусными искажениями компьютерных программ.

Цели и задачи этого подхода ориентированы на «перепрограммирование» мышления и когнитивных процессов как механизма возникновения проблем и образования симптомов. Круг методов очень широк — от рациональной психотерапии, по П. Дюбуа, до рационально-эмотивной психотерапии А. Эллиса. Подобно поведенческому, когнитивный подход базируется на директивной позиции терапевта.

Гуманитарный (экзистенциально-гуманистический) подход.

Берет начало в гуманистической психологии и работах ее основателей — К. Роджерса, Р. Мэя, А. Маслоу и других ученых. Сущностное ядро этого подхода — в понимании человека как неделимого и принципиально целостного единства тела, психики и духа, а соответственно — в обращении к интегральным переживаниям (счастья, горя, вины, утраты и т. д.), а не к отдельным изолированным аспектам, процессам и проявлениям. Категориальный аппарат гуманитарного подхода включает в себя представления о «Я», идентичности, аутентичности, самореализации и самоактуализации, личностном росте, экзистенции, смысле жизни и т. д.

Методический аппарат связан с гуманистически-экзистенциальным переосмыслением жизненного опыта и психотерапевтического процесса. С этим подходом связан широкий круг методов: недирективная клиент-центрированная психотерапия (К. Роджерс), психологическое консультирование (Р. Мэй), биоэнергетика (В. Райх), сенсорное осознание (Ш. Сильвер, Ч. Брукс), структурная интеграция (И. Рольф), психосинтез (Р. Ассаджиоли), логотерапия (В. Франкл), экзистенциальный анализ Р. Мэя и Дж. Бугенталя и другие. Сюда же можно отнести арт-терапию, поэтическую терапию, терапию творческим самовыражением (М. Е. Бурно), музыкотерапию (П. Нордофф и К. Роббинс) и т. п.

Системный подход.

Определяется не ориентацией на теоретические модели, а сфокусированностью на партнерстве, семье, супружестве, группах как самостоятельных организмах, целостных системах со своей историей, внутренними закономерностями и динамикой, этапами развития, ценностными ориентациями и т. д. Терапия в рамках этого подхода исходит из того, что дисфункциональная система отношений определяет дезадаптацию ее участников. Терапевт занимает позицию включенного наблюдателя или играющего тренера. Системный терапевт в достаточной мере директивен: он задает вопросы, наблюдает и контролирует, структурирует коммуникацию участников, драматизирует отношения и моделирует конфликты, дает домашние задания и т. д.

Интегративный подход.

Становится все более определяющей тенденцией, внутри которой выделяют методический эклектизм, психотерапевтическую полипрагмазию, теоретическую интеграцию. В практической плоскости интеграция направляется принципом Г. Пауля (1967): какая психотерапия и кем проводимая наиболее эффективна для этого человека с его специфическими проблемами в его обстоятельствах и окружении или, по выражению М. Эриксона (1975), для каждого пациента — своя психотерапия. Смешение разных факторов и стилей интеграции создает «дикую психотерапию», чреватую, как подчеркивает А. Лазарус (1995), непредсказуемыми эффектами.

Как правило, выделяют следующие методы психотерапии: *внушение, гипноз*, или гипносуггестивная психотерапия (воздействие на психику

человека через заторможенное определенным способом сознание), *психоанализ* (метод, направленный на систематизированное объяснение бессознательных связей через ассоциативный процесс), *психодрама* (терапевтический групповой процесс, в котором используется инструмент драматической импровизации для изучения внутреннего мира человека и его коррекции; выделяют и монодраму), *гештальттерапия* («образ», то, что «из ничего» стало «чем-то»; ее идея основана на способности психики к саморегуляции, на творческом приспособлении организма к окружающей среде и на принципе ответственности человека за все свои действия, намерения и ожидания; основная роль терапевта заключается в том, чтобы фокусировать внимание больного на осознавании происходящего «здесь и сейчас»), *арт-терапия* (использование для лечения и психокоррекции художественных приемов и творчества, таких, как рисование, лепка, музыка, фотография, кинофильмы, книги, актерское мастерство, создание историй и др.), *когнитивная психотерапия* (одно из направлений современного когнитивно-бихевиорального (познавательно-поведенческого) подхода в психотерапии, опирающееся на положение об определяющей роли познавательных процессов (и в первую очередь мышления) в возникновении различного рода психологических проблем и психических отклонений), *позитивная психотерапия* (конфликт-центрированный и ориентированный на способности человека метод, относящийся к транскультурным, психодинамическим психотерапевтическим методам с гуманистической точкой зрения на личность), *нейролингвистическое программирование* (комплекс моделей, техник и операционных принципов (контекстуально-зависимых убеждений), применяемых, главным образом, как подход к личностному развитию посредством моделирования эффективных мыслительных и поведенческих стратегий), *телесно-ориентированная психотерапия* (психокоррекция имеющихся нарушений психических, физиологических или энергетических проявлений с помощью процедур телесного контакта и/или использования телесных функций (дыхание, движение, статическое напряжение тела и др.), *клиент-центрированная психотерапия* (основана на взаимоотношениях между пациентом и терапевтом, который акцентирует свое внимание на методах, позволяющих лучше разобраться в том, что происходит с пациентом в процессе лечения), *экзистенциальная психотерапия* (выросла из идей экзистенциальной философии и психологии, которые сосредоточены не на изучении проявлений психики человека, а на самой его жизни в неразрывной связи с миром и другими людьми («тут-бытие», «бытие-в-мире», «бытие-вместе»); терапевтическими факторами здесь являются: понимание клиентом уникальной сути своей жизненной ситуации, выбор отношения к своему настоящему, прошлому и будущему, развитие способности действовать, принимая ответственность за последствия своих действий), *гуманитарная психотерапия* (психотерапевтические подходы, базирующиеся на постмодернистском, и отчасти экзистенциальном мировоззрении;

главными отличительными особенностями этого мировоззрения являются плюрализм, антилогоцентризм, историзм, ирония, акцент на язык и речевую деятельность; психотерапия, проводимая в подобном ключе, является особой речевой стратегией, понимаемой как речевое поведение психотерапевта, обеспечивающее как эффективную коммуникацию, так и решение практической задачи, обусловленной клиентским запросом), *игровая психотерапия* (используется терапевтическое воздействие игры, чтобы помочь взрослому или ребенку преодолеть психологические и социальные проблемы, затрудняющие личностное и эмоциональное развитие), *системная семейная психотерапия* (человек при этом подходе не является объектом воздействия и клиентом, клиентом является вся семья, вся семейная система, именно она — объект психотерапевтического воздействия; суть ее мы представим ниже), *патогенетическая рациональная психотерапия* (предложенная В. Н. Мясищевым (1960), предусматривает изменение системы отношений больного и коррекцию его поведения в результате всестороннего изучения особенностей личности и этиопатогенетических механизмов, вызывающих невротическое состояние).

Говоря о детской психотерапии, важно отметить, что, по мнению многих исследователей (особенно тех, кто тяготеет к психоаналитической психотерапии), истоки ее лежат в работах З. Фрейда (работа «Психоанализ и детские неврозы: анализ фобии у пятилетнего мальчика» (1909), где делалась попытка перенесения психоанализа взрослых на ребенка). Однако перенос взрослого психоанализа на «детскую почву» вызвал немало критики, так как ребенок, в отличие от взрослых, по мнению критикующих, не может полноценно обрисовывать словами свое состояние и не способен понять связь собственного реального состояния с биографическим опытом. Тем не менее, уже через 10 лет Мелани Кляйн (Klein M.) (1882—1960), британский психоаналитик австрийского происхождения, стала применять игровые приемы в работе с детьми, в основном для диагностики, считая, что детская игра так же обусловлена скрытыми и бессознательными мотивациями, как и поведение взрослых. Ее считают автором оригинальной психоаналитической концепции, оказавшей влияние на распространение теории объективных отношений. Когда в 1930-е гг. М. Кляйн стала заниматься проблемой неврозов у взрослых, появились новые исследователи в области детской психотерапии: Д. Леви (Levy D.) предложил структурированную игровую психотерапию для переживающих психотравмирующее событие детей, которая была направлена, прежде всего, на отреагирование; в это же время стало развиваться очередное направление игровой детской психотерапии — терапия построения отношений (Allen F.), методологической основой которого стали идеи М. Кляйн и О. Ранка (в этом направлении был произведен перенос с исследования жизни ребенка и его бессознательного на развитие, на то, что происходит «тут и сейчас» в эмоциональных отношениях между ребенком и психотерапевтом [F. Allen, 1934]).

С середины 1950-х гг. Анна Фрейд открыла Институт детского психоанализа, специалисты которого были ориентированы на активное вмешательство психотерапевта во взаимоотношения ребенка с окружающей средой, с его социальным окружением. Ими активно использовались не только игровая психотерапия, но и воспитательные мероприятия, причем на разных уровнях воздействия: мотивационном, эмоционально-аффективном, поведенческом, психофизиологическом.

Позже Вирджинией Экслайн и Гарри Л. Лэндретом на принципах клиент-центрированной психотерапии К. Роджерса и работ W. Axline (1947) была разработана недирективная игровая психотерапия (спонтанная игра в психтерапевтически безопасной обстановке). Цель данной психотерапии: способствовать самопознанию и развитию самоуправления ребенка. Дети в присутствии психотерапевта играют «сами по себе» или вообще ничем не занимаются, но терапевт при этом не направляет их игровые манипуляции, не подсказывает, а только содействует, двигаясь в русле действий ребенка [Г.-Л. Лэндрет, 1994; В. Экслайн, 2007].

В нашей стране появление детской психотерапии связано с именем В. К. Мягер, впервые раскрывшей понятие семейной психотерапии и семейного диагноза [В. К. Мягер, 1978]. Ее последователями, внесшими свой весомый вклад в развитие, распространение и научное обоснование психотерапии в детской практике, стали известные ленинградские-петербургские ученые-практики В. И. Гарбузов, А. И. Захаров, Э. Г. Эйдемиллер [В. И. Гарбузов, 1994, 2001; А. И. Захаров, 1988; Э. Г. Эйдемиллер, 1996, 2006, 2007] и московские ученые, психотерапевты А. С. Спиваковская и Ю. С. Шевченко [А. С. Спиваковская, 1999; Ю. С. Шевченко, 2003], чьей заслугой является комплексное внедрение разных психотерапевтических подходов в рамках главных форм психотерапии (индивидуальной, групповой, семейной), причем с учетом специфики и периодов онтогенетического развития.

5.1.1. Суггестивная психотерапия

Суггестивная психотерапия (от лат. «suggestio» — внушение). Этот термин объединяет группу методов, в основе которых в качестве ведущего лечебного фактора выступает внушение или самовнушение. **Внушение** — подача информации, воспринимаемая без критической оценки и оказывающая влияние на течение нервно-психических процессов. Путем внушения могут вызываться ощущения, представления, эмоциональные состояния и волевые побуждения, а также оказывается воздействие на вегетативные функции без активного участия личности, без логической переработки воспринимаемого [А. М. Свядощ, 2000]. **Внушение** — это процесс воздействия на психическую сферу человека, связанный со снижением сознательности и критичности при восприятии и реализации внушаемого содержания, с отсутствием целенаправленного активного его понимания, развернутого логического анализа и оценки в соотношении с прошлым опытом и данным состоянием субъекта [К. И. Платонов, 1925; В. Н. Мясищев, Б. Д. Карвасарский, 1969; Э. Блейлер, 2001]. Содержанию сознания, усвоенному по механизму внушения, в дальнейшем присущ навязчивый характер; оно с трудом поддается осмыслению и коррекции, представляя собой совокупность «внушенных установок» [Д. Н. Узнадзе, 1966].

Основным средством внушения является слово, речь суггестора (человека, производящего внушение). Неречевые факторы (жесты, мимика, действия) обычно оказывают дополнительное влияние. Внушение реализуется в состоянии бодрствования, гипнотического сна (гипносуггестивная терапия), наркотического сна (наркопсихотерапия). В ней устранение телесных и психических нарушений достигается за счет применения внушения. При этом оказывается целенаправленное влияние на функциональные нарушения, вегетативные нарушения, состояния напряжения, а также телесные недуги (например, боль). Данная методика заключается в том, что пациенту передают в форме устного сообщения правильные установки. Суггестивные формулировки описывают состояние, которое должно быть достигнуто, при этом они должны быть только в позитивной форме. Не допускается использование отрицательных языковых конструкций («не» в формуле внушения не используется).

5.1.1.1. Гипноз

Гипно́з (от греч. «υπνος» — сон) — временное состояние сознания, характеризующееся сужением его объема и резкой фокусировкой на содержании внушения, что связано с изменением функции индивидуального контроля и самосознания. Франц-Антон Мессмер, в XVIII в. предположивший, что весь мир заполнен магнетическим флюидом или «эфиром», который, концентрируясь у особенно одаренных, может передаваться через прямое или опосредованное прикосновение, стал автором учения о так называемом животном магнетизме. Термин «гипноз» впервые ввел в практику английский хирург Джеймс Брейд, побывавший на сеансе одного из известных в то время «магнетизеров», и в результате своего увлечения этим феноменом опубликовавший книгу «Нейрогипнология» (1863).

«Расцвет эры гипнологии связан, прежде всего, с Францией, где активно конкурировали две школы: парижская (сальпетриерская), которой руководил Ж.-М. Шарко, и нансийская, с И. Бернгеймом во главе. Первая проповедовала гипноз, ссылаясь на возможность гипнотизации даже животных, вторая, отрицая гипноз, говорила о внушении. Хотя и там, и там речь шла об одном и том же состоянии. Представить себе внушение в бодрствующем состоянии просто, как и внушение в состоянии аутогенного транса, гипнотического или наркотического сна; но представить гипноз без внушения можно скорее теоретически, хотя чисто с формальных позиций можно определить, что гипнотерапия — это использование гипноза в качестве самостоятельного лечеб-

ного метода с целью достижения седативного и вегетонормализующего эффекта; а гипносуггестивная терапия — метод лечения внушением после предварительного введения пациента в гипнотическое состояние. Но в литературе под гипнотерапией чаще всего подразумевается гипносуггестивная терапия» [А. И. Нахимовский, В. В. Шишков, 2001].

Сегодня считается, что гипноз — безопасный и быстрый метод решения психологических проблем, и неслучайно еще в начале прошлого века он был признан медицинским средством излечения множества заболеваний. Состояние гипноза наступает в результате специальных воздействий гипнотизера или целенаправленного самовнушения. Тем не менее, факты свидетельствуют, что вмешательство в психическую деятельность человека при гипнозе очень глубоко, что и послужило ограничению его применения (заниматься гипнотерапией разрешено только сертифицированным специалистам и только с лечебной целью).

Работы И. П. Павлова и его учеников показали, что в основе гипноза лежит процесс торможения, захватывающий кору больших полушарий головного мозга. Торможение это носит дробный характер, распространяясь на разных участках мозга на различную глубину и захватывая разные участки головного мозга. Между заторможенными участками лежат бодрствующие участки активной деятельности коры и подкорковых образований. Эти участки — так называемые «сторожевые пункты» — обеспечивают, в частности, возможность контакта («раппорта») пациента (клиента) с гипнотизирующим его и возможность лечебного воздействия словом (внушением) при изоляции других раздражений из внешнего и внутреннего мира больного, погруженного в гипнотическое состояние. Торможение при гипнозе сходно с торможением при физиологическом сне, т. е. это и есть частичный сон, при котором сохраняется раппорт [И. П. Павлов, 1951].

В более общем смысле гипноз — это социально-медицинское понятие о комплексе методик целенаправленного словесно-звукового воздействия на психику человека через заторможенное определенным способом сознание, приводящее к бессознательному выполнению различных команд и реакций находящегося при этом в искусственно-вызванном состоянии заторможенности организма — дремы или псевдосна. Вводя человека в гипнотический транс, специалист выявляет причину заболевания и удаляет из подсознания те негативные переживания, которые к нему привели [Р. Д. Тукаев, 2008].

Медицинский (клинический) гипноз (гипносуггестивная психотерапия) проводится с целью преодоления критичности сознательного разума и препятствует его вмешательству в процесс оздоровления. Применяется он при лечении психосоматических заболеваний (язвенная болезнь, гипертоническая болезнь, бронхиальная астма), неврозов всех форм, заикания, энуреза, энкопреза, тиков, депрессий, а также таких состояний, как страхи, отсутствие аппетита, перепады настроения, ощущение одиночества, паники и тревоги, удушье, повышенное потоотделение, жар или озноб, излишняя сонливость, тошнота и голо-

вокружение. Несмотря на универсальность медицинского применения гипноза, у этого метода лечения болезней есть свои противопоказания. Наиболее важными и абсолютными из них являются любые острые соматические состояния, например, инфаркт миокарда, инфекции в сопровождении с высокой температурой, острый аппендицит. Не рекомендован гипноз при гипертонических и гипотонических кризах, сердечно-сосудистой недостаточности, кровотечениях. При многих заболеваниях гипноз может служить основным или вспомогательным средством лечения.

Изучением гипноза и развитием его практического применения занимались многие специалисты, среди которых можно выделить А. Фореля (1848—1931), швейцарского невропатолога и психиатра, энтомолога (изучал общественную жизнь муравьев и пчел), опубликовавшего трактат «Гипнотизм, или Внушение и психотерапия» (1904), О. Фогта (1870—1959), немецкого нейробиолога, психиатра, исследователя мозга, автора «фракционого» (поэтапного) гипноза, Л. Шертока (Chertok) (1910—1991), французского психиатра, психоаналитика, доктора медицины, профессора Сорбонны, убежденного сторонника психосоматического направления в медицине и пропагандиста гипнотерапии, руководителя психосоматического отделения Института психиатрии Ларошфуко и Центра психосоматической медицины имени Дежерина в Париже, автора книг «Гипноз. Теория, практика и техника» (1959), «Рождение психоаналитика. От Месмера до Фрейда» (1973), «Непознанное в психике человека» (1976), «Мемуары еретика» (1990) и других; в нашей стране — профессора П. И. Буля, психотерапевта, доктора медицинских наук, почетного члена Пражской, Берлинской и Парижской Академии наук, автора книги «Техника гипноза и внушения. Теория и практика гипнотерапии» [П. И. Буль, 2001], профессора А. М. Свядоща, доктора медицинских наук, советского и российского психиатра, психотерапевта и сексолога, автора информационной теории неврозов, А. И. Нахимовского, психотерапевта, кандидата медицинских наук, доцента СПбГПМА, автора нескольких трудов по практической психотерапии, в том числе при лечении детей и подростков.

Наибольшие возможности понять сущность гипноза представились с появлением электробиологических методов, позволивших исследовать биотоки головного мозга, когда стали изучать сон и гипноз с помощью электроэнцефалографии (ЭЭГ), и когда удалось выяснить, что между сном и гипнозом имеются существенные отличия.

При переходе от бодрствования ко сну частота электрических колебаний (биопотенциалов головного мозга) все более уменьшается (от альфа-ритма и бета-ритмов до тета-ритма и дельта-ритма). При гипнозе же картина другая: если в самой начальной стадии гипноза происходит некоторое уменьшение частоты и амплитуды альфа- и бета-волн, то в стадии глубокого гипноза вместо медленных ритмов, как во время обычного сна, картина ЭЭГ характеризуется преобладанием быстрых ритмов (альфа и бета), т. е. становится такой, как во время бодрство-

вания. Такое впечатление, что человек спит (не реагируя на внешние раздражители) бодрствуя (по данным ЭЭГ-картины). Видимо, гипноз — это не просто частичный сон, а иное состояние головного мозга.

В начале 1950-х гг. прошлого века американские исследователи Е. Азеринский и Н. Клейтман, авторы многих работ по исследованию системы «сон-бодрствование», в том числе и у новорожденных детей, открыли фазу «быстрого» сна. Вторая часть сна была названа фазой «медленного» сна, которая длится от часа до полутора часов и характеризуется постепенным снижением частоты биопотенциалов, вплоть до дельта-ритма на самой глубокой его стадии. По прошествии этого времени сон переходит в «быструю» фазу: появляются быстрочастотные ритмы. Эту фазу позже назвали стадией сновидений, так как именно во время ее протекания человек видит сны. Длительность «быстрой» фазы сна — от нескольких минут до получаса (обычно она увеличивается к утренним часам). Закончившись, она снова сменяется «медленным» сном и так далее. За ночь таких смен бывает от четырех до шести.

И здесь наиважнейшее значение имеет именно «быстрый» сон, во время которого мозг не «просто отдыхает», а работает в особом режиме, позволяющем ему сортировать, обрабатывать, упорядочивать информацию, полученную в дневное время, переводя ее в долговременную память.

Тем не менее, несмотря на некоторое нейрофизиологическое сходство «быстрого» сна и гипноза, отождествлять эти два состояния было бы неверно. В гипнозе индивидуальное сознание (самосознание) как бы отодвигается на задний план, уступая место внушениям (инструкциям) психотерапевта, проводящего сеанс гипносуггестии. Эти инструкции в гипнотическом трансе переводятся в личные чувства гипнотизируемого, совершая процесс формирования самосознания его личности.

Но и противопоставлять гипноз и сон также не следует. Хотя они и явления разного рода, принципиально, по сходству нейрофизиологических процессов, лежащих в их основе, их можно отнести к процессам одного ряда. В подтверждение этому могут служить данные, полученные при электроэнцефалографическом исследовании медитации у йогов. ЭЭГ при медитации в чем-то напоминает кривую записи при гипнозе, а в чем-то — при некоторых стадиях обычного сна. Протекание при медитации (своего рода самогипнозе) сходных со сном и гипнотическим состоянием нейрофизиологических механизмов свидетельствует о своеобразном родстве всех этих состояний, имеющих свой особый характер мозговой деятельности.

Выделяют также эриксоновский гипноз (по имени Милтона Эриксона (1901—1980), американского врача-психиатра и психотерапевта), который кардинально отличается от классического своей недирективностью: терапевт не дает клиенту инструкций и указаний, а помогает ему войти в особое состояние — транс, когда человек бодрствует

и может активно общаться с терапевтом. Обычному гипнозу (глубокому погружению) поддается более 70 % людей, в транс же (более поверхностное состояние) можно ввести практически любого человека (если у него нет поражений центральной нерной системы, психических расстройств и т. п.). В этом состоянии человек смещает фокус внимания из внешней среды «внутрь себя», концентрируется на своих внутренних переживаниях и на время перестает воспринимать окружающую реальность. Внешне это выглядит так, будто он «находится не здесь»: взгляд обращен «внутрь себя», дыхание замедлено, тело расслаблено. Эриксон считал транс естественным состоянием человека, необходимым ему для обработки внутреннего опыта [М. Н. Гордеев, 2005]. Подход М. Эриксона, как и множество других американских психотехнологий, завоевал чрезвычайную популярность в мире в 1970—1980-е гг. и считался одним из самых прогрессивных подходов в психотерапии.

5.1.1.2. Прямое внушение

Прямое внушение осуществляется через речь, в процессе которой достигается внушение конкретной психической функции. При прямом внушении происходит непосредственное воздействие прямой речи с определенным смысловым значением. Прямое внушение типично для традиционного гипноза.

Различают также прямое внушение наяву. Внушение наяву является традиционным средством воздействия при неврозах и составной частью любой методики психотерапии. Внушающим действием в ситуации лечения могут обладать не только слова врача, но и его взгляд, манера поведения, обстановка, в которой проходит прием. Внушения наяву делают эмоционально насыщенным повелительным (внушающим) тоном, в виде резких, коротких фраз, обычно несколько раз повторяемых, что внешне напоминает убеждение (активным сторонником лечения убеждением был швейцарский невропатолог Дюбуа, разработавший метод рациональной психотерапии). Речь психотерапевта при этом сопровождается целым потоком сигналов, посылаемых мимикой, жестами и интонацией внушающего.

С. А. Зелинский писал: «Посредством внушения мы можем управлять глубинными биологическими процессами нашего организма. Академик П. К. Анохин (1968) (ученик академика И. П. Павлова) выдвинул теорию об акцепторе действия. Согласно этой теории, прежде чем приступить к какой-либо деятельности, в мозге человека строится поэтапная модель окончательного результата подобного действия. Например, если мы решили взять со стола карандаш, то об успешности нашей деятельности в головной мозг поступают сигналы из зрительной, тактильной и мышечно-суставной систем. Если мы не достигли цели и промахнулись, в головной мозги поступает информация о рассогласованности действий, и тут же вносится поправка, что позволяет вторую попытку сделать более удачной. Схожую теорию выдвинул и академик Н. А. Бернштейн (1990), назвав ее мозговой моделью «потребного»

будущего. Если же мы рассматриваем эффект внушения, то в данном случае мозговая информационная модель оказывается как бы изолированной от действительности, а в мозг не поступают сигналы от рассогласованности. В итоге мы можем сидеть дома, за окном может идти снег, а при должном уровне внушения нам будет казаться, что находимся мы где-нибудь на пляжах Египта... Внушение становится еще эффективнее, если сопровождается эмоционально-смысловой насыщенностью, а также мимикой, жестами, интонацией. Речь должна быть уверенная и четкая. Следует умело выделять «ключевые» слова, произносить их четче, резче, напряженнее, эмоционально насыщеннее и обязательно в повелительной форме... Установлено, что внушение выше у детей и подростков, особенно у девочек. При этом внушаемость у гипнотика любого возраста выше, если внушаемая ему информация не вступает в противоречие со смысловым оттенком информации, уже имеющейся у него» [С. А. Зелинский, 2008].

5.1.1.3. Косвенное (опосредованное) внушение

Косвенное внушение — внушение, которое делается не напрямую, а малозаметным для пациента способом вкраплениями, которые вставляются в основной текст (он, по сути, не осознает их наличия). Содержание такого внушения подкрепляется строго определенными и конкретными условиями, при наличии которых оно будет реализовываться. К косвенному внушению можно отнести различные метафоры, терапевтические сказки, аналоговые внушения. Даже при применении гипноза было замечено, что косвенные внушения имеют большее воздействие на человека, чем прямые. Аналоговые внушения (аналоговое маркирование) называются еще скрытыми, встроенными, когда в нейтральный по содержанию текст вставляются определенные ключевые слова, выделяемые каким-либо образом.

Косвенное внушение является основой опосредующей психотерапии. Опосредующая психотерапия представляет собой приемы, используемые при психотерапии в группе больных (анонимное обсуждение и «психотерапевтическое зеркало», по С. С. Либиху), позволяющие окольным путем достигнуть осознания пациентом связи между невротической симптоматикой и собственными проблемами, понимания значения неконструктивных способов своего поведения в возникновении этих проблем и в их поддержании. Осознание обычно ограничивается когнитивным уровнем. Анонимное обсуждение включает разбор врачом в группе больных истории болезни выписавшегося пациента, при этом внимание фокусируется на том, что является общим у этого больного с данной группой или значительной ее частью. Врач, обсуждая историю болезни, основное внимание обращает на факты, которые имеют отношение к конкретному члену группы. К анализу привлекаются другие ее участники. Анонимно обсуждаемый пациент получает

при этом представление о мнении участников группы о себе, видении его проблемы, своей роли в ее возникновении и поддержании, а также информацию о конструктивных способах ее разрешения [С. С. Либих, 1974].

Уверенность больного в лечебном эффекте является активным фактором, который играет важную роль при проведении всех видов терапии. Благоприятная общая обстановка лечения, укрепление медицинским персоналом надежды больного на эффективность лечебной процедуры способны усилить ее действие. Механизм «вооруженного внушения» Шарко [В. П. Гиндин, 2003], «чрезпредметного» внушения или косвенного психотерапевтического эффекта [В. М. Бехтерев, 1911 (2001)] необходимо иметь в виду при использовании любых лечебных воздействий, в том числе биологической природы.

Примером косвенной психотерапии является использование различного рода «масок». Вариантом такой косвенной психотерапии является методика «Маска». В этом случае медицинский персонал предварительно готовит больного к процедуре, заключающейся в ингаляции «нового, чрезвычайно эффективного» лекарства, которое «специально заказано для данного больного» и будет использовано в особых условиях. Пациента укладывают на стол, кладут на лицо наркозную маску, смоченную неизвестной ему пахучей жидкостью, и, когда он начинает ее вдыхать, осуществляют внушение, направленное на восстановление нарушенных функций, обычно истерической природы (мутизм, стойкие гиперкинезы, паралич и т. д.).

Косвенное внушение с использованием «маски» чаще применяется при зафиксированных истерических нарушениях как завершающий этап личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Б. Д. Карвасарского, Г. Л. Исуриной, В. А. Ташлыкова, подготовившей пациента к «отказу» от симптома (выполнявшего приспособительные, адаптивные функции) путем осознания специфической содержательной связи между этим симптомом и внутренним конфликтом, а также генезиса этого конфликта [Б. Д. Карвасарский, 2000]. Использование «маски» в подобных случаях убеждает в ценности симптомо-центрированных методов, если применение их основывается на адекватном понимании механизмов развития невроза и включается в систему патогенетически обоснованной психотерапии.

Еще одной формой такой формы внушения может считаться плацебо-терапия, когда плацебо-препарат («пустышка») имитирует по цвету, вкусу, запаху настоящий, но содержит вместо действующих компонентов индифферентные, оказывая, тем не менее (благодаря косвенному внушению), лечебный эффект.

5.1.2. Психоанализ

Психоана́лиз (от нем. «psychoanalyse») — семейство психологических теорий и методов, направленных на систематизированное объяснение бессознательных связей через ассоциативный процесс. Один

из методов психотерапии, получивший широкое распространение в Европе (с начала XX в.), в США (с середины XX в.).

Психоанализ был создан в конце XIX в. австрийским ученым З. Фрейдом (1856—1939). Первоначально Зигмунд Фрейд занимался физиологическими исследованиями, даже изобрел метод окрашивания нервных тканей, однако позднее, увидев неприменимость данных знаний в психологическом консультировании, отказался от какой-либо опоры на психофизиологические данные в своих работах. В ранний период психоанализа Фрейд совместно со своим наставником, австрийским неврологом и психиатром, доктором медицины Й. Брейером, упоминавшемся выше, разработал катартический метод лечения неврозов, в отношении которого позже стал применяться термин «абреакция» (отреаги́рование; разря́дка, повторное переживание травматического события с целью дать выход избытку сдерживаемых эмоций). Переломной датой для психоанализа считается 24 июля 1895 г., когда Фрейду приснился сон, после которого он пришел к выводу о том, что сновидения имеют смысл, являясь символическими сообщениями из области бессознательного, и поддаются рациональному анализу и истолкованию. В дальнейшем это привело к применению Фрейдом метода свободных ассоциаций. Вплоть до 1910 г., когда психоанализ поддержал швейцарский психиатр со степенью и психолог Карл Густав Юнг, это направление игнорировалось научным миром. В первой половине XX в. от «классического фрейдизма» отпочковался ряд направлений — К.-Г. Юнга (1875—1961), Альфреда Адлера (1870—1937), Эриха Фромма (1900—1980) и других, оспаривавших те или иные постулаты Фрейда.

Исследуя психический конфликт, З. Фрейд отправной точкой психоанализа стал считать то, что неврозам взрослых предшествует некоторый опыт детства, и что от симптома эмоционального происхождения невозможно избавиться. Это станет возможным лишь тогда, когда происхождение симптома и его развитие будут прослежены с помощью психоаналитика. По Фрейду, личность развивается под влиянием четырех главных источников напряжения: процессов созревания (физиологического роста), фрустрации, внутренних конфликтов и внешних угроз (опасностей). Справляться с воздействием этих факторов индивид может различными способами, прежде всего идентификацией (снятие напряжения путем моделирования своего поведения по подобию того, как это делает другой человек) и замещением (образованием побудительной силы к другому объекту, если в силу внешних или внутренних барьеров оказывается недоступным исходный объект выбора). Когда замещение приводит к более высоким культурным достижениям, оно становится сублимацией. И замещение, и сублимация не могут привести индивида к полному удовлетворению, что и является причиной остаточного напряжения, которое проявляется нервозностью, нетерпеливостью, тревожностью, беспокойством (по Фрейду, это плата человека за свое цивилизованное состояние) [М. М. Решетников, 2003].

Сущность и основные идеи психоанализа.

1. *Теория человеческого поведения* — первая и одна из наиболее влиятельных теорий личности в психологии. Обычно относится к классическому психоанализу, созданному Зигмундом Фрейдом, но употребляется также к любой производной (даже сильно отличающейся от него теории), например, аналитической психологии Юнга или индивидуальной психологии Адлера, которые нередко обозначают термином «неопсихоанализ».

2. Набор методов исследования *основных мотивов* человека. Фундаментальный предмет изучения психоанализа — бессознательные мотивы поведения, берущие начало в скрытых расстройствах (чаще сексуальных). Они раскрываются через свободные ассоциации, высказываемые пациентом.

3. Метод и методики лечения психических расстройств на основе анализа *свободных ассоциаций*, проявлений переноса и сопротивления, посредством техник толкования и проработки. Цель психоаналитика: помочь освобождению пациента от скрытых механизмов, создающих конфликты в психике, то есть от привычных шаблонов, не пригодных или создающих специфические конфликты в реализации желаний и в адаптации к обществу.

4. *Бессознательное* — особые психические силы, лежащие за пределами сознания, но управляющие поведением человека.

5. *Сознательное* — одна из двух частей психики, осознаваемая индивидом, — определяет выбор поведения в общественной среде, однако не всецело, так как сам выбор поведения может инициироваться бессознательным. Сознание и бессознательное находятся в антагонистических отношениях, в бесконечной борьбе бессознательное всегда побеждает. Психика автоматически регулируется принципом удовольствия, который модифицируется в принцип реальности и при нарушении баланса осуществляется сброс через бессознательную сферу.

Позднее Фрейд предложил следующую структуру психики: *Эго* («*Я*»), *Супер-Эго* («*Сверх-Я*», «*сверхсознание*»), *Ид* («*Оно*»).

Зигмунд Фрейд выделил несколько защитных механизмов психики: *замещение, реактивное образование, компенсация, вытеснение, отрицание, проекция, сублимация, рационализация, регрессия.*

Позднее Анна Фрейд, дочь З. Фрейда (1895—1982), а за ней и другие психоаналитики, существенно расширили этот список, который на данный момент насчитывает около 30 различных механизмов психологической защиты. А. Фрейд продолжила исследования отца, но уже в работе с детьми, а развиваемые ею взгляды внесли весомый вклад в методологические основы эго-психологии.

В психоанализе используются следующие техники: *метод свободных ассоциаций, толкование сновидений, интерпретация* (как толкование источников конфликтной проблемы); *анализ сопротивления и переноса.*

Выделяются комплексы: Эдипов комплекс, кастрационный, комплекс Электры, комплекс неполноценности.

Что касается пограничных психических расстройств в целом, то в одной из наших ранних книг отмечалось: «С точки зрения современной неврологии, пестрая поведенческая симптоматика пограничных психонервных расстройств базируется на тех или иных отклонениях развития функций, связанных с первичными резидуальными или генетически заложенными поражениями различных структур головного мозга. Это положение подтверждается многочисленными результатами обследований больных объективными методами... Однако до настоящего времени распространено немало психологических гипотез, в корне не согласных с неврологической концепцией. Несмотря на то, что возникновение большинства из них относится к периоду времени, когда еще не существовало объективных методов исследования головного мозга, они также имеют право на существование, так как подкрепляются многочисленными положительными результатами лечения больных. На одной из таких гипотез основан знаменитый метод психоанализа, разработанный З. Фрейдом и его школой» [М. И. Лохов, Ю. А. Фесенко, Л. М. Щугорева, 2005].

В основу психоанализа положено глубокое проникновение в чувства и влечения человека. Слово «влечения» в понимании Фрейда можно полностью отождествить с современным понятием эмоций, а так как влечения составляют краеугольный камень всей методики и, впоследствии, теории психоанализа, то всю теорию можно отнести к одной из самых ярких попыток расшифровки человеческих эмоций.

Влечения были определены как специфический вид функционирования головного мозга по заданным генетическим программам. Надо сказать, что как сам Фрейд, так и его ученики, приводили весьма образные описания психологических процессов и часто эти описания скорее напоминают художественный вымысел, чем серьезное научное исследование. Тем не менее, все это очень серьезно.

Итак, источником эмоций признавались врожденные биологические влечения, например, сексуальные, которые фигурируют в теории под названием «Оно». «Оно» — наперед заданное с самого рождения свойство мозга, главная его составляющая. После рождения и установления необходимых контактов с внешним миром, возникают механизмы, ограничивающие эмоциональные проявления. Кроме того, в процессе взаимодействия с окружающей средой сами эмоции совершенствуются и приобретают более явную и законченную форму, т. е. ту, через которую мы и определяем их впоследствии.

В ходе дальнейшего развития формируется сознание, посредством которого индивид воспринимает внешний мир, осознает действие внешних раздражителей, реагирует на них. Посредник между внешним миром и «Оно», включающий элементы сознания и ограничивающий эмоции, именуется как «Я». Фрейд писал: ««Я» олицетворяет то, что можно назвать разумом и рассудительностью в противоположность к «Оно», содержащему страсти... По отношению к «Оно» «Я» подобно всаднику, который должен обуздать превосходящую силу лошади»

[Z. Freud, 1980, с. 193]. Сдерживание осуществляется путем вытеснения из сознания всех нежелательных для взаимодействия с окружающей социальной средой эмоций. Однако процесс этот не проходит бесследно для психики. В результате вытеснения нарушается исходная, генетически заложенная связь между некоторыми эмоциональными процессами и развитием личности, что приводит иногда к психическим расстройствам, в частности, к неврозам и другим пограничным состояниям.

Дальнейшее развитие сознания в результате взаимодействия личности с окружающим миром приводит к созданию в сознании некого образца «Я», основанного на требованиях общества, его морали и других социальных взаимоотношений среды, в которой развивается личность. Такой образец назван Фрейдом «Сверх-я». Взаимодействие «Я» и «Сверх-я» способно породить ряд новых эмоциональных явлений, не заложенных исходно в «Оно», например, угрызения совести, чувство стыда, гордости и т. д. Таким образом, в ходе развития увеличивается работа «Я», которое вынуждено не только контролировать соответствие врожденных эмоций внешним обстоятельствам, но и соответствие необходимой степени рассогласования между собой и «Сверх-я», образцом, навязанным социальной моралью. Задача иногда оказывается непосильной. «Я» не справляется со своими обязанностями, что приводит либо к прорыву эмоций из «Оно» наружу — к аффектам, истерическим припадкам, либо к развитию психических заболеваний, связанных с уходом «Я» от реальной действительности, что проявляется, например, галлюцинациями, расщеплением сознания и т. п.

Таким образом, психоаналитическая концепция основана на следующих положениях. Источники наших переживаний — эмоций, находятся в «Оно» — чисто биологическом образовании, большая часть которого заложена генетически и не осознается. В процессе развития ребенка формируется система «Я», являющаяся связующим звеном между окружающей средой и «Оно». «Я» осознаваемо, включает в себя механизмы, ограничивающие проявление «Оно» в действиях, вытесняет нежелательные эмоции из сознания, что приводит в некоторых случаях к нарушению психики. Кроме того, окружающая социальная система формирует «Сверх-я» или образ идеального «Я», с которым реальное «Я» должно считаться, и во взаимодействии с которым конструируются новые эмоции.

Эмоции во взаимодействии с «Я» регулируют поступки и действия человека. В самом начале развития ребенок полностью подчинен «Оно». Затем развиваются психические процессы (такие, как мышление, память и т. п.), которые формируют «Я», сознание и механизмы взаимодействия «Я» с «Оно». «Оно» полностью бессознательно. «Я» — частично осознанно, частично бессознательно.

Определения «сознательный» и «бессознательный» опираются на непосредственное восприятие окружающего мира посредством органов чувств. Опыт показывает, что любое представление, в дан-

ный момент осознанное, в следующий момент может перестать осознаваться, т. е. стать бессознательным. В психоанализе различают два вида бессознательного: представление, которое описано выше, т. е. временно исчезающее из сознания, но в любой момент легко снова могущее быть осознанным, и эмоции или эмоционально окрашенные комплексы представлений, которые активно вытесняются из сознания и могут в него проникнуть только в особых состояниях, например, в сновидениях.

Представления соединяются в комплексы на основе какой-либо сильной эмоции, например, страха. Так, испуг вызывает в организме специфический комплекс реакций: изменения сосудистой системы, сердцебиение, дрожь и т. д. Когда угрожающая обстановка устранена, комплекс перестает осознаваться, но не распадается. Сходный с одним из элементов комплекса внешний раздражитель запускает всю систему, и время от времени вся картина, обстановка, сопутствующая испугу, произвольно восстанавливается. Опять появляется учащенное сердцебиение, дрожь и человек с трудом может отделаться от испуга. Это состояние может переживаться и во сне. Например, человек, переживший землетрясение во время отпуска далеко от дома, долгое время чувствовал сердцебиение и головокружение, если мимо него по мостовой проезжал тяжелый грузовик.

Хроническое действие комплекса наблюдается как при сильных единичных переживаниях, подобных описанному выше, так и в результате длительно поддерживающейся отрицательной эмоции. У каждого из нас имеется много эмоционально окрашенных комплексов: комплекс профессиональных интересов, комплекс страстей (привязанность к азартным играм, вредным привычкам и т. п.), сексуальные комплексы и т. д. Комплексы, даже находясь в сфере бессознательного, влияют на наше мышление и поступки. Те или иные странные, на первый взгляд, действия личности, оговорки, описки, кошмарные сновидения могут быть результатом влияния комплексов. Задача психоанализа — выяснение комплексов данной личности и расшифровка на их основании действий и поступков. Особенно большое значение такой подход имеет для выяснения вытесненных из сознания механизмами защиты психики комплексов, которые своим действием вызывают невротические реакции. Задача психоанализа: довести вытесненный комплекс до сознания и тем самым устранить его патогенную силу [В. Райх, 1999].

Таким образом, Фрейд относил эмоции почти целиком к области бессознательных явлений. Мы осознаем только то, что допускается в сознание, точнее, только ту часть эмоций, которая прорывается сквозь психологическую защиту. Остальная часть айсберга переживаний, эмоционально окрашенных комплексов и т. п. остается невидимой для нашего и постороннего взора, но оказывает постоянное влияние на наши мысли и поступки в любой сфере деятельности и является базой для возникновения психических расстройств.

5.1.3. Психодрама

Этот метод психотерапии создал Джекоб Леви Морено (1892—1974), психиатр, психолог и социолог, основатель психодрамы, социометрии и групповой психотерапии, доктор медицины, отвергнувший фрейдовский психоанализ, став приверженцем варианта той теории, которую развивал К.-Г. Юнг (у него Дж. Морено учился применению групповых методов в психотерапии).

Классическая психодрама — это терапевтический групповой процесс, в котором используется инструмент драматической импровизации для изучения внутреннего мира человека. Это делается для развития творческого потенциала человека и расширения возможностей адекватного поведения и взаимодействия с людьми. Дж. Морено проводил сеансы психодрамы на театральной сцене. Психодрама используется и в индивидуальной работе с клиентами (монодрама), а элементы психодрамы широко распространены во многих областях индивидуальной и групповой работы с людьми.

Морено, создав первый в мире метод групповой психотерапии, исходил из того, что, поскольку любой человек — существо социальное, то группа может более эффективно решать его проблемы, чем один человек. Известно, что в 1920-х гг. самым популярным методом психотерапии был психоанализ, где пациент, лежа на кушетке и не видя психотерапевта, рассказывал ему о своих сновидениях и вызванных ими ассоциациях из жизни.

Морено развивал свои идеи в полемике с Фрейдом, ему не нравилась пассивная роль пациента и то, что психотерапевтический процесс происходил «один на один». Группа, согласно Морено, представляет собой открытую систему, то есть живой, постоянно изменяющийся организм. Чтобы понять, что в данный момент происходит в группе, Морено придумал измерительный инструмент — социометрию. В простейшем виде социометрия представляет собой следующее: каждого человека в группе просят задуматься над заданным вопросом (критерием), например, «с кем бы я хотел провести выходные на море», затем подойти и положить руку на плечо тому человеку, который соответствует этому критерию. В результате исследователь получает «рисунок» группы, по которому видно, кто какое место занимает по этому критерию в группе. Видны «звезды притяжения» — люди, с которыми очень многие хотели бы провести время, «звезды отвержения» — те, с кем никто не хочет знаться, взаимные положительные и отрицательные выборы, разбиение группы на подгруппы и т. д. Если критерий подобран верно, то влияние на ситуацию в группе со стороны психотерапевта будет эффективным [Я. Морено, 2001].

Сегодня говорят об аналитической психодраме. Ее теоретической базой является психоанализ. Г. Лейтц, объясняя сущность этого метода, использовала геометрическую фигуру треугольника, где аналитическая психодрама (вершина треугольника) базируется на его основании (групповая психотерапия и социометрия) [Г. Лейтц, 1994].

Основными структурными элементами аналитической психодрамы (в порядке их важности для процесса терапии) являются: ***протагонист*** (от греч. «*protos*»— первичный и «*agon*» — борьба, игра, страдание) — тот, кто проигрывает свою психодраму и на ком сосредоточены все усилия режиссера; ***режиссер(-ы)*** — тот (те), кто ведет сеанс, управляющий группой в директивном стиле; ***сцена*** — та часть помещения, на которой происходит действие и которую выстраивает протагонист (это его психологическое пространство), разбирая ее после завершения сеанса; ***вспомогательные Эго*** — члены группы, приглашаемые протагонистом, которым он раздает роли; ***зрители*** — наблюдающие за развитием психодрамы члены группы, сопереживающие всему происходящему; ***балкон*** — часть помещения, как правило, — на возвышении, где сидят те люди, с которыми в реальности не может произойти встреча протагониста, хотя он этого желает (по разным причинам: умершие, проживавшие в другом временном пространстве, проживающие в других странах, в иных измерениях, и т. п.).

Основные понятия психодрамы: *спонтанность* (поведение и чувства, не регулируемые извне), «*теле-*» (двусторонний процесс передачи эмоций между клиентом и психологом.), катарсис (эмоциональное потрясение и внутреннее очищение), *инсайт* (вид познания, который приводит к немедленному решению или новому пониманию имеющихся проблем). Основные техники психодрамы: *индивидуальный разогрев, монолог, перемена ролей, дублирование, проигрывание сновидений, физикализация* (*моделирование неких внутренних объектов личности и организма*).

После этапа действия проходит шеринг — обмен чувствами между участниками действия и зрителями. Сначала участники, игравшие роли, делятся своими переживаниями «из роли», то есть рассказывают о том, как им было быть, например, мамой протагониста. Затем уже вся группа делится чувствами «из жизни», то есть участники рассказывают о похожих ситуациях, происходивших в их жизни, о чувствах, которые они испытали во время действия или наблюдения за ним. Шеринг — очень важная часть групповой работы, выполняющая множество функций, важнейшей из которых является возможность для группы вернуть протагонисту ту душевную энергию, которую он вложил, а для протагониста — возможность почувствовать, что он не одинок в своих переживаниях. На шеринге категорически запрещено все, что может ранить протагониста или участников группы — мысли, оценки, советы по поводу ситуаций. Говорить можно только о своих чувствах и о событиях своей жизни.

Разновидностью классической психодрамы сегодня является краткосрочная аналитическая психодрама, разработанная в Санкт-Петербурге Э. Г. Эйдемиллером и Н. В. Александровой (2005). Этот метод успешно применяется в работе с семьями. Ее преимуществами, помимо гораздо меньшей продолжительности, чем при классической аналитической психодраме (в 10 раз), является использование ***протоязыка*** — языка

чувств, мимики, жестов, поступков, поведения, что делает этот метод доступным для людей любого возраста (от детей до пожилых людей) [Э. Г. Эйдемиллер, 2005].

5.1.4. Гештальт-терапия

Гештальт-терапия (от нем. «*gestalt*» — фигура, образ, целостность, личность (как роль), то, что «из ничего» стало «чем-то») — метод, созданный Ф. Перлзом (1893—1970), американским психологом и психотерапевтом с докторской степенью.

Датой возникновения этого метода считается 1942 г., когда увидела свет работа Ф. Перлза «Я, Голод и Агрессивность». Это метод индивидуальной и групповой психотерапии, когда в ситуации «здесь-и-сейчас» (в интерпретации Ф. Перлза: «здесь и как») происходит моделирование внутриличностных и межличностных конфликтов, основой которого являются осознавание, коррекция и завершение. Перлз разрабатывал гештальт-терапию, опираясь на практику психоанализа, экзистенциализм, феноменологию, восточную философию, теорию поля и теорию гештальт-психологии. Гештальт-терапия близка к гуманистической и экзистенциальной психологии.

Базовая идея гештальт-терапии основана на способности психики к саморегуляции, на творческом приспособлении организма к окружающей среде и на принципе ответственности человека за все свои действия, намерения и ожидания. Главнейшая роль психотерапевта заключается в том, чтобы сфокусировать внимание клиента на осознавании (*awareness*) происходящего «здесь и сейчас», ограничении попыток интерпретировать события, внимании к чувствам-индикаторам потребностей, собственной ответственности клиента как за реализацию, так и за запреты на реализацию потребностей. Фокусируется внимание клиента на осознании процессов, протекающих в «здесь и теперь», в каждый момент настоящего времени. Посредством этого гештальт-терапия развивает осознанность, ответственность и восстанавливает способность к переживанию своих реальных эмоций и чувств [F. Perls, 1969].

Методы гештальт-терапии направлены на развитие целостного образа человека в пяти сферах его жизни:

- ***физической***. Включает в себя все аспекты материальной и физической жизни человека (материальное благополучие, физическое здоровье, сексуальная зрелость);
- ***эмоциональной***. Сфера эмоциональных переживаний, чувства (любовь, радость, грусть, восторг...) и способность к их выражению и пониманию;
- ***рациональной***. Способности к рациональному мышлению, планированию, анализу, способности к творчеству, умение предвидеть и создавать себя и окружающий мир;
- ***социальной***. Отношения с другими людьми (друзьями, коллегами, близкими), культурное окружение, весь комплекс социальных отношений человека;

• ***духовной***. Место и знания человека о самом себе и окружающем космосе. Знание законов жизни, осознание духовных ценностей и смысла, на которые опирается человек.

Основные приемы работы и техники гештальт-терапевта: ***осознавание, фокусировка энергии, принятие ответственности, работа с полярностями, монодрама***.

По своей сути гештальт-терапия является динамической, экспериментальной, процессуально-ориентированной терапией. В ее методологию вошли теоретические положения гештальт-психологии, концепции В. Райха о связи тела и психики, философии дзен и экзистенциальной философии.

Принципы гештальттерапии: «***здесь-и-сейчас***» (только настоящее существует в данный момент), «***актуальность***» (выделение в каждый момент наиболее важного и актуального впечатления), «***осознавание***» (эмоциональное понимание переживаний в настоящее время, **инсайт** — внезапное, новое понимание, постижение существенных отношений и структуры ситуации), «***фигура и фон***» (**фигура** — образ, который отчетливо «виден», **фон** — определенный контекст, дающий возможность для восприятия фигуры). Ведущей причиной организации опыта человека является его доминирующая потребность — фигура (сосредоточение интереса), которая выделяется из фона), «***границы контакта***» (контакт — это функция, которая удовлетворяет потребность в объединении и разделении, это граница, где сохраняется разделение «я» и «другой»).

Основными механизмами сопротивления (психологическими защитами) в гештальт-терапии являются: ***конфлюэнция, или слияние*** (отсутствие границы между «я» и окружающим миром), ***интропроекция*** (идентификация с окружением, когда стандарты поведения, ценности, мораль, отношения принимаются личностью без критической обработки), ***проекция*** (перенос своей ответственности на окружение, приписывание своих свойств и поведения другим), ***ретрофлексия*** (возвращение энергии и чувств обратно в замкнутую внутриличностную систему: человек делает для себя то, что хотел бы сделать для другого, или делает для себя то, что хотел бы от другого получить), ***дефлексия*** (уход от прямого контакта с самим собой — от глубоких переживаний и от объектов окружающего мира — потеря чувства безопасности).

Работа с пациентами выстраивается в виде гештальт-эксперимента, в процессе которого проводится работа с сопротивлениями, причем используется четкая структура сеанса гештальт-терапии.

Понятие гештальта, как указывалось в упомянутой выше книге «Заикание: неврология или логопедия?» [М. И. Лохов, Ю. А. Фесенко, Л. М. Щугарева, 2005], лучше всего объяснять с позиций восприятия. Каждый из нас неоднократно в жизни ловил себя на том, что насвистывает или напевает какой-нибудь прилипчивый музыкальный мотив. Возможно, это мотив вашей любимой песни. Неважно. Интересно то, что музыка кодируется нотами, т. е. набором отдельных, вполне определенных звуков. Однако свой любимый мотив вы можете узнать, даже если он будет исполнен совсем в другой тональности, т. е. другим набором звуков. Более того, вы сами напеваете мотив в совершенно невероятной, с точки зрения музыканта, тональности, но все равно он доставляет вам наслаждение. В чем же здесь дело? Дело именно в мотиве или форме, или конфигурации, или специфической организации отдельных звуков, которую нельзя изменить без ее разрушения. Это и есть ***гештальт***. Основной принцип гештальт-психологии в том, что никогда (кроме самых элементарных «механических» случаев) анализ составных частей не может обеспечить понимание целого, так как целое в конечном итоге определяется динамическим взаимодействием своих составляющих. Принцип полностью относится как к психологии отдельного человека или общества в целом, так и к работе головного мозга в частности. Его, кстати, можно четко проследить по результатам кросс-корреляционного анализа ЭЭГ: ***патологическое нарушение поведения напрямую связано с нарушением некоего гештальта взаимодействия базовых структур головного мозга***.

Человек не воспринимает вещи внешнего мира изолированными. Он организует их в процессе восприятия в определенным образом осмысленные целостности, имеющие для него важное значение. Поэтому главный тезис гештальт-терапии (в отличие от классического психоанализа Фрейда): человек мотивируется не влечениями, а незавершенными гештальтами, т. е. незаконченными ситуациями. Незавершенные гештальты вызывают избыток неизрасходованной энергии, что приводит к состоянию общего возбуждения, появлению специфических телесных ощущений и познавательной настроенности. Все это в конечном итоге приводит к появлению вполне определенного эмоционального состояния. Устойчивость личности в переживании эмоционального состояния зависит от равновесия всех трех указанных факторов и соотношения между ними.

По мнению одного из основателей гештальт-терапии Ф. Перлза, развитие невроза проходит пять уровней (цит. по: *Александров А. А.*, 1997). Первый уровень — исполнение чуждой субъекту роли (уровень «фальшивых отношений»). Мы хотим быть кем-то другим, жить согласно идеалу, навязанному нам родителями, окружающей социальной средой, обществом в целом. В результате наше «подлинное Я» и выбранная роль вступают в противоречие, и борются за контроль над поведением. Второй уровень — уровень страха. Человек осознает, что играет роль, но когда он представляет, какие последствия могут быть, если он начнет вести себя искренне, т. е. быть самим собой, его охватывает чувство страха. Он боится, что окружающие не примут его таким, каков он есть. Третий уровень — тупик. Если субъект прошел первые два уровня и отказался играть не свойственную ему роль, он начинает испытывать чувство пустоты и потерянности. Он теряет поддержку (возможно, временно, или ему так кажется) извне, но пока не может и не умеет использовать свои внутренние ресурсы. На четвертом уровне

усугубляются переживания тупика. Человек полностью осознает, как долго он подавлял свою личность, в связи с чем развивается ощущение безысходности, ожидание чего-то страшного, ощущение смерти. И, наконец, на пятом уровне достигается аутентичность личности, способность к нормальному переживанию и выражению своих эмоций. Переживание глубоких и интенсивных эмоций дает выход напряженности и открывает способность к отбору и завершению ведущих и жизненно важных гештальтов. Главная концепция терапии: «Изменение наступает тогда, когда становишься тем, кто ты есть, а не тогда, когда пытаешься стать тем, кем не являешься».

Мы недаром более подробно остановились на понятиях гештальт-терапии. По нашему мнению, такой подход особенно актуален для детского возраста. Чем менее длительное время субъект играет чужую роль, тем более доступен он техническим процедурам гештальт-терапии. Об этом свидетельствует успех многих детских психотерапевтов. Кроме того, так как основной подход в гештальт-терапии основан на создании обстановки для активного поиска пациентом значимых для него ситуаций, он прекрасно сочетается с использованием других психотерапевтических методов. Непротиворечивые и разносторонние подходы чрезвычайно важны для успеха терапии пограничных психических расстройств.

5.1.5. Логотерапия Франкла

Это метод, созданный Виктором Эмилем Франклом (Viktor Emil Frankl) (1905—1997) — австрийским психиатром, психотерапевтом, психологом и философом. В основополагающем труде Виктора Франкла «Человек в поисках смысла», впервые опубликованном в 1946 г., изложен его экстремальный опыт выживания в концентрационном нацистском лагере. Этот опыт и послужил философско-эмпирической основой для создания нового метода экзистенциальной психотерапии — логотерапии. Выйдя из психоанализа Фрейда, логотерапия разошлась с ним в том, что рассматривала человека как существо, миссия которого состоит, прежде всего, в осуществлении смысла и воплощении в жизнь ценностей, а не просто удовлетворении влечений и инстинктов, примирении конфликтующих инстанций «Оно», «Я» и «Сверх-Я» или приспособлении к обществу и среде.

Согласно концепции логотерапии, движущей силой человеческого поведения является стремление найти и реализовать существующий во внешнем мире смысл жизни [В. Франкл, 1997]. Человек не задает этот вопрос, а отвечает на него своими реальными поступками. Роль смысла выполняют ценности — смысловые универсалии, обобщающие опыт человечества. Франкл описывает три класса ценностей, позволяющих сделать жизнь человека осмысленной: ценности творчества (в первую очередь, труд); ценности переживания (в частности, любовь) и ценности отношения (сознательно вырабатываемая позиция в критических жизненных обстоятельствах, которые невозможно изменить).

Осуществляя смысл, человек осуществляет тем самым себя. Таким образом, самоактуализация — это лишь побочный продукт осуществления смысла. Совесть — орган, который помогает человеку определить, какой из потенциальных смыслов, заложенных в ситуации, является для него истинным. В.-Э. Франкл выделял три онтологических измерения (уровня существования) человека: биологическое, психологическое и поэтическое, или духовное. Именно в последнем локализованы смыслы и ценности, играющие определяющую по отношению к нижележащим уровням роль в детерминации поведения [В.-Э. Франкл, 2000].

Воплощением самодетерминации человека выступают способности: к самотрансценденции, направленности вовне себя; к самоотстранению; к принятию позиции по отношению к внешним ситуациям и самому себе. Свобода воли в понимании Франкла неразрывно связана с ответственностью за совершаемые выборы, без которой она вырождается в произвол [А. В. Петровский, М. Г. Ярошевский, 1998].

Логотерапия строится на осознании пациентом ответственности за нахождение и реализацию смысла своей жизни в любых, даже критических жизненных обстоятельствах. Автор концепции полагал, что вопрос о смысле жизни в явном или неявном виде волнует каждого человека. Об этом свидетельствует напряжение между тем, что «я есть» и тем, «кем я должен стать», между реальностью и идеалом. Духовные поиски человека отражают уровень его осмысленности по отношению к жизни. Если человек считает свою жизнь бессмысленной, то он не просто несчастлив, а вообще едва ли пригоден к жизни [Л. Я. Гозман, Д. А. Леонтьев, 1990].

Исходя из основных положений своей концепции, В. Франкл пришел к выводу, что жизнь человека по сути своей никогда не может быть бессмысленной. И пока сознание не покинуло человека, он постоянно может реализовывать те или иные ценности. И даже если возможностей для этого у него немного, реализация собственных ценностей остается для него доступной всегда. Именно поэтому главная задача психотерапевта — помагать больному реализовать его право на жизнь и на стремление жить, а особенно тем, кто покушается на самоубийство. Необходимо научить пациентов благоговеть перед жизнью, надо помочь пациенту наполнить свою жизнь смыслом («Если у человека есть «зачем», он вынесет любое «как») [В.-Э. Франкл, 2000].

По Франклю, одним из ключевых сугубо человеческих свойств является воля к смыслу. Угнетение же этой потребности, которое автор называл экзистенциальной фрустрацией, является частой причиной психических и невротических расстройств личности — *ноогенных расстройств* (ноогенные неврозы возникают не из-за конфликтов между влечениями и сознанием, а из-за конфликтов между различными ценностями; т. е. они являются результатом нравственных конфликтов, духовных проблем. Логотерапия призвана помогать человеку сделать жизнь (свое прошлое, настоящее, будущее) более осмысленной, тем

самым избавляя его от невроза, порождаемого часто чувством отсутствия смысла. «Очевидно, что в случае ноогенных неврозов соответствующей им адекватной терапией оказывается не обычная психотерапия, а логотерапия — терапия, которая затрагивает духовное измерение человеческого существования. В самом деле, «логос» по-гречески означает не только «*смысл*», но и «*дух*». Духовные проблемы, такие, как стремление человека к осмысленному существованию или фрустрация этого стремления, трактуются логотерапией в духовном ключе. Вместо того, чтобы прослеживать их до бессознательных корней и истоков, т. е. низводить до уровня инстинктов, логотерапия искренне и серьезно принимает их» [В. Франкл, 1997].

Терапия проводится в виде логодрамы, в процессе которой используется методика, называемая «парадоксальной интенцией» (пациенту предлагается хотя бы на миг возжелать того, чего он боится), являющейся, по сути, психодинамической интерпретацией. В. Франкл отмечал, что парадоксальная интенция эффективна не только в моносимптоматических случаях. Успешное лечение неоднократно отмечалось даже в случаях затяжных обсессивно-компульсивных неврозов тяжелой степени. Парадоксальная интенция, по мнению автора, являясь быстродействующим терапевтическим методом, эффективна при лечении обсессивных, компульсивных и фобических состояний, особенно в случаях, которые связаны с антиципированной (предвосхищающей или сигнальной) тревогой (состояние, при котором соматические симптомы тревоги имеют форму ожидаемых в данной конкретной ситуации).

5.1.6. Арт-терапия

Это метод психотерапии (терапия изобразительным искусством) возник в 1930-е гг. XX в., а сегодня этим термином обозначают все виды занятий искусством в лечебных целях. К психотерапевтическим концепциям арт-терапии можно отнести психоаналитическую, психодинамическую, гуманистическую и экзистенциально-трансперсональную. К основным направлениям терапии искусством относят арт-терапию и арт-педагогику, библиотерапию, музыкотерапию, танцевальную терапию, драматерапию, этнотерапию, терапию творческим самовыражением (по М. Е. Бурно) и др. Для лечения и психокоррекции используют художественные приемы и творчество, такие, как рисование, лепка, музыка, фотография, кинофильмы, книги, актерское мастерство, создание историй и многое другое. Арт-терапия сочетает традиционные теории и техники психотерапии с пониманием психологических аспектов творческого процесса, особенно тех частей художественного материала, которые вызывают эмоции [К. Рудестам, 1993]. Арт-терапевты работают с детьми, подростками и взрослыми.

Арт-терапия имеет два направления: специалисты одного считают, что искусство является самодостаточным лечебным средством, приверженцы второго пытаются снизить влияние чисто художественных

средств в пользу терапевтических. И те, и другие стоят на позициях того, что теоретические конструкции, свойственные гуманистической психологии, более подходят для применения, чем психоанализ, хотя основы арт-терапии закладывались создателями психоанализа З. Фрейдом и К.-Г. Юнгом, рассматривавших продукты творчества как одно из важнейших средств в психодиагностике и терапии.

К видам арт-терапии относят: *библиотерапию*, *драматерапию*, *изотерапию*, *музыкотерапию*, *песочную терапию*, *сказкотерапию*, *цветотерапию* и другие.

К основным приемам арт-терапии можно отнести создание творческих произведений, творческое общение (осознанный поиск), коллекционирование с целью познания собственной личности, общение с предметами детства, ведение дневника, переписка с врачом, творческие путешествия и творческий поиск. Основной механизм психокоррекции в арт-терапии — сублимация (опредмечивание аффектов в продуктах творческой деятельности, причем в социально-приемлемом виде).

Выделяют и проективное рисование (проективную арт-терапию), которое заключается в том, что пациенту предлагается определенный сюжет для рисования (наиболее продуктивными являются сюжеты с анамнестическими моментами), после выполнения которого рисунки обсуждаются и интерпретируются. В. Н. Мясищев (1960), выдающийся отечественный психотерапевт, выделяя рисование как деятельность, считал, что оно делает пациента не только объектом, но и субъектом лечебного процесса, что особенно важно для детского возраста, так как ребенок может продемонстрировать окружающим свое умение и достижения, отвлекаясь от болезненных переживаний.

Наиболее эффективным применение рисования признается у детей и младших подростков (с шести лет и старше), когда появляется способность использовать художественные материалы для символической экспрессии и коммуникации [Э. Г. Эйдемиллер, 2005]. Чем старше ребенок, тем ниже адаптационная роль рисунка, а роль слова возрастает. Поэтому в подростковом возрасте чаще в психокоррекционной работе используются рассказы (сочинение историй, завершение незаконченных предложений, написание сказок, стихов, сочинений).

Арт-терапия может быть и самостоятельным методом психотерапевтического воздействия и использоваться в виде элементов, включенных в семейную, игровую, групповую психотерапию.

5.1.7. Когнитивная психотерапия

Когнитивная психотерапия (от англ. «*cognitive therapy*») — одна из ветвей современного когнитивно-бихевиорального направления в психотерапии, разработанное А. Беком и опирающееся на положение об определяющей роли познавательных процессов (и в первую очередь мышления) в возникновении различного рода психологических проблем и психических отклонений.

Аарон Т. Бек (родился в 1921), специалист в области когнитивной терапии депрессий и других аффективных расстройств, доктор медицины, президент Института когнитивной терапии и исследований, профессор психиатрии в Университете штата Пенсильвания. Родился в 1921 г. в Провиденсе, штат Род-Айленд, США. Его родители эмигрировали в Соединенные Штаты Америки с Украины. А. Бек разработал новый теоретико-клинический подход, который назвал когнитивной терапией.

Система возникла в конфронтации с психоаналитическими направлениями в психотерапии, однако сейчас наблюдаются тенденции к сближению, и на сегодняшний день, когнитивная терапия находится на стыке когнитивизма, бихевиоризма и психоанализа. Основные труды Бека: «Когнитивная терапия и аффективные расстройства» (1967), «Когнитивная терапия депрессии» (1979), «Когнитивная терапия личностных расстройств» (1990).

В начале 1960-х гг. А. Бек опубликовал результаты собственных исследований депрессии. Он сделал вывод, что суть депрессии — искаженные когнитивные процессы, а именно — внутреннее ощущение безнадежности. Эта безнадежность является результатом неправильных обобщений пациентом своего жизненного опыта. Дальнейшие исследования показали, что определенные психопатологические состояния (фобии, тревога, гипоманиакальные расстройства, ипохондрия, нервная анорексия, суицидальное поведение и т. п.) являются формами проявления нарушенных когнитивных процессов. Следовательно, пациенты страдают от собственных мыслей. Поэтому в терапии следует изменить неадаптивные мысли. Таким образом, мишенью когнитивной терапии служат неправильные когнитивные образования — неадаптивные мысли, убеждения и образы. Часть последних работ А. Бека сосредоточилась на когнитивной терапии шизофрении, пограничных личностных расстройств и на работе с пациентами, которые совершают повторные попытки суицида. Он разработал оценочные шкалы депрессии, риска суицида, исследования личности.

Основное в когнитивной (когнитивно-поведенческой) терапии — это моделирование поведения. Этот метод удобен для применения в амбулаторных условиях, он ориентирован на проблему. Лечебный процесс часто называют обучением, что важно для клиентов, которые негативно относятся к тому, что они пациенты (им импонирует то, что они самостоятельно разрешают проблемы). Это краткосрочный метод психотерапии.

В «когниции» входят убеждения, установки, прогнозирование и оценка будущих событий, что и определяет терминологию метода: специфические нарушения эмоций и поведения зависят от ошибок в познавательном процессе, дефиците мышления. Неверная интерпретация жизненных стрессов, негативное представление о себе приводит пациента к возникновению психологических проблем, требующих разрешения с помощью психотерапевта. Когнитивно-поведенческий психотерапевт применяет для этого логические приемы и поведенческие техники, соединяя свои усилия с усилиями пациента.

Ключевые понятия когнитивной терапии:

- схемы. Это когнитивные образования, организующие опыт и поведение, это система убеждений, глубинные мировоззренческие установки человека по отношению к самому себе и окружающему миру, влияющие на актуальное восприятие и категоризацию (адаптивные/неадаптивные; позитивные/негативные; идиосинкразические/универсальные);
- автоматические мысли. Их характеристики: рефлекторность, свернутость и сжатость, неподвластность сознательному контролю, быстротечность, персевераторность и стереотипность. Автоматические мысли не являются следствием размышлений или рассуждений, субъективно они воспринимаются обоснованными, даже если они представляются окружающим нелепыми или противоречат очевидным фактам;
- когнитивные ошибки. Это сверхвалентные и аффективно-заряженные схемы, непосредственно вызывающие когнитивные искажения. Они характерны для всех психопатологических синдромов. Их виды: произвольные умозаключения, сверхобобщение, избирательное абстрагирование, преувеличение и преуменьшение, персонализация, дихотомичное мышление («чёрно-белое» мышление или максимализм);
- когнитивные содержания («темы»), соответствующие тому или иному виду психопатологии.

Основное в теории когнитивной терапии — обучение посредством переработки информации. **Общие принципы теории:**

- симптомы — следствие пробелов в обучении и воспитании. Как происходило психосоциальное развитие клиента, каковы нарушения семейной структуры, в чем особенности различных форм его коммуникаций — важные сведения для психотерапевта;
- между поведением клиента и окружающей средой существуют тесные взаимоотношения. Выявление источников нарушений (стимулов), детальное исследование поведения, мыслей и ответов клиента в проблемных ситуациях — важный этап этого метода;
- нарушение поведения служит квази-удовлетворением (удовлетворением, позволяющим клиенту не действовать, не вкладывать усилия) базисных потребностей, к которым относят достижения, свободу, безопасность и т. п.;
- используются достижения, техники и методы оперантного обуславливания, моделирование и саморегуляция поведения и когнитивное научение;
- мысли, чувства, психологические процессы пациента оказывают взаимообразное влияние на поведение клиента;
- результативность лечения (обучения) и прогноз на будущее определяются показателями улучшающегося поведения клиента.

Целями когнитивной терапии являются: проведение функционального поведенческого анализа, изменение представления о себе, коррекция дезадаптивных форм поведения и иррациональных установок, развитие компетентности в социальном функционировании [А. Т. Бек, А. Фриман, 2002; Э. Г. Эйдемиллер, 2005].

К техникам когнитивно-поведенческой терапии относят реципрокную ингибицию (ослабление ответа в присутствии сильного, несовместимого сигнала, к примеру, метод систематической десенсибилизации Вольпе (1973), применение которого приводит к угасанию патологического условного рефлекса), аутогенную тренировку и релаксацию, самоконтроль, самонаблюдение, самоинструкцию, метод «Стоп-кран» (триада самоконтроля: остановка мысли, релаксация и скрытое подкрепление), шкалирование (делаются «замеры проблемы»: в градусах, процентах, в больше-меньше и т. д.), исследование угрожающих последствий («что если?», т. е. используются вопросы и воображение, чем достигается расширение ограничения мышления клиента), метод преимуществ и недостатков (исследование преимуществ и недостатков определенных действий, способов мышления, определенных чувств), опрос свидетельских показаний (попытка клиента привести доказательства верности их идей и иррациональных установок, что позволяет терапевту выделить главную часть информации, снизив влияние второстепенных данных, которые поддерживают дисфункциональную картину поведения пациента), исследование выбора или альтернатив, мыслей и действий (поиск альтернатив, когда используются аргументация и контраргументация, ролевые игры с переменой ролей, что способствует научению клиента решать проблемы), парадоксальные приемы (использование юмора, который позволяет клиенту высветить его многочисленные иррациональные убеждения, но в приемлемом, безопасном для него виде, что, в конечном счете, позволяет выйти на проблему клиента, сняв страх перед ее решением).

5.1.8. Позитивная психотерапия

Этот метод основан в 1968 г. немцем иранского происхождения, профессором Носсратом Пезешкианом (1933—2010). Относится к транскультурным, психодинамическим психотерапевтическим методам с гуманистической точкой зрения на человека. Являясь кросскультуральным методом, позитивная психотерапия интегрирует в себе, с одной стороны, философскую и интуитивную мудрость Востока, а с другой стороны, рациональную системность и научность Запада.

Название метода происходит от лат. «*positum*» — «имеющий место», «данный», «фактический» (действительное, данное, имеющееся). С точки зрения позитивной психотерапии, одной из самых важных данностей человеческой природы являются его способности: врожденные («базовые способности») и сформировавшиеся в процессе развития личности («актуальные способности»).

Сын основателя метода — Хамид Пезешкиан — в 1993 г. издал книгу «Основы позитивной психотерапии» [Х. Пезешкиан, 1993], получившую широкую популярность в России и Германии, поскольку она отличалась доступностью для всех социальных и возрастных групп, а сам описанный в ней метод имеет профилактическую направленность и сочетаемость с любыми психотерапевтическими методиками, семейный подход и малую продолжительность воздействия (20—40 сеансов). Этот метод в равной степени привлекателен для психологов, психиатров, психотерапевтов, педагогов и социальных работников, поскольку его универсальность во многом заключается в транскультуральном и междисциплинарном подходе, стройной системе психологической помощи и самопомощи.

Позитивная психотерапия комплексно воздействует на все основные составляющие человека: тело, душу и дух. Она мобилизует пациента и дает видение перспективы. Используемые в этом методе восточные истории и сказки тонко и эффективно расширяют смысловой горизонт клиента, облегчая коррекцию его ценностных приоритетов, вооружая инструментами само- и взаимопомощи.

Метод позитивной психотерапии основывается на трех положениях и, соответственно, на трех принципах, каждому из которых соответствует определенная методическая составляющая:

- позитивный подход. Он соответствует принципу надежды в видении способностей и возможностей человека;
- содержательная модель. Принцип баланса, которому соответствует содержательный дифференциальный анализ психодинамики личности, результатом которого есть гармонизация первичных и вторичных актуальных способностей человека;
- пятиступенчатая терапия. Она соответствует принципу самопомощи и используется как стратегия гармонизации, адаптации и развития личности — в начале, в самом процессе психотерапии, и потом, в дальнейшем процессе самопомощи человека себе и своему окружению: своему партнеру, своей семье, своей организации, своей общине и т. д.

Действительным и данным являются не только нарушения и конфликты, которые имеются у личности или в семье, но и возможности справиться с этими конфликтами. Если большая часть психотерапевтических направлений исходит из нарушений, болезней, т. е. из негативной стороны, то в позитивной психотерапии исходят из человеческих возможностей как основного и первичного. Подавленные и односторонне развитые способности проявляются как потенциальные источники конфликтов и нарушений в области духовного и межчеловеческого.

При проведении позитивной психотерапии начинают с позитивного, а уже затем переходят к проблемам. Здоров не тот, у кого нет проблем, а тот, кто знает, как правильно бороться с возникающими проблемами. Важно не то, что мы говорим, а то, как мы это выражаем.

Межкультуральность означает простое изучение того, как что-то делается в других культурах, странах, семьях, коллективах. Психотерапевт на сеансах приводит пациентам примеры того, как люди в других культурах выходят из подобных затруднений или заболеваний. Целью этого подхода является то, что пациент и психотерапевт смотрят на вещи с другой точки зрения, т. е. они видят, что при таком заболевании можно действовать иначе. Все это, в конце концов, приводит к смене точки зрения, когда пациент расширяет свои горизонты и узнает о новых возможностях решения своей проблемы.

Метод позитивной психотерапии — конфликт-центрированная краткосрочная психотерапия, состоящая в среднем из 20—40 сеансов (в зависимости от состояния пациента) длительностью по 50 минут. Лишь первое занятие, называемое первым интервью, длится примерно 100 минут. Это интервью полустандартизированное, имеет определенную форму (в виде анкеты), которую заполняют и пациент, и терапевт.

За время занятий отрабатываются пять уровней позитивной психотерапии (первый и второй уровни применяются):

- уровень наблюдения и дистанцирования (выявляется, какое значение данный симптом имеет для человека и группы, нахождение позитивной стороны конфликта);
- инвентаризация (обнаруживаются события (микротравмы) последних пяти лет; выявляются механизмы реакции на конфликт; выясняются эталонные образы; обнаруживаются актуальные особенности и как они сформированы;
- ситуативное одобрение (выявление стандарта для развития базы доверия в совместных отношениях);
- вербализация (разговор о проблеме, но только — после прохождения первых трех уровней, что позволяет пациенту конкретизировать конфликты, которые до этого воспринимались неосознанно);
- расширение целей (этот уровень играет важную роль с самого начала терапии, так как пациент сначала должен попытаться сбалансировано вкладывать энергию во все четыре предыдущих уровня (сферы). Пациент учится вкладывать энергию не только в конфликты, но и в другие сферы жизни, он приходит к тому, что использует свои неразвитые качества и начинает верить в свои способности. Этот уровень (модель) — не застывшая схема, она находится в динамичной связи с другими.

В позитивной терапии в рамках пятиуровневого метода используются и другие психотерапевтические методы. Применяются элементы психоанализа, особенно на уровне инвентаризации. Поведенческую терапию применяют для ситуативного поощрения. Аспекты неоаналитической психологии хорошо зарекомендовали себя на четвертом уровне, где разрабатываются индивидуальные и коллективные концепции. Логотерапия, по Франклю, применяется на третьем, четвертом и пятом уровнях, на которых используются психодрама, аутотренинг,

прогрессивная релаксация по Якобсону, гипноз. Психотерапия по Роджерсу применяется на первом и втором уровнях, когда создается базис доверия.

5.1.9. Нейролингвистическое программирование

Нейролингвисти́ческое программи́рование (от англ. «neuro-linguistic programming») — направление на стыке методологии и философии. Представляет собой комплекс моделей, техник и операционных принципов (контекстуально-зависимых убеждений), применяемых главным образом как подход к личностному развитию посредством моделирования эффективных стратегий (мыслительных и поведенческих). Моделирование подразумевает наличие модели — «гуру» или высококлассного специалиста в своей области. Создавалось как технология для моделирования мастерства и описания структуры субъективного опыта человека. Используя принципы НЛП, можно описать любую человеческую активность весьма детальным образом, что позволяет производить легко и быстро глубокие и устойчивые изменения этой активности.

Состоит из следующих шагов:

- моделирование стратегии через вторую позицию восприятия;
- кодирование стратегии (выявление и описание стратегии в форме алгоритма или системы алгоритмов и операционных принципов);
- применение модели вычитания (удаление из стратегии элементов, не имеющих функционального значения);
- встраивание стратегии (обучение другого человека до получения того же результата, как и изначальной модели).

Моделирование является первичной и единственной функцией нейролингвистического программирования (НЛП) как такового. Все остальные функции НЛП (НЛП-терапия и НЛП-коучинг (тренировка), творчество, коммуникативные и переговорные технологии и пр.) являются производными моделирования, то есть непосредственным использованием собранных моделей и могут называться «прикладным НЛП». Такова позиция основателей НЛП (в частности, Джона Гриндера, Ричарда Бендлера, авторов книги «Рефрейминг: ориентация личности с помощью речевых стратегий»), которая может отличаться от мнения других разработчиков, внесших свой значительный вклад в НЛП [Р. Бэндлер, Дж. Гриндер, 2001].

НЛП основывается на том, что сознание, тело и язык индивидуума определяют картину его мировосприятия, и это восприятие (а следовательно, и поведение) меняется в ходе жизни по мере обретения человеком нового опыта, а также его можно изменить намеренно с помощью реструктуризации личного опыта посредством различных техник. Объектом изучения раннего НЛП были методы использования языка и техники выдающихся терапевтов в области гипнотерапии, гештальт-терапии и психологии семьи. Некоторые коммуникативные

стратегии из этих областей были адаптированы к области повседневного общения.

Несмотря на популярность, НЛП продолжает быть противоречивым, в частности, в терапии и бизнесе. Даже после трех десятилетий существования НЛП не имеет научного обоснования. НЛП критикуется за отсутствие определяющих и регулирующих институтов для выработки общих стандартов и публично задекларированной профессиональной этики. По своей структуре НЛП является полностью открытой методологией («сетевого» типа) и не претендует на статус научной дисциплины.

Основной областью применения НЛП считается психотерапия и обучение, однако техники НЛП применяют в менеджменте, продажах, личном и корпоративном консультировании, коучинге, стратегическом планировании результатов, творчестве, разработке и проведении обучающих программ, журналистике, юриспруденции, СМИ и рекламе.

Учитывая, что НЛП — это мета-методика — эпистемология, само по себе оно имеет смысл в приложении к конкретной профессиональной деятельности, в которой задействован человеческий разум и лингвистика, для повышения ее эффективности посредством моделирования поведенческих и мыслительных стратегий.

Уже наработанные стратегии НЛП в различных областях могут быть полезны применительно к контексту этих и близких областей. Возможность вычленения структуры навыка позволяет переносить стратегии между областями посредством моделирования. Обучение НЛП как дисциплине (имеющей моделирование как функцию) позволяет попутно получить развитие коммуникативных навыков, многопозиционного восприятия мира, поведенческой гибкости и совершить значительный личностный рост.

5.1.10. Телесно-ориентированная психотерапия

Телесно-ориентированная психотерапия (ТОП) включает в себя десятки школ и направлений, объединенных общим взглядом на телесные (физиологические) функции как на неотделимую часть целостной личности наравне с психическими и энергетическими феноменами. Коррекция нарушений здесь производится с помощью процедур телесного контакта и/или использования телесных функций (дыхание, движение, статическое напряжение тела и др.).

Основателем телесной терапии является Вильгельм Райх (1897—1957), австрийский и американский психолог, ученик Зигмунда Фрейда, который отошел от психоанализа и основное внимание уделил воздействиям на тело, хотя исторические корни телесно-ориентированной психотерапии лежат в работах Ф. Месмера, Ш. Рике и Ж.-П. Шарко, И. Бернхайма, В. Джемса и П. Жане, в одном ряду с которыми стоит теория И. М. Сеченова о «мышечном чувстве». Райх считал, что защитные формы поведения, которые он называл «характерным панцирем», проявляются в мышечном напряжении, образующем защитный «мышечный панцирь», и стесненном дыхании. Поэтому В. Райх (вегетативная терапия) использовал различные процедуры контакта с телом (массирование, контролируемое надавливание, мягкое прикосновение) и регулируемое дыхание, целью которых представлялся анализ структуры характера клиента, выявление и проработка мышечных зажимов, приводящих к высвобождению подавляемых чувств. Его работы продолжили И. Рольф (основательница ролфинга, или структурной интеграции), Г. Бойесен (основательница биодинамики), Ф. Александер (один из основателей психосоматической медицины, когда применяются комплексы двигательных упражнений, связанных с выявлением и улучшением привычных телесных поз), М. Розен, основательница розен-метода, А. Лоуэн (один из основателей биоэнергетического психоанализа), С. Келеман (соматический процесс), Д. Боаделл (соматическая терапия — биосинтез), Д. Пьерракос (стержневая (Core) энергетика), М. Браун (организмическая психотерапия), А. Янов (первичная терапия, или терапия первичного крика), Г. Бойсен (биодинамическая психология); Л. Марчер (биодинамика, или психология соматического развития), Ш. Селвер (чувственное осознавание), Ф. Гласер (психотоника), А. Минделл (процессуальная терапия) и другие ученые.

Телесные терапевты полагают, что неотреагированные эмоции и травматичные воспоминания клиента вследствие функционирования физиологических механизмов психологической защиты запечатлеваются в теле. Работа с их телесными провлениями по принципу обратной связи способствует коррекции психологических проблем клиента, помогая ему осознать и принять вытесненные аспекты личности, интегрировать их как части его глубинной сущности. Интеграция тела и разума основывается на функционировании интуитивных, правополушарных компонентов психики, иначе именуемых естественным организменным оценивающим процессом (К. Роджерс). Поэтому в работе терапевта с клиентом поощряется доверие последнего к телесным ощущениям, или интуитивной «внутренней мудрости» собственного организма. Тем самым методы телесно ориентированной психотерапии ставят акцент в работе с клиентом на знакомстве с телом, подразумевающем расширение сферы осознания им глубоких организмических ощущений, исследование того, как потребности, желания и чувства кодируются в различных телесных состояних и обучение реалистичному разрешению внутренних конфликтов в этой области [В. Ю. Баскаков, 2004].

В сферу телесно ориентированной психотерапии входит также ряд оригинальных отечественных методик, в первую очередь танатотерапия (В. Баскаков). Близкими к телесно ориентированной психотерапии является ряд методик, фрагменты которых могут использоваться в работе с клиентами: розен-метод (М. Розен); БЭСТ (Е. Зуев), инсайт-метод (М. Белокурова), различные виды двигательной и танцевальной терапии, включая анализ движений (Р. Лабан) и техник актерского

мастерства, телесно-дыхательные и звуковые психотехники, а также восточные виды телесных практик.

От простых телесных ощущений терапевт помогает клиенту перейти к эмоционально окрашенным телесным переживаниям. Зачастую это дает возможность осознать их историю, вернуться к тому времени, когда они впервые возникли (регрессия), чтобы прожить их заново и тем самым освободиться от них (катарсис). Тем самым человек обретает более прочный контакт с реальностью (заземление), включающий как физическую опору и устойчивость применительно к жизненным условиям (принцип А. Лоуэна), так и тесную связь с собственными эмоциями и отношениями с близкими людьми (принцип С. Келемана). В арсенале телесно ориентированной психотерапии имеются также различные упражнения: дыхательные, способствующие энергизации и коррекции дисфункциональных дыхательных паттернов; двигательные, способствующие устранению патологических двигательных стереотипов, развитию мышечного чувства и тонкой двигательной координации; медитативные и другие. Помимо работы с внутренними переживаниями клиента, подвергаются анализу также и отношения клиента с терапевтом, представляющие взаимное проецирование ими друг на друга отношений с другими личностно значимыми персонами (перенос и контрперенос). При этом процессы переноса рассматриваются как в традиционном для психоанализа психологическом плане, так и в физическом и энергетическом [В. Ю. Баскаков, 2004].

Методы телесно ориентированной психотерапии особенно эффективны для лечения психосоматических заболеваний, неврозов, последствий психических травм (травмы развития, шоковые травмы) и посттравматических стрессовых расстройств, депрессивных состояний. Этот метод является также инструментом личностного роста, позволяющим добиться более полного раскрытия личностного потенциала, увеличения числа доступных человеку способов самовыражения, расширения самоосознания, коммуникации, улучшения физического самочувствия.

5.1.11. Клиент-центрированная психотерапия

Клиент-центрированная терапия Карла Роджерса (1902—1987) имеет мало общего с психоанализом и бихевиоризмом. Это гуманистическое направление в психотерапии, разработанное им в 1940—1950-е гг. Она разрабатывалась на протяжении нескольких лет, постоянно развиваясь и пополняясь новыми практическими методами. Первоначально подход Роджерса к терапии назывался недирективным, что отражало интерес ее автора к методам, которые способны изменить поведение. К. Роджерс предположил, что человек способен сам изменить свою личность, тогда психотерапевт может быть менее директивным во взаимоотношениях с ним. Позже Карл Роджерс акцентировал свое внимание на тех методах, которые позволяют терапевту лучше разобраться с тем, что происходит с пациентом в процессе лечения. Впоследствии данный подход был переименован в «клиент-центрированный», что подчеркнуло его основную идею — понять самовосприятие клиента. Главную роль в своем подходе Роджерс отводил взаимоотношениям между терапевтом и пациентом как важнейшему условию эффективного лечения.

В гуманистическое направление входят также психодрама, экзистенциальная психотерапия, логотерапия, гештальт-терапия и ряд других подходов, объединенных вокруг идей роста, развития, реализации человеческого потенциала и веры в исходную доброту человеческой натуры. Утверждая, что люди способны к самоопределению, свободным жизненным выборам и ответственности за свою жизнь, гуманистическое движение в психологии и психотерапии возникло в оппозицию психоанализу и бихевиоризму, видящим человека как существо не свободное и запрограммированное инстинктами, стимулами или внешними подкреплениями.

Основные положения теории Роджерса «клиент-центрированная терапия».

Ключевым понятием в теории Роджерса является тенденция к актуализации (от лат. «*actualis*» — деятельный). К. Роджерс выдвинул гипотезу, что важнейший мотив жизни человека — это актуализировать, то есть сохранить и развить себя, максимально выявить лучшие качества своей личности, заложенные в ней от природы. Движение к саморазвитию часто сопровождается борьбой и страданиями, срывами и падениями, но побудительный мотив настолько непреодолим, что человек настойчиво продолжает свои попытки, несмотря ни на что. Весь жизненный опыт, с которым человек имеет дело, автоматически оценивается на предмет того, содействует ли он развитию его личности или препятствует, противоречит актуализации. Этот процесс, часто происходящий на бессознательном уровне, Роджерс называет организмическим оценочным процессом, и если бы люди больше могли доверять своим ощущениям, им было бы легче осознать, движутся ли они в правильном направлении.

Понятие Я-концепции в роджеровском подходе.

Если мы хотим объяснить, почему человек думает, чувствует и ведет себя определенным образом, нам необходимо понять его внутренний мир. Только субъективный опыт является ключом к пониманию поведения. Например, если молодой человек считает, что он не умеет общаться с девушками, этот образ самого себя будет руководить им при очередной встрече и определять застенчивое поведение. Я-концепция, по Роджерсу, — это сознательное представление о самом себе. Например, Я — добрый, общительный, привлекательный, насмешливый, любящий развлечения и т. д. Помимо того, как человек воспринимает самого себя в настоящий момент, обычно имеются некие идеальные представления о самом себе, каким бы он хотел быть: Я-идеальное. Для К. Роджерса очень сильный разрыв между Я-реальным и Я-идеальным означает симптом внутреннего неблагополучия и страдания.

Целью клиент-центрированной терапии является помощь человеку в приведении его Я-концепции в большее соответствие с испытыва-

мым опытом и достижение большего самопринятия, что позволит ему в большей степени реализовать свой природный потенциал. Решив, что люди обладают способностью к самонаправленному изменению личности, Роджерс предположил, что при определенных условиях этот процесс пойдет значительно быстрее. Успех терапии определяется качеством взаимоотношений между сторонами терапевтического процесса. Эффективный терапевт проявляет по отношению к клиенту эмпатию, безусловное позитивное отношение и строит контакт на основе искренности [К. Роджерс, 1994].

Трудно сказать об этих принципах лучше, чем это сделал сам К. Роджерс.

1) Подлинность, искренность взаимоотношений: «Чем более терапевт является самим собой в отношении с клиентом, чем менее он отгорожен от клиента своим профессиональным или личностным фасадом, тем более вероятно, что клиент изменится и продвинется в конструктивном ключе».

2) Безусловное позитивное отношение к клиенту: «Когда терапевт ощущает позитивную, не осуждающую и принимающую установку по отношению к клиенту безотносительно к тому, кем этот клиент является в данный момент, терапевтическое продвижение или изменение более вероятно. Принятие терапевта предполагает позволение клиенту быть в любом его непосредственном переживании — смущении, обиде, возмущении, страхе, гневе, смелости, любви или гордости. Это бескорыстная забота. Когда терапевт признает клиента целостно, а не обусловлено, продвижение вперед более вероятно».

3) Эмпатическое понимание: «Это означает, что терапевт точно воспринимает чувства, личностные смыслы, переживаемые клиентом, и передает это воспринятое понимание клиенту. В идеальном случае терапевт так глубоко проникает во внутренний мир другого, что может прояснить не только те смыслы, которые тот осознает, но даже те, что лежат чуть ниже уровня осознания. Эта особая, активная разновидность слушания — одна из самых мощных известных мне сил, обеспечивающих изменение» [А. В. Черников, 2005].

В процессе этого вида психотерапии у клиентов проявляется тенденция к уменьшению зависимости от ожиданий и ценностей окружающих, а также к увеличению зависимости от имеющегося опыта. Было доказано, что после такой психотерапии клиент с меньшим волнением воспринимает ситуации эмоционального стресса и фрустрации.

Если говорить о «Я-концепции», то в ходе терапии происходят изменения, главным образом касающиеся «Я-идеального», которое становится более достижимым. Значительно повышается степень самопринятия, понимания самого себя. Отношения с другими людьми приносят большее удовлетворение, чем до терапии. Более успешны действия того консультанта (терапевта), который проявляет в отношении к клиенту теплоту и искренний интерес.

Подход К. Роджерса используется при консультировании и терапии в таких областях, как образование, расовые отношения, семейные отношения, политика и менеджмент. Терапия, центрированная на клиенте, до сих пор весьма популярна, и останется таковой, без сомнения, еще много лет.

5.1.12. Экзистенциальная психотерапия

Экзистенциальная психотерапия (от англ. «existential therapy») выросла из идей экзистенциальной философии и психологии, которые сосредоточены не на изучении проявлений психики человека, а на самой его жизни в неразрывной связи с миром и другими людьми («тут-бытие», «бытие-в-мире», «бытие-вместе»). Это одно из направлений современной психотерапии, которое в центр своего внимания ставит общие вопросы жизни человека и его бытия в мире, базовые и фундаментальные проблемы его жизни и взаимоотношений человека с миром. «Экзистенция» означает «бытие», «существование», «сущность».

Истоки экзистенциализма связаны с именем Серена Кьеркегора (1813—1855). Именно он ввел и утвердил понятие экзистенции (уникальной и неповторимой человеческой жизни) в философском и культурном обиходе. Он же обратил внимание на поворотные моменты в человеческой жизни, открывающие возможность жить далее совершенно иначе, чем жилось до сих пор. В настоящее время целый ряд очень разных психотерапевтических подходов обозначается одним и тем же термином экзистенциальной терапии (экзистенциального анализа). Основные из них:

- экзистенциальный анализ Л. Бинсвангера;
- Dasein анализ М. Босса;
- экзистенциальный анализ (логотерапия) В. Франкла (см. выше);
- экзистенциальный анализ А. Лэнгле.

Большинство из них уделяет внимание одним и тем же базовым элементам существования: любви, смерти, одиночеству, свободе, ответственности, вере и т. д. Для экзистенциалистов принципиально неприемлемо использование каких бы то ни было типологий, универсальных интерпретаций: постичь что-либо в отношении каждого конкретного человека можно только в контексте его конкретной жизни. Экзистенциальный терапевт помогает человеку разобраться в сложных вопросах жизни и смерти, принять конечность жизни, справиться со страхом смерти, найти смысл своей жизни и вновь почувствовать себя живым. Экзистенциальная психотерапия помогает людям обрести ощущение своей лично свободы, принять ответственность за себя и свою жизнь, почувствовать уникальность и неповторимость своего внутреннего мира, научиться взаимодействовать с другими людьми, не теряя своей независимости (Д. Бьюдженталь, известный экзистенциальный психотерапевт: «Мы освобождаем пленников»).

Экзистенциальная терапия стремится в первую очередь изменить жизнь человека, обратившегося за помощью, способ его жизни в мире. Экзистенциальный терапевт работает с базовыми паттернами личности клиента или с системой конструктов «Я — и — мир», которые отражают способ бытия в мире. Такая работа, безусловно, развивает личность клиента и вносит изменения в его жизнь — в семью, работу, общение. Экзистенциальная терапия работает на уровне глубоких личностных переживаний клиента, она помогает ему осознать жизненно важные смыслы и ценности и изменить их, если это необходимо для его жизни. Экзистенциальная терапия помогает человеку сделать жизнь более полной и подлинной. Человек после курса такой терапии начинает более глубоко понимать себя как личность и раскрывает в себе новые возможности.

В психотерапевтической практике обычно к «экзистенциальным» относят случаи пребывания в жизненном кризисе, чувство потери смысла жизни, свободы, переживание тревоги за будущее. Людям, которые страдают от разного рода психологических травм, также показана экзистенциальная психотерапия. Травматические ситуации, такие, как несчастные случаи, природные катастрофы, насилие, переживание горя, утраты, неизлечимые болезни представляют собой экзистенциальный кризис, который сопровождается потерей ощущения надежности и безопасности мира [Е. С. Мазур, 2005].

Терапевтическими факторами в экзистенциальных подходах являются: понимание клиентом уникальной сути своей жизненной ситуации, выбор отношения к своему настоящему, прошлому и будущему, развитие способности действовать, принимая ответственность за последствия своих действий. Экзистенциальный терапевт заботится о том, чтобы его пациент был максимально открыт навстречу возникающим в течение его жизни возможностям, был способен осуществить выбор и актуализировать их. Цель терапии: максимально полноценное, насыщенное, осмысленное существование. Экзистенция всегда непосредственна и уникальна, в противоположность универсальному миру пустых, застывших абстракций.

Экзистенциальную психотерапию с осторожностью следует применять для психически больных людей, которые находятся в состоянии острого беспокойства или отличаются странностями, в этом случае необходимо направить их к специалисту — врачу-психиатру.

5.1.13. Игротерапия

Игра — это вид непродуктивной деятельности, мотив которой заключается не в ее результатах, а в самом процессе. Она имеет важное значение в воспитании, обучении и развитии детей как средство психологической подготовки к будущим жизненным ситуациям [Д. Б. Эльконин, 1960]. Игра наряду с трудом и ученьем — один из основных видов деятельности человека, удивительный феномен нашего существования.

В системе образования игра используется взрослыми в целях воспитания детей, прежде всего, дошкольников и младших школьников, обучения их различным действиям с предметами, овладения способами и средствами общения. Рассматривая игры детей как самостоятельную деятельность, ученые на протяжении значительного исторического периода развития мировой цивилизации раскрывали ее колоссальный психолого-педагогический потенциал и одновременно фиксировали трудности в определении результативности и эффективности процесса игры. В. А. Сухомлинский дат такое определение: «Игра — это огромное светлое окно, через которое в духовный мир ребенка вливается живительный поток представлений и понятий. Это искра, зажигающая огонек пытливости и любознательности» [В. А. Сухомлинский, 1975].

Культурологические и социально-педагогические подходы к игре как к особому способу взаимодействия человека с миром были заложены такими выдающимися мыслителями, как: Аристотель, Платон, Г. Гегель, И. Кант, Д. Локк, Э. Роттердамский, Ж.-Ж. Руссо, Г. Спенсер, Ф. Шиллер. Роль игры как социально-психологического феномена разносторонне раскрыта в работах отечественных психологов: Л. С. Выготского, П. Я. Гальперина, А. Н. Леонтьева, С. Л. Рубинштейна, Д. Н. Узнадзе, Д. Б. Эльконина и других ученых.

Игра — понятие общенаучное. В философии, педагогике, психологии, теории искусства термин «игра» имеет разные толкования. В свое время И. С. Кон заметил: «Что такое игра, мы не знаем. Вернее, так, я не знаю ни одного законченного определения, которое бы исчерпывало весь объем этого понятия, все мои интуитивные представления об игре» [И. С. Кон, 1984]. О. С. Газман замечает, что весьма полезно было бы учесть панораму разнообразных мнений о детской игре как о многомерном явлении культуры представителей разных наук [О. С. Газман и др., 1988].

В игре заложены огромные возможности коррекции познавательной деятельности, развития эмоционально-волевой сферы, воображения и речи, произвольности поведения, а также саморегуляции как общей способности. В структуру игры как вида деятельности органично входит целеполагание, планирование, реализация цели, а также анализ результатов, в которых личность реализует себя как субъект. Мотивация игровой деятельности обеспечивается ее добровольностью, возможностями выбора (форма, назначение), элементами соревновательности, удовлетворения потребности в самоутверждении и самореализации.

Фактически во всех научных исследованиях, посвященных проблемам образования и развития, «игра представлена компонентом становления социального организма, развивающегося в деятельности», и одновременно как особая деятельность, способствующая накоплению социокультурного потенциала личности и выступающая активно действующим преобразующим фактором в изменении социально-психологического и социально-культурного статуса ребенка [Е. В. Заика, 1993]. Содержание и характер игрового взаимодействия существенно

влияет на интенсивность овладения ребенком культурными ценностями, способствует развитию важнейших нравственных качеств личности, социального интеллекта. Игровая деятельность широко используется и в практических целях. Так в современных условиях всё чаще применяется «игровая терапия» для коррекции возможных отклонений в поведении и развитии детей, в частности при работе с детьми с задержкой психического развития.

Игровая психотерапия — онтогенетически ориентированный метод лечебного воздействия на психику больного психотерапевтом, ставящим перед собой задачи диагностики, лечения и (или) реабилитации, достигающим психотерапевтического контакта и решения этих задач путем организации, исследования, интерпретации и структурирования игровой деятельности пациента [Э. Г. Эйдемиллер, 2005].

Это вид арт-терапии, в которой специально обученный игротерапевт (психотерапевт) использует терапевтическое воздействие игры, чтобы помочь взрослому или ребенку преодолеть психологические и социальные проблемы, затрудняющие личностное и эмоциональное развитие. Лечение считается эффективным, если ребенок оказывается способным играть свободно и с радостью.

Метод опирается на основные функции детской игры и применяется, в первую очередь, при психотерапии широкого спектра психических расстройств, нарушений поведения и социальной адаптации у детей. Наиболее известно определение игры, принадлежащее Э. Эриксону (1950): «Игра — это функция Эго, попытка синхронизировать телесные и социальные процессы со своим Я». З. Фрейд, описывая игры детей (случай Ганса, случай игры с катушкой и др.), указывал, что ребенок превращает в активность игры то, что он пережил ранее пассивно. Впервые игра стала включаться в психотерапевтическую работу с детьми Хуг-Гельмут в 1919 г. Позже А. Фрейд и М. Кляйн были даны описания систематического использования игры как инструмента психотерапии детей; при этом игра была средством адаптации целей и техник психоанализа к работе с детьми. М. Кляйн в 1920-х гг. впервые начала использовать игрушки в психоанализе детей. Она считала игровую активность ребенка аналогом свободных ассоциаций, которая открывала доступ к бессознательному материалу. Она интерпретировала ребенку его игру в терминах эдипальной проблематики.

В 1928 г. А. Фрейд стала использовать игру как способ вовлечения ребенка в аналитическую работу. С психоаналитической точки зрения это мотивировалось необходимостью создания терапевтического альянса с пациентом, что в случае, когда пациент — ребенок, представляет собой особую сложность. Дети, как правило, не обращаются к психотерапевту добровольно, их приводят родители. Часто именно родители, а не сам ребенок, видят проблему и хотят что-то изменить. В таком случае терапевтический альянс возможен скорее с родителями, мотивированными к изменениям, а не с самим ребенком. Кроме того,

терапевтические техники анализа снов и свободных ассоциаций чужды ребенку и поначалу вызывают недоумение и отвержение.

С целью максимизировать способность ребенка к формированию терапевтического альянса А. Фрейд стала использовать привычную и приятную для ребенка форму установления отношений — игру. Лишь по достижении относительно прочного позитивного контакта с ребенком главный фокус внимания на терапевтическом сеансе начинал смещаться к вербальному взаимодействию и постепенно — так как дети обычно не могут пользоваться методом свободных ассоциаций — к анализу снов и фантазий.

Игра — одна из самых насущных потребностей ребенка. В словаре С. И. Ожегова дается определение слову «игрун»: «...тот, кто любит играть, резвиться, шалун». [С. И. Ожегов, 2005]. Дети — самые активные, деятельные, подвижные. Психиатрам известна та настороженность, какая возникает у них, если ребенок не играет, или играет «странно» (перекладывает, к примеру, колпачки от авторучки с места на место, трясет коробочку с мелкими предметами внутри нее, выполняя все это монотонно, «роботообразно», в течение нескольких часов). Любой педиатр знает, что отказ болеющего ребенка от привычных игр — прогностически неблагоприятный признак при любом заболевании. Проведения игровых занятий в группе, переходя к ним от позитивной, патогенетической рациональной индивидуальной психотерапии, базируются на важной части воздействия — системной семейной психотерапии.

В игре ребенок или взрослый осуществляет базисную потребность человека — самореализацию (самоактуализацию), причем происходит это на фоне повышенного интереса (важный признак любой игры!), что при достижении эффективных норм поведения и выработке его новых продуктивных форм ведет к высоко-эмоциональной фиксации полученного опыта. Игра в группе способствует тому, что пациент более глубоко и целенаправленно воспринимает себя и окружающий мир, учится строить свои взаимоотношения с окружающим его миром, понимает суть неудач и ошибок, возникающих вследствие неверного понимания законов сосуществования. Верно продуманные и проведенные игровые психотерапевтические сеансы, включающие интеллектуальные игры, театральный тренинг и другие разновидности арт-терапии, создают все предпосылки плавного перехода от игровой практики к учебной и общественно-полезной деятельности клиента.

В настоящее время можно выделить четыре основных подхода к игровой психотерапии: *психоаналитический, гуманистический, поведенческий* и *подход с точки зрения теории развития*.

В рамках психоаналитической модели психотерапевт служит как бы переводчиком. Его задача состоит в том, чтобы интерпретировать то, что ребенок привносит в терапевтическую сессию, придавая смысл поведению ребенка и сообщая ему результаты своих интерпретаций в форме, понятной ребенку. Целью при этом является достижения,

осознания ребенком бессознательных мотивов собственных действий и внутренних конфликтов. Игра при этом рассматривается и как способ установления контакта с ребенком, и как инструмент диагностики, и как материал для проработки проблем ребенка.

Гуманистический подход подчеркивает роль «токсичности» среды в блокировании врожденной способности человека к самоактуализации (К. Роджерс). Игровые сессии поэтому направлены на то, чтобы создать среду, способствующую самоактуализации ребенка. Эта цель достигается при помощи эмпатического слушания, установления границ приемлемого поведения, предоставления ребенку личностной информации о терапевте, поддержания постоянного взаимодействия с ребенком, вербального и игрового. Игра используется и как средство построения теплых дружественных отношений с терапевтом, и как источник информации, и как инструмент развития.

Поведенческая теория рассматривает психопатологию, прежде всего, как результат положительного и отрицательного обусловливания определенных типов поведения и эмоционального реагирования. Поэтому целью игровой психотерапии является, прежде всего, обнаружение патологических паттернов и характера их обусловливания. Тогда, изменив систему подкреплений, можно изменить и сами патологические реакции. Игра используется как материал для введения новой системы подкреплений, сама игра не рассматривается как обладающая собственными лечебными свойствами.

Игровая психотерапия в рамках теории развития предполагает использование терапевтом игры как основного инструмента развития. Терапевт при этом фактически имитирует роль основных заботящихся о ребенке фигур, структурируя активность ребенка, вынуждая его действовать в «зоне ближайшего развития», вмешиваясь и организуя взаимодействие, в котором ребенок получает ощущение тепла и доверия.

Игра же остается целостной, особой и самоценной для ребенка деятельностью со своей «тайной», а теории лишь подчеркивают и оттеняют отдельные функциональные аспекты игры, полезные с точки зрения психотерапевта. Уважение терапевта к этой «тайне» и осознавание собственных способностей, установок, предпочтений, стилей и т. д. в игре создает ту необходимую базу, без которой терапевтическое использование игры невозможно.

Выделяют *индивидуальную* и *групповую* игровую психотерапию. Группы могут быть закрытыми и открытыми (когда в процессе занятий в игру вводятся новые члены группы). Интересным направлением сегодня является семейная игровая психотерапия., когда проводится сеанс игры со всей семьей, с некоторыми ее членами или в группе, состоящей из родителей и детей разных семей.

Различают *директивную* и *недирективную* формы игровой психотерапии, *краткосрочную* (до 10 сеансов) и *долгосрочную* (более 10 сеансов), *сплошную* (ежедневные сеансы) и *прерывистую* (один раз в неделю).

Рекомендуется разделять пациентов с нервно-психическими нарушениями и с психосоматическими расстройствами при формировании группы.

В зависимости от теоретической модели, которую использует игротерапевт, выделяют психоаналитически ориентированную (психодинамическую) игротерапию (по принципам, заложенным основоположницами детского психоанализа А. Фрейд и М. Кляйн; варианты аналитической психодрамы Дж. Морено; «имаготерапия» (от лат. «*imago*» — образ, подобие) И. Е. Вольперта), недирективную (использование положений К. Роджерса о том, что все мотивы поведения личности сводятся к врожденному стремлению реализовать свои способности (актуализироваться), чтобы усилить их и этим сохранить свое «Я»), поведенческую (имеет, как правило, семейный характер; строится на учении И. П. Павлова об условных рефлексах, на теории оперантного обуславливания и формирования реакций путем последовательных приближений Б. Ф. Скиннера и на теории социального научения А. Бандуры, что ведет к основной задаче проводимой психотерапии — обучению тому, как правильно играть свои социальные роли), терапию отреагированием или «освобождающей» игровой психотерапии (освобождение от страхов по методу Д. М. Леви (структурированная игровая психотерапия для детей), метод «естественного эксперимента» А. И. Захарова), игровую психотерапию построения отношений (теория О. Ранка, где целью лечения является преодоление пациентом травмы, полученной им при рождении, на принципах которой строятся эмоциональные отношения между психотерапевтом и клиентом, научение пациента управлять своей деятельностью), игровую психотерапию интегративно-электического направления («интенсивно-экспрессионная терапия» в группе пациентов одного возраста и их родителей, по Ю. С. Шевченко и В. П. Добридень [Ю. С. Шевченко и др., 1995], где интегрируются различные психотерапевтические приемы — принцип эклектичности и мультидисциплинарности) и др.

Функции игры.

- Биологическая. Начиная с раннего детского возраста, игра способствует координации движений рук, тела и глаз, предоставляет ребенку кинестетическую стимуляцию и возможность затрачивать энергию и расслабляться.
- Внутриличностная. Игра способствует развитию способности овладения ситуациями, исследованию окружающей среды, постижению устройства и возможностей тела, ума и мира. В этом смысле игра, безусловно, стимулирует и оформляет когнитивное развитие. Кроме того, — и эта функция игры, пожалуй, более всего используется в игровой психотерапии, — игра позволяет ребенку посредством символизации и механизма фантазийного «исполнения желаний» отреагировать и разрешать внутриличностные конфликты. В игре воспроизводятся травматические переживания, однако, будучи «хозяином», «куклово-

дом» игры, ребенок может как бы подчинить себе ситуацию, в которой в реальности он чувствует себя бессильным.

• Межличностная. Прежде всего, игра — одно из основных средств достижения сепарации/индивидуации от матери или человека, ее заменяющего. Игры типа «ку-ку, где я?» или «прятки-догонялки» — имитации временной разлуки в комфортной ситуации, как бы подготавливающие ребенка к возможности и поправимости настоящих временных расставаний с матерью или другим близким человеком. У детей с эмоциональными нарушениями тема сепарации является одной из самых болезненных и постоянно воспроизводится в терапевтических сессиях. Более того, каждая сессия имеет начало и конец, и ребенку приходится учиться тому, как вначале вступить в контакт, а после расстаться. Кроме того, на более позднем этапе развития ребенка игра служит полигоном для освоения огромного количества социальных навыков — от того, как делиться игрушками, до того, как делиться идеями. Эта функция игры особенно широко используется в групповой или семейной игровой психотерапии.

• Социокультурная. В каждом обществе, на каждом историческом этапе существуют как игры, дающие детям возможность примерять желанные взрослые роли, постепенно расширяя их репертуар, так и игры, которые уменьшают страх смерти. В таких играх дети усваивают идеи, поведение и ценности, ассоциированные в обществе с такими ролями. В игровой психотерапии этот процесс продолжается, когда ребенок проигрывает роли различных людей, вызывающих у него разные эмоции. Это же относится и ко взрослым (из «Московского психологического журнала», 2008).

По С. А. Шмакову (2004), функции игры — это ее разнообразная полезность. Назовем наиболее важные среди них.

Эмоциональная функция.

Игра меняет эмоциональное состояние, как правило, в сторону его улучшения, повышения настроения, воодушевляет, пробуждает интерес к чему-либо. Палитра чувств, пробуждаемых игрой, необычайно многообразна. Это и удовольствие, и чувство гордости по поводу одержанной победы, и чувство страха, и ощущение неизвестности и таинственности... Но игра — это не просто развлечение, а особый метод вовлечения учащихся в творческую деятельность, метод побуждения их к активности, включения в межличностные отношения.

Коммуникативная функция.

Игра всегда вводит ребенка в реальный контекст сложнейших человеческих отношений, поскольку игра — деятельность коммуникативная. Она компенсирует неразработанность созидательных форм взаимодействия взрослого и ребенка, ребенка и ребенка, выводит их на подлинное сотрудничество, способствует объединению детей в коллектив и установлению эмоциональных контактов, освоению диалектики общения, усвоению социально-культурных ценностей и норм поведения.

Диагностическая функция.

Игра обладает способностью предсказывать, убедительно раскрывать в детях истинно детское, личностное. В каком-то смысле она диагностичнее, чем любая другая деятельность человека, поскольку в игре участник ведет себя на максимуме проявлений свободы (физических сил, интеллекта, творчества). Ребенок сам в игре проверяет свои силы и возможности в свободных, по сути, действиях, самовыражаясь и самоутверждая себя. Игра побуждает его к самопознанию и одновременно создает условия для стимулирования внутренней активности и рефлексии личности.

Релаксационная функция.

Игра снимает (или уменьшает) физическое или интеллектуальное напряжение, вызванное нагрузкой на нервную систему активным обучением, физическим трудом, сильными переживаниями. Игры используют для восстановления равновесия сил, для улучшения здоровья детей.

Компенсаторная функция.

Игра дает человеку возможность ощутить себя тем, кем он в «реальной жизни» никогда не был, выйти за рамки своего контекста деятельности и расширить его, а также создаёт условия для удовлетворения личностных устремлений, которые невыполнимы (трудно выполнимы) в реальной жизни, способствует реализации идеи дополнения жизни (например, ребенок «примеривает» еще не использованные роли, не выбранные ранее возможности поведения).

Функция самореализации.

Процесс игры — это всегда пространство для самореализации ее участников, уникальная возможность для расширения человеческой практики ребенка и раскрытия сущностных сил, особого рода плацдарм для освоения действительности как в области применения, так и проверки накопленного опыта.

Социокультурная функция.

Игра — сильнейшее средство социализации ребенка, активного включения его в культурную среду, включающее в себя как социально-контролируемые процессы целенаправленного воздействия на становление личности, так и стихийные, спонтанные процессы, влияющие на формирование и развитие ребенка.

Терапевтическая функция.

Известный вывод Э. Берна: «интенсивнее всего играют люди, утратившие душевное равновесие...» [Э. Берн, 1992] способствовал развитию, начиная со второй половины XX в., игротерапии в самых разных ее проявлениях. Психологи, социальные педагоги, игро- и арттерапевты, работающие с детьми, используют игры для снятия напряжения, стресса, тревоги, фобий, возникающих вследствие неурядиц жизни, для коррекции нравственных взаимоотношений, одобрения и ободрения ребенка, преодоления различных трудностей, возникающих у ребенка в поведении, в общении с окружающими, в учении.

В зависимости от тех функций, которые в разной мере реализуются в той или иной игре, можно различать и разные виды игр. В процессе исторического развития социокультурной деятельности и детского досуга накоплен огромный арсенал форм игровой деятельности (сюжетно-ролевая игра, игра-фантазия, игра-диспут, игра-путешествие, игра-викторина, игра-инсценировка, игра-импровизация и многие другие) [С. А. Шмаков, 2004].

5.1.14. Семейная системная психотерапия

Системная семейная психотерапия — одна из самых молодых психотерапевтических школ, развивающихся в последнее время. Этот подход возник после Второй мировой войны и развивался в тесном сотрудничестве с кибернетикой, в чем его существенное отличие от других психотерапевтических подходов. Человек при этом подходе не является объектом воздействия и клиентом. Клиентом является вся семья, вся семейная система, и она становится объектом психотерапевтического воздействия.

Этот метод является одним из основных в детской и подростковой психиатрии, так как основным источником психогений у детей и подростков большей частью является семья. Семейная системная психотерапия подразумевает комплекс психотерапевтических методов и приемов, направленных на лечение пациента в семье и при помощи семьи. Цель этого вида психотерапии: оптимизация семейных взаимоотношений.

По Э. Г. Эйдемиллеру (2007), системная семейная психотерапия — это система психологических взаимодействий двух живых открытых систем — семьи и психотерапевта с целью оптимизации функционирования каждой.

Структура семейных ролей определяет, что, как, когда и в какой последовательности члены семьи должны делать, вступая в отношения друг с другом. В нормальных семьях структура семейных ролей целостная, динамичная и носит альтернативный характер. По данным Э. Г. Эйдемиллера и В. В. Юстицкого (1990), у 66 % семей, в которых проживают дети с нервно-психическими расстройствами, имеет место либо структура жестко фиксированных патологизирующих семейных ролей, либо структура как таковая отсутствует изначально.

Семейные подсистемы — совокупность семейных ролей, которая позволяет избирательно выполнять определенные семейные функции, обеспечивая жизнедеятельность семьи. Каждый член семьи может быть участником нескольких подсистем — родительской, супружеской, детской, мужской, женской и пр. Одновременное функционирование в нескольких подсистемах обычно малоэффективно.

Границы между подсистемами — это правила, определяющие, кто и каким образом выполняет семейные функции. Это воображаемые вехи внутри и между системами, через которые информация переводится из модальности одной системы в другую. Семейные границы могут выражаться через правила, которые определяют, кто принадлежит к данной системе или подсистеме, каким образом он к ней принадлежит. Границы могут быть проницаемыми (здоровые и функциональные), жесткими (информация между семейными подсистемами проходит с трудом) и размытыми (когда эта информация и вовсе теряется). В нормальных семьях они ясно очерчены и проницаемы. В семьях дисгармоничных они либо жесткие (между подсистемами не происходит обмена информацией), либо размыты (стрессы, переживаемые в одних подсистемах, легко иррадиируют (распространяются) на другие).

Важное значение имеет выявление семейных мифов (синонимы — «убеждения», «верования», «семейное кредо», «наивная семейная психология»). Семейные мифы — определенные защитные механизмы, используемые для поддержания единства в дисфункциональных семьях. Они считаются определенным неосознаваемым взаимным соглашением между членами семьи, функции которого заключаются в том, чтобы препятствовать осознанию отвергаемых образов (представлений) о семье в целом и о каждом ее члене. Выделяют такие мифы, как «проекция», «отказ», «расщепление» [Э. Г. Эйдемиллер, 1994]. Э. Г. Эйдемиллер говорит о наиболее часто встречающихся семейных мифах в дисфункциональных семьях: «Мы такая отличная семья, но другим не дано этого понять», «Он такой поганец (о своем ребенке), что не стоит того, чтобы мы о нем заботились», «Он очень чувствительный (ребенок, больной член семьи), и требует особого к себе отношения; мы живет только для него». Эти мифы предполагают определенную структуру семейных ролей: «семья с кумиром», «семья с больным членом семьи», «козел отпущения», «позор семьи» и пр., а в их основе лежат неосознаваемые эмоции: вина, эмоциональное отвержение, страх перед ответственностью. Если образ «мы» адекватен, то в динамичной системе семейного контекста поведение членов (элементов) урегулировано, неадекватный же образ «мы» принимает форму семейного мифа, который способствует поддержанию дисфункциональных семейных отношений.

Содержанием семейной психотерапии является анализ взаимодействия всех членов семьи, которые собираются вместе в ситуации «здесь-и-теперь». В терапевтическом процессе выделяется два этапа: на первом происходит присоединение психотерапевта к семейной системе, выявление и усложнение когнитивных сценариев, с помощью которых происходит регуляция семейных отношений; указывается на негармоничный тип принятого в данной семье воспитания, на то негативное влияние нарушенных взаимоотношений, которое ведет к утяжелению патологических симптомов; на втором — реконструкция семейных отношений [Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкий, 1990; Э. Г. Эйдемиллер, 1992, 1996; 2007].

Таким образом, семейная психотерапия складывается из ряда этапов.

1. Семейный диагноз включает определение типа семьи, особенностей внутрисемейных отношений, выявление конфронтаций между членами семьи, семейных конфликтов, выяснение роли каждого члена семьи, его отношения к подростку и подростка к нему. Важнейшим здесь является установление типа семьи и особенностей взаимной оценки характера. Выясняются функции симптомов: морфостатическая функция (отклонение в сторону снижения эмоционального напряжения конфликта с помощью симптома) и морфогенетическая функция (позитивная обратная связь, отклонение в сторону усиления признака). На первом этапе создается и усиливается мотивация у обратившихся за помощью. Предоставляется информация о роли семьи в происхождении патологического синдрома у детей и особо подчеркивается, что в любой семье заключен не только патогенный фактор, но и саногенный (путь к выздоровлению). Делается положительное эмоциональное подкрепление самой попытки обратиться за помощью. Огромное значение имеет «присоединение» психотерапевта к семье пациента, причем особая роль принадлежит здесь динамике поведения врача от «наблюдателя», «вершителя судеб», «всесильного волшебника», от роли, приписываемой ему членами семьи, к роли одного из элементов семейной системы — «того, кто говорит, как мы», «того, у кого, оказывается, есть такие же проблемы, но он их уже решил». Используется специальная программа психотерапевтических упражнений, цель которых развить навыки невербальной коммуникации, эмпатии, экспрессии своих переживаний, развитие и обогащение когнитивных сценариев.

2. Реконструктивный период состоит в перестройке внутрисемейных отношений, в разрешении семейных конфликтов. В случаях распадающейся или распавшейся семьи реконструкцию заменяет поиск путей адаптации к новым условиям жизни. Здесь производится анализ мотивации поведения участников сеансов, их эмоциональных реакций, оценочных суждений о взаимоотношениях в семье. Анализу подвергаются мысли, чувства, поступки, возникающие «здесь-и-теперь». Актуализация и структурирование полученного материала осуществляется с помощью разыгрывания ролевых ситуаций, упражнений гештальттерапии: «раундов», диалога частей «Я» члена семьи и невербального диалога между участниками разных подсистем семьи. Широко применяется методика с домашними заданиями (в виде прямых директив, метафорических и парадоксальных), семейная психодрама. Работа по реконструкции семейных отношений способствует установлению границ между подсистемами, усилению функционирования одних и, реципрокно связанному с этим, ослаблению функционирования других подсистем [Э. Г. Эйдемиллер и др., 2006; Е. В. Фесенко, Ю. А. Фесенко, 2006, 2010; Ю. А. Фесенко, Е. В. Фесенко, 2007; Ю. А. Фесенко, 2010].

3. Поддерживающая семейная психотерапия проводится обычно в случаях затяжных психических расстройств у пациента, а также при относительной и нестойкой реконструкции отношений в семье в случаях новых критических ситуаций. Семейная психотерапия начинается с индивидуальных бесед с каждым членом семьи. По мере установления семейного диагноза, сближения позиций отдельных членов семьи, выявления перспектив реконструкции можно перейти к промежуточным этапам-беседам с парами наиболее близких членов семьи, включению отдельных членов в группы родителей из разных семей и т. п. Решающим этапом является заключительная часть, проводимая со всей семьей в целом.

В современной семейной психотерапии главенствующей тенденцией является развитие конструктивистской или нарративной (с англ. — рассказывающий, описывающий, наглядно-образный) психотерапии. Этот подход считается более «гуманным», чем другие, применяемые в семейной психотерапии.

Сегодня многие психологи и психотерапевты используют, и довольно успешно, разнообразные поведенческие методики для коррекции пограничных психических расстройств у детей. Применяются комплексные методы воздействия, которые включают в себя не только работу с пациентом, но и, главным образом, работу с его социальным окружением: членами семьи, ближайшими родственниками, друзьями, учителями и т. д. Работа с членами семьи и получила название семейной психотерапии.

Один из патриархов семейной психотерапии в США К. Витакер выдвинул тезис, ставший основополагающим в его деятельности: «Я не верю в людей — только в семьи» [C. Whitaker, 1998, с. 103]. И еще более категорично: «Нет такого явления, как личность, личность — это не более, чем фрагмент семьи» [Там же. С. 104]. Пик практической деятельности К. Витакера пришелся на 1930—1950 годы, когда основной ячейкой американского общества действительно была семья, семейные кланы, большие и разветвленные. Поэтому его заключение о том, что «семья — это не взаимодействие двух личностей, а скорее продукт двух семей... для воспроизводства самих себя», для того времени звучало вполне правдоподобно.

С тех пор положение во всем мире, в том числе и в США, значительно изменилось. Большие клановые семьи — это, в основном, удел слабо развитых стран Южной Америки, Азии и Африки. В промышленно развитых странах семьи малочисленные, не поддерживающие тесной связи с другими родственниками и даже стремящиеся как можно быстрее обособиться от них. Такое положение характерно, в частности, для больших городов России. Однако это совсем не означает, что проблемы, затронутые Витакером и развитые впоследствии многочисленными последователями семейной психотерапии, не актуальны в настоящее время.

Семейные психотерапевты в своей работе опираются на одно из основных положений гештальт-психологии: «...Человек вынужден вести себя ненормально, реагируя на ненормальную социальную структуру» [J. Haley, 1998]. Другими словами, структура семьи форми-

рует патологический гештальт, стандарт поведения, которого вынужден придерживаться каждый из членов семьи, в том числе и ребенок. У ребенка, как у носителя наиболее чувствительной, не забитой жизненными поведенческими штампами психики, чаще всего и в более явном виде формируются патологические, с социальной точки зрения, но полезные для семьи аспекты поведения. Выступая в роли «козла отпущения», громоотвода, ребенок предохраняет семью от разрушения. Например, возникшие у ребенка проблемы с поведением, речевые затруднения, недержание мочи и другие, привлекают к нему внимание семьи. Они заставляют отца забыть на время о своих неприятностях на работе или о любовной связи на стороне. Избавляют мать от необходимости следить за поведением супруга, от частых ссор с ним или от необходимости искать для себя работу.

Известный американский детский терапевт В. Оклендер удачно сочетает индивидуальную психотерапию с семейной, делая основной упор на индивидуальный подход к ребенку. Многочисленные патологические симптомы она считает способами выражения ребенком собственного «Я», которое ему не удается выразить (он не умеет или не может) более приемлемыми путями. «Я говорю ребенку и его родителям, что недержание мочи может быть проявлением здорового стремления к самовыражению. Если ребенок не нашел адекватного способа выразить то, что ему было нужно, он начинает выражать это другим способом. Если бы он не нашел такого пути, неудовлетворенные потребности могли бы найти свое отражение в симптомах бронхиальной астмы или развитии экземы» [V. Oaklander, 1997, с. 260].

Психотерапевтический подход к устранению симптома включает в себя несколько моментов. Во-первых, все члены семьи в присутствии ребенка должны делиться своими переживаниями. Во-вторых, на ребенка возлагается ответственность за произошедшее: ведь именно он сделал то, что принесло неприятности всем членам семьи. С другой стороны, важно, чтобы и родители, и ребенок поняли, что в произошедшем нет чьей-то умышленной вины. Поэтому система поощрения-наказания, одобрения-неодобрения здесь не работают. «Ведь мы не поощряем ребенка за то, что у него нет головной боли, и мы не называем его идиотом, если у него болит голова» [Там же. С. 262]. В-третьих, ребенку оказывается помощь в более ясном ощущении своих физических симптомов посредством физической и дыхательной гимнастики, медитации, различных подвижных игр и т. п. И, наконец, ребенку помогают овладеть более приемлемым способом выражать то, что ему необходимо выразить.

Оклендер приводит характерный пример распространенного патологического симптома боли [Там же. С. 265].

Одиннадцатилетний мальчик, придя в группу, заявил, что он не может оставаться на занятии из-за сильной боли в желудке. Я попросила его рассказать мне о своей боли и спросила, где именно болит.

Кен: — Вот здесь. Я не знаю.

Я: — Расскажи мне, на что это похоже.

Кен: — Это похоже на узел, и он давит на меня и причиняет настоящую боль. (Голос мальчика звучал печально, в нем слышались слезы.)

Я: — Это очень огорчает меня.

Кен: — Да, то, что происходит со мной, это печально.

Я: — Я бы хотела, чтобы ты рассказал об этом.

Кен: — Дело в моем отце. Он не пьет, но он очень нервный! Он все свое раздражение переносит на меня: смеется надо мной, когда я что-то делаю, бросает в меня вещи, бьет меня. Это так же плохо, как если бы он пил. Он все вымещает на мне, потому что я самый старший из детей. Сегодня это снова случилось.

После этого Кен разрыдался. Спустя какое-то время он сказал:

— Может быть, я побуду здесь еще немного?

Он остался до конца занятия, забыв о боли в желудке. Мне хочется добавить к этому, что у Кена часто бывали боли в желудке. Его мать в связи с этим уделяла ему много внимания: часто показывала его врачу, следила за диетой и беспокоилась о том, нет ли у него язвы. Единственное, чего она не делала, так это не выслушивала его и не придавала значения его чувствам.

Чтобы побудить детей к выражению своих проблем, Оклендер использует рисование, лепку, работу в песочнице, игры в воде, различные двигательные упражнения и многое другое, доступное детской фантазии. Итогом всех этих упражнений является лучшее осознание ребенком самого себя, своих скрытых желаний, освоение возможности их выражения без применения патологических симптомов.

5.1.15. Патогенетическая рациональная психотерапия

Концепция патогенетической психотерапии оказала существенное влияние в нашей стране на становление психотерапии. Основные положения ее как системы личностно-ориентированной психотерапии были сформулированы на основе «психологии отношений» В. Н. Мясищева. Одним из фундаментальных положений последней явилось понимание личности как системы отношений индивида с окружающей социальной средой. Начало исследования личности как системы отношений связано с именами основателей русской медицинской психологии В. М. Бехтерева (1857—1927) и А. Ф. Лазурского (1874—1917). В дальнейшем эти исследования были продолжены и развиты их учеником В. Н. Мясищевым, которому и принадлежит более детальная разработка указанной концепции личности как в общепсихологическом плане, так и применительно к теории и практике медицины и в особенности к учению о неврозах и психотерапии.

В основе «патогенетической психотерапии», по В. Н. Мясищеву (1960), лежит механизм активной сознательной перестройки отношений личности, осуществляемый в основном путем рациональной психотерапии.

Рациональная психотерапия — форма психотерапии, при которой высказывания врача носят аргументированный характер и направлены на создание правильной «внутренней картины болезни».

Впервые наиболее подробно и системно рациональная психотерапия была изложена швейцарским невропатологом П. Дюбуа (P. Dubois) в книге «Психоневрозы и их психическое лечение» [П. Дюбуа, 1912]. Это была альтернатива терапии внушением, и этот метод опирался, прежде всего, на разум, мышление пациента (от лат. «*ratio*» — разум, рассудок). Дюбуа первый указал на возможность эффективного лечебного воздействия на человека без использования глубоких трансовых состояний. Он считал, что достаточно установить психологический контакт с больным, при котором больной с необходимым устойчивым вниманием сможет слушать беседу врача и врач в этом случае сможет методом убедительного разумного перевоспитания искаженного мышления пациента изменить оценку пациентом своего болезненного состояния. А поскольку болезни искажают воображение больного, то врач должен научить больного критическому самоанализу, что позволит исправить его мышление и воображение.

Рациональная психотерапия имеет два варианта: разъяснительная и собственно рациональная (в дальнейшем упоминается как «рациональная»). Разница между ними заключается в следующем. При разъяснительной психотерапии врач выступает в роли учителя, информируя больного о характере его заболевания, механизмах действия лекарств и выздоровления. При такой форме трудно избежать косвенного внушения. Довольно часто результаты длительной беседы врача с больным могут быть в одно мгновенье аннулированы «авторитетным» высказыванием соседа по палате, случайного собеседника во время поездки в городском транспорте или телевизионной передачей о возможностях биоэнергетики [М. Е. Литвак, 1996].

В. Н. Мясищев в рамках работы по преодолению фрейдизма сформулировал концепцию психологии отношений и патогенетической психотерапии еще в 1935—1939 гг. В. Н. Мясищев, как уже говорилось выше, отвергал основные, неприемлемые для научного объяснения положения Фрейда: основанную на инстинктах теорию личности, пансексуализм, антагонизм сознания и бессознательного. Что же касается таких понятий психоанализа, как вытеснение, перенос, сопротивление, сублимация и другие, то В. Н. Мясищев обращал внимание на внутренние противоречия психоанализа, постоянно подчеркивая сочетание в этих концепциях «истинного и ложного», «проницательности и слепоты», «сильной и слабой сторон». Им отмечены «большие заслуги» психоанализа в открытии этих явлений и в то же время «чрезмерная переоценка» их. Собственно говоря, не феномены, открытые Фрейдом, а их метафорическая трактовка вызывала несогласие В. Н. Мясищева. «Заслуга Мясищева заключается в том, что он произвел основательную «ревизию» психоанализа, преодолев его биологическую направленность и создав социально-психологическую модель психотерапии. Среди тех, кто стремился придать психоанализу более «культурное лицо», Мясищев был наиболее последовательным и кардинальным преобразователем: сохранив понятие интрапсихического (психодинамического) конфликта, он отбросил вольные интерпретации психоанализа, основанные на мифологии, заменив их анализом реальных жизненных отношений. Интрапсихические конфликты описываются Мясищевым не по содержанию, как у Фрейда, а по структуре. Задача психотерапевта заключается в том, чтобы наполнить интрапсихический конфликт содержанием, почерпнутым из конкретной жизненной ситуации пациента и анализа его системы отношений. Из психоанализа были заимствованы и такие понятия, как «психологические механизмы защиты», «инсайт», «эмоциональное отреагирование» («катарсис») и др. Таким образом, разрабатывая патогенетическую психотерапию, Мясищев интегрировал в эту систему, теоретической основой которой послужила разработанная им социально-психологическая модель личности, известные достижения психотерапии своего времени» [А. А. Александров, 1997].

Подход к проблеме личности неразрывно связан с вопросом о соотношении биологического и социального в человеке. В. Н. Мясищев (1971), размышляя о том, является ли личность биосоциальным или социальным образованием, говорит: «Считая, что личность представляет собой высшее психическое образование, обусловленное общественным опытом человека, подчеркивая необходимость разграничения понятий «условия личности» и «сама личность», я полагал, что в понимании личности биологически-органическое неразрывно связано с социальным, но не является ни личностью, ни ее частью, а только условием личности».

Главная характеристика личности, по В. Н. Мясищеву (1960), — система ее отношений, прежде всего отношений с людьми, формирующихся в онтогенезе в определенных социально-исторических, экономических и бытовых условиях на базе физиологической деятельности мозга. Эти отношения представляют собой преимущественно сознательную, основанную на опыте избирательную психологическую связь человека с различными сторонами жизни, которая выражается в его действиях, реакциях и переживаниях. Отношения характеризуют степень интереса, интенсивность эмоций, желания и потребности, поэтому они и являются движущей силой личности. Выступающим в качестве важнейшего структурообразующего компонента во взаимосвязи с другими психическими явлениями — психическими процессами, свойствами и состояниями — отношениям личности присущи следующие особенности: уровень активности, соотношение рационального и иррационального, адекватного и неадекватного, сознательного и бессознательного, устойчивость или неустойчивость, широта или узость, рациональная или эмоциональная обусловленность и др. Личность про-

является в разных областях, и, прежде всего, в социальных отношениях и взаимоотношениях, отношениях в семье, на производстве, к труду и др. В структуре отношений особенно важным является отношение человека к самому себе. Значимость последнего определяется тем, что отношение к себе — один из компонентов самосознания (самосознание: самопонимание, самооценка, саморегуляция). Именно отношение к себе, будучи наиболее поздним и зависимым от всех остальных, завершает становление системы отношений личности и обеспечивает ее целостность. В условиях, когда отношения личности приобретают особую устойчивость, они становятся типичными для личности и в этом смысле превращаются в черты характера, оставаясь отношениями.

Патогенной основой различных форм неврозов, согласно представлениям В. Н. Мясищева, являются противоречия в тенденциях и возможностях личности, с одной стороны, в требованиях и возможностях, которые ей предъявляет действительность, — с другой. Невротические расстройства могут возникать в тех случаях, когда жизненные обстоятельства затрагивают обобщенные, особо значимые, эмоционально насыщенные отношения личности, занимающие центральное место в системе ее отношений к действительности. Индивидуальные особенности таких отношений обусловливают ее невыносливость в той или иной ситуации. В. Н. Мясищевым и его сотрудниками были уточнены типичные черты личности, предрасполагающие к различным формам неврозов: почвой для истерии служит столкновение стремлений эгоцентрической личности с требованиями действительности; неврастения развивается при непосильных требованиях личности к себе, не противоречащих общественным нормам; невроз навязчивых состояний возникает у личности, не способной разрешить свои внутренние противоречия, обычно в ситуации, требующей выбора в вопросах этики. В каждом конкретном случае патогенное противоречие имеет индивидуальное, конкретное содержание, выявление которого очень важно для психотерапии.

Сущность психотерапии неврозов, по В. Н. Мясищеву, состоит в том, чтобы больной, воспроизводя историю своей жизни и болезни, осознал с помощью врача реальные источники его травматизации, уяснил ошибки линии своего поведения, нашел продуктивные пути решения индивидуальных жизненных затруднений, главным образом, пути установления правильных взаимоотношений с людьми, вновь обрел смысл и цель жизни и на трудном пути самокритики и самоперевоспитания преодолел свою болезнь. Эта терапия психофизиологическая и социально-педагогическая. Работы В. Н. Мясищева по психогенетическому пониманию неврозов и психотерапии в противостоянии психоаналитическому направлению фрейдизма и неофрейдизму обобщены в его книге «Личность и неврозы», получившей премию имени В. М. Бехтерева.

Поскольку патогенетическая психотерапия и была разработана в соответствии с концепцией неврозов В. Н. Мясищева, то основной

задачей этой системы является выяснение жизненных отношений, сыгравших патогенную роль, лишивших данную личность способности адекватно переработать сложившуюся ситуацию и вызвавших перенапряжение и дезорганизацию нервной деятельности. Важнейшее значение для успеха имеют взаимоотношения врача и больного, но не в смысле фрейдистского переноса. Основную положительную роль играют авторитет врача, его социальная направленность, широта кругозора, знание жизни, такт, умение слушать пациента [А. М. Шерешевский, 1977], сочувственно-благожелательное к нему отношение, не исключающее в необходимых случаях противодействия социально-неприемлемым тенденциям больного. Роль врача в психотерапевтическом процессе не пассивная. Психотерапия — эмоционально насыщенное воздействие психотерапевта, в котором участвуют, наряду с его словом, и выразительность его мимики, и манера обращения с больным, и влияние всего режима лечебного учреждения.

Хотя в общении с врачом находит известное отражение система жизненных отношений больного, но далеко не полное. Их выяснение происходит в процессе умело проводимых психотерапевтических бесед. Патогенетическая психотерапия предполагает уточнение особенностей жизненного опыта больного в различные возрастные периоды, отношения его к себе и окружающим, его тягостных и радостных переживаний, интересов, системы оценок, мотивации своего поведения, понимания жизни и мира в целом и своего места в нем, его мечтаний и ожиданий, симпатий и антипатий — всего того, что образует внутренний мир человека, — и сопоставление этих данных с реальными условиями его жизни в настоящем и прошлом. Внимание пациента привлекается не только к его субъективным тенденциям и тем внешним обстоятельствам, с которыми они пришли в противоречие. Основная задача заключается в том, чтобы в процессе психотерапии сам больной неврозом уловил взаимосвязи между историей его жизни, сформированными ею отношениями, вытекающими из них неадекватными реакциями на сложившуюся ситуацию и проявлениями болезни — все те взаимосвязи, которые он до того не осознавал. Уяснение их является переломным моментом в терапии, но достигается оно не сразу. При успешном продвижении в этом направлении больной становится менее напряженным, более откровенным, постепенно начинает критически переосмысливать свои прежние жизненные позиции, иначе оценивать свою ситуацию. Решающим моментом служит завершающая процесс психотерапии перестройка нарушенных отношений больного. При этом речь идет не просто об изменении отношения к данному травмирующему обстоятельству, что само по себе не всегда возможно. Излечение наступает, если удается изменить систему отношений больного в целом, если изменятся в широком плане его жизненные позиции и установки.

Психотерапевт осуществляет «дело перестройки личности и отношений больного», опираясь на такие капитальные ее свойства, как сознательность (способность человека давать отчет о событиях не только

настоящего, но и прошедшего и будущего), социальность (способность подчинять собственные интересы общим), самостоятельность (способность управлять своим поведением согласно общественно-социальным требованиям). «Эти сугубо личностные черты, недостатки их развития, — пишет В. Н. Мясищев, — в той или иной из многочисленных комбинаций являются причинами невроза в трудных, вызывающих перенапряжение социальных условиях... Именно в этом смысле и применительно к такому пониманию неврозов и их лечения может быть с правом применено понятие психотерапии отношений, использовавшееся ранее преимущественно по отношению к детям и в плане психоаналитического их лечения» [В. Н. Мясищев, 1971].

В психотерапевтических беседах применяются различные подходы и приемы: ободрение, убеждение, переубеждение, отвлечение, разъяснение сущности невроза и его симптомов. В дополнение к беседам, в зависимости от симптоматики невроза и его течения, оказываются полезными и другие психотерапевтические методы: внушение наяву и в гипнотическом состоянии, наркогипнотерапия, аутогенная тренировка и др. Эти методы могут выдвигаться на первый план при легких невротических расстройствах или при острых, относительно изолированных невротических моносимптомах. Психотерапия может сочетаться с применением медикаментозных средств и физиотерапии, способствующих нормализации нервных процессов и создающих фон, облегчающий контакт врача с больным. Однако эти средства имеют вспомогательное значение. В систему психотерапии входит и возможное содействие врача в нормализации, где это требуется, производственной или семейно-бытовой ситуации [А. А. Александров, 1997].

Одной из сильных сторон патогенетической психотерапии является ее открытость к интеграции с другими психотерапевтическими подходами. Это тем важнее, что интегративный подход отражает современную тенденцию в развитии психотерапии. В связи с этим актуальным становится вопрос о выборе конкретных принципов и методов, разработанных в русле иных психотерапевтических подходов, для интеграции их в систему патогенетической психотерапии, и в наибольшей степени отвечают задачам интеграции методы когнитивно-поведенческого и феноменологического подходов, прежде всего рационально-эмотивная психотерапия А. Эллиса, когнитивная терапия А. Бека, гештальт-терапия Ф. Перлза, альтруистическая психотерапия В. И. Гарбузова [A. Ellis, 1989; A.-T. Beck, 1989; F. Perls, 1969; В. И. Гарбузов, 2001].

5.1.16. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия

Под руководством В. Н. Мясищева, а в последующем Б. Д. Карвасарского, в лабораториях Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева изучались различные аспекты патогенеза неврозов, результаты чего обобщены в руководстве Б. Д. Карвасарского «Неврозы» [Б. Д. Карвасарский, 1990]. Патогенетическая психотерапия, благодаря интегративным изменениям, внесенным в 1970—1990-е гг. исследователями НИПНИ, была переименована в «личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию Карвасарского-Исуриной-Ташлыкова» [Б. Д. Карвасарский, 1992].

В одной из глав своей книги «Интегративная психотерапия» А. А. Александров замечает: «На современном этапе разработки интегративной модели в систему личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии могут быть интегрированы принципы и методы феноменологического подхода (клиент-центрированной психотерапии Роджерса, гештальт-терапии Фредерика Перлза), а также методы поведенческого и когнитивного подходов (рационально-эмотивной терапии Альберта Эллиса, когнитивной терапии Аарона Бека). Будучи привлеченными в качестве дополнительных средств для реализации целей личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, они выполняют разные задачи в той или иной плоскости нарушенных отношений. Так, принципы феноменологического подхода (экзистенциально-гуманистической психотерапии) создают условия, необходимые для изменений, — осознанности, самопринятия и спонтанности; приемы гештальт-терапии, воздействуя в большей степени на эмоциональный аспект отношений, способствуют освобождению подавленных чувств и в то же время осознанию (а затем и интеграции) противоречивых тенденций личности; методы когнитивного подхода напрямую воздействуют на нарушенные отношения (иррациональные, дисфункциональные убеждения, установки), на их осознание и последующую коррекцию; методы поведенческой терапии — на коррекцию дезадаптивных стереотипов поведения... Важным стимулом для интеграции различных подходов является широкое внедрение в практику групповой психотерапии. Групповая психотерапия создает уникальную терапевтическую ситуацию, связанную с включением пациента в реальное взаимодействие с другими людьми, при которой создаются условия интенсивного психологического воздействия на все плоскости личностного функционирования. Групповая психотерапия с неизбежностью подводит к использованию приемов, предназначенных для воздействия на когнитивные, эмоциональные и поведенческие аспекты личности, разработанных в рамках различных терапевтических подходов» [А. А. Александров, 2009].

5.1.17. Перинатальная психотерапия

Представляет собой систему лечебного психического и психологического воздействия на психику женщины и ребенка в антенатальном (герминальном, эмбриональном, фетальном), интранатальном и постнатальном периодах, а через психику — на организм женщины и ребенка. Большую роль в перинатальной психотерапии играет семейная психотерапия: с этих позиций перинатальную психотерапию можно определить как комплекс психотерапевтических приемов и методов,

осуществляемых в семье и при помощи семьи, направленных на лечение членов семьи, нервно-психические расстройства которых являются следствием реакций на зачатие, вынашивание, рождение и выхаживание ребенка.

Перинатальная психотерапия (и психиатрия) была создана в начале XX в. В России интерес к психическим нарушениям детей раннего возраста возник с 1950-х гг., когда появились отдельные работы ведущих детских психиатров: С. С. Мнухина в Ленинграде, Г. Е. Сухаревой и Т. П. Симсон в Москве. В 2001 г. было издано первое в нашей стране руководство по клинической психиатрии раннего детского возраста, написанное учеником С. С. Мнухина профессором Б. Е. Микиртумовым в соавторстве с его сотрудниками [Б. Е. Микиртумов и др., 2001].

Один из ведущих на сегодня специалистов в области перинатальной психотерапии И. В. Добряков отмечает: «Развитию психосоматических расстройств у детей в возрасте от рождения до трех лет способствует то, что уровень нервно-психического реагирования у них мало дифференцирован, характеризуется повышенной общей и психической возбудимостью (соматовегетативный уровень реагирования)... Их пониманию способствует диадный подход, используемый в перинатальной психологии. Согласно этому подходу, мать и младенец рассматриваются в рамках единой диады, являющейся подсистемой семейной системы. Такой подход позволяет по-новому решать проблемы как профилактики, так и лечения психосоматических расстройств детей раннего возраста. Для их матерей с соматическими расстройствами типичны тревожно-депрессивные расстройства. В структуре их психологической защиты доминируют такие механизмы, как «реактивные образования» и «гиперкомпенсация». Для лучшего понимания патогенеза психосоматических расстройств у младенцев важно представлять, какой тип психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) был у матери ребенка во время беременности. ПКГД представляет собой совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности, меняющих отношения беременной к себе и к окружающим, направленных на сохранение гестации и создание условий для развития пренейта. Учитывая, что младший детский возраст уникально и чрезвычайно сложен, так как дифференциация между психикой и телом еще не завершена, следует помнить, что на маленького ребенка мы можем воздействовать через мать, с которой он составляет единую систему. А исследовать особенности психики матери куда легче, нежели ребенка. Таким образом, в раннем послеродовом периоде можно и нужно заниматься профилактикой возникновения психосоматических расстройств как у матери, так и у ребенка... Приведенные факты подтверждают мнение М. П. Гин (M.-P. Gean, 1994) о том, что психиатру, работающему с детьми раннего возраста, недостаточно знаний по психиатрии. Он должен быть специалистом в области индивидуальной, семейной терапии и консультантом в педиатрической практике» [И. В. Добряков, 2001, 2010].

Вместо «безопасной» привязанности к маме у детей, переживших травму рождения, испытывающих страх и тревогу перед окружающим неизвестным миром, формируется «небезопасная» привязанность (по M. Ainsworth) разных форм. Ребенок с небезопасными формами привязанности к матери крайне тревожен, проявляет мало положительных эмоций, имеет большие проблемы в общении, подвержен развитию у него психосоматических нарушений, как правило, со стороны пищеварительной системы. Выделяют наиболее типичные нарушения этого порядка: младенческую колику, обычно в возрасте трех недель — трех месяцев; аэрофагию (заглатывание воздуха) при жадном сосании и вне приема пищи; пищевое недоразвитие (снижение массы тела при достаточном количестве пищи и отсутствии соматических заболеваний; переедание, приводящее к избыточной массе тела; мерицизм (жевание, пережевывание) в виде многократного отрыгивания пищи и повторного ее пережевывания; пикацизм (желание поедать несъедобное) [Д. Н. Исаев, 2000; M.-D. Ainsworth, B.-A. Wittig, 1969; Р. А. Шпиц, 2000]. Все эти нарушения свидетельствуют о недостатке материнской заботы, выраженной тревоге и депрессивных тенденциях у матери, о ее инфантильности, когда она не способна дифференцировать подаваемые ребенком сигналы, о слабой эмоциональной связи в диаде «мать-дитя», о чрезмерной опекаемости тревожной матери или о ее противоречивом отношении к ребенку, когда проявления гиперопеки и сверхконтроля сменяются гипоопекой и депривацией (эмоциональным отвержением).

Под ранним возрастом И. В. Добряков предлагает понимать неонатальный период (с рождения до одного месяца жизни), младенческий период (с месяца до года жизни) и период собственно раннего детского возраста (с года до 3 лет жизни). В литературе можно встретить такие названия этого раздела, как «педопсихиатрия», «младенческая психиатрия», «психиатрия детско-родительских отношений», «микропсихиатрия», а также «перинатальная психиатрия» (логично соотнести эти термины с психотерапией). Перинатальную психиатрию автор определяет как раздел детской психиатрии, посвященный изучению этиологии, патогенеза, клиники и распространенности, а также разработке методов диагностики, лечения, абилитации и профилактики психических расстройств у детей, возникающих на самых ранних этапах онтогенеза от зачатия до первых месяцев жизни после рождения в контексте взаимодействия ребенка с матерью и ее психического состояния.

Можно выделить еще несколько методов психотерапии, нередко используемых в сегодняшней психотерапевтической практике: детский психоанализ (выяснение взаимодействия сознательных и бессознательных элементов психики ребенка с целью переведения подавленных чувств и конфликтов в сознание, чем восстанавливается нормальный ход эмоционального развития); недирективный (Эриксоновский) гипноз (индивидуальный подход, где, прежде всего, используется косвенное воздействие, при котором на первый план выходит возможность

гипнотизера подстроиться под клиента), о котором упоминалось выше; процессуально ориентированную психотерапию, процессуальную работу (теоретическое и практическое направление в психологии, объединяющее широкий спектр областей, включая психотерапию, личностный рост и групповые процессы).

5.2. Психофармакотерапия

Одним из основных методов лечения психических заболеваний, кроме психотерапии, является ***психофармакотерапия*** — лекарственный метод лечения нервных и психических расстройств. Используются самые разные препараты, но, прежде всего, психофармакотерапия заключается в применении *психотропных средств*, без которых сложно представить современную медицину.

Вторую половину XX в. в истории развития психиатрии можно считать психофармакологической эрой. Открытие, интенсивное изучение и широчайшее применение в практике психотропных средств имело революционное значение для клинической и биологической психиатрии. Психофармакотерапия в настоящее время является наиболее распространенным в мире способом лечения душевных заболеваний. В отличие от других методов лечения психически больных, включая психотерапию и нелекарственные методы, она носит действительно массовый и повседневный характер. По данным ВОЗ, около 1/3 взрослого населения развитых стран принимают психофармакологические препараты. Это связано не только с достаточно высокой их эффективностью при умеренной частоте побочных явлений, но и с простотой и гибкостью применения [С. Н. Мосолов, 1996].

Именно благодаря успехам психофармакотерапии лечение психических заболеваний, включая тяжелые и хронические формы, оказалось возможным во внебольничных условиях, а содержание больных в психиатрических лечебницах стало приближаться к общемедицинским нормам. Психотропные лекарственные средства оказывают положительное влияние на болезненные психические процессы, что обеспечивается адекватным выбором препарата и его систематическим приемом.

Появляется новое поколение психотропных средств, которые обладают качественно более высокой переносимостью. Наиболее значимые сдвиги произошли в области антипсихотических препаратов, так называемых атипичных нейролептиков, которые в клинически эффективных дозах практически не вызывают экстрапирамидных побочных эффектов, и в отношении антидепрессантов, селективно блокирующих обратный захват серотонина или норадреналина и не обладающих холинолитическими, адренолитическими и другими побочными эффектами препаратов трициклической структуры.

Наблюдается значительный прогресс в области изучения биологических механизмов действия психотропных средств. Так, благодаря появлению техники связывания радиоизотопных лигандов в экспериментальных условиях, определяется сравнительная сила воздействия отдельных препаратов на те или иные виды нейрорецепторов, что позволяет понять некоторые клинические эффекты и синтезировать средства с заданными свойствами и, в первую очередь, значительно повысить их биологическую переносимость и избежать нежелательных лекарственных взаимодействий. Выяснение профиля нейромедиаторного и рецепторного действия отдельных препаратов позволило разработать более современную и клинически ориентированную нейрохимическую классификацию антипсихотических и тимоаналептических средств [С. Н. Мосолов, 1998].

Современные методы прижизненного сканирования мозга (компьютерная, позитронноэмиссионная, ядерномагниторезонансная, единичная протонноэмиссионная и спиновая томография, а также магниторезонансная спектроскопия и др.) помогли в значительной мере визуализировать механизм связывания психотропных средств с нейромедиаторными рецепторами в различных структурах мозга и понять некоторые клинические феномены.

На фоне применения современных психотропных средств существенно видоизменилась клиника и течение психических заболеваний. Заметно увеличилось число атипичных, стертых и скрытых форм с подострым затяжным или часто рецидивирующим течением, которые бывает нелегко распознать, чтобы назначить адекватную терапию.

У ряда старых препаратов были обнаружены новые показания. Например, антиконвульсанты (карбамазепин, соли вальпроевой кислоты) стали средством профилактики рецидивов аффективных психозов, почти забытые врачами ингибиторы МАО оказались более эффективны, чем трициклические антидепрессанты при атипичных депрессиях и социальной фобии, а некоторые трициклические антидепрессанты (кломипрамин) и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина стали с успехом применяться при панических атаках, обессивно-компульсивном, посттравматическом стрессовом и других тревожных расстройствах.

Современная психофармакотерапия характеризуется, к сожалению, и увеличением числа больных, когда ранее эффективная фармакотерапия уже оказывается недостаточно действенной, что требует введения в систему лечения новых препаратов, использования полипрагмазии с применением специальных противорезистентных мероприятий. Несмотря на многообразие имеющихся на рынке психотропных средств и декларируемую их высокую эффективность по различным показаниям, почти у трети больных терапия неэффективна. И виноваты в этом не только развивающаяся адаптация к препарату или явления терапевтической резистентности, но и, как правило, неумелое его использование (около 50 % случаев неэффективности терапии связано с ее неа-

декватным применением). Наиболее распространенными ошибками, помимо несвоевременного начала лечения, а также несоблюдения клинических показаний и противопоказаний к препарату, являются проведение шаблонной (без учета индивидуальных особенностей) терапии низкими дозами или, наоборот, частая смена, «жонглирование» препаратами без соблюдения экспозиции нужной длительности или преждевременная отмена терапии. Как известно, во многих случаях клинический эффект развивается постепенно и подавление актуальной психопатологической симптоматики еще не означает достижения стабильной ремиссии [С. Н. Мосолов и др., 2008].

Еще одной особенностью современного этапа психофармакотерапии является массовая полипрагмазия, т. е. широкое применение различных комбинаций психотропных средств. До 80—90 % больных как в стационаре, так и амбулаторно получают два или более психотропных препарата. К сожалению, комбинированная терапия нередко назначается без достаточных оснований и возможность лекарственных взаимодействий недоучитывается.

Все клинические факторы (нозологическая принадлежность, особенности манифестирования и течения заболевания, закономерности синдромообразования, психопатологические оттенки симптоматики, преморбидные характеристики, включая наследственно–генетические факторы и патологически измененную почву) способны давать удовлетворительный прогноз эффективности психофармакотерапии только в 40—50 % случаев. Различные эндогенные (физиологические, эндокринные, биохимические, фармакокинетические и др.) и внешние (социальные, стрессовые, экономические и др.) факторы позволяют повысить точность прогноза до 70—80 %. Тем не менее, от 20 до 30 % всего разнообразия оценок эффективности терапии приходится на неизвестные или неучтенные факторы. Эти данные свидетельствуют о том, что почти у трети больных, несмотря на адекватный подбор терапии в соответствии с точной клинической квалификацией и учетом других факторов, первый курс психофармакотерапии может оказаться неэффективным.

Современные характеристики разных групп психотропных препаратов и данные о механизмах, обеспечивающих функциональную активность барьера психической адаптации, позволяют лечащему врачу воздействовать на нарушенный адаптационный барьер с помощью активации различных звеньев единой функциональной системы психической адаптации.

Ю. А. Александровский с соавторами отмечает: «В одних случаях возможно «исправление» функциональной деятельности звена (или подсистемы), нарушения в котором привели к дезадаптированному состоянию. В других может быть и усиление (или даже перенапряжение) деятельности других звеньев (подсистем), которые в этом случае благодаря привлечению резервных возможностей компенсируют недостаточную активность нарушенного звена. Наблюдается также сочетание обоих факторов. В любом случае реализация лечебного эффекта

определяется перестройкой функциональной активности системы психической адаптации. Целью терапевтического вмешательства должно быть при этом оптимальное воздействие как на нарушенное звено в той или иной подсистеме (что соответствует так называемой патогенетической терапии, непосредственно «исправляющей» нарушения, определяющие болезненное состояние), так и на остальные звенья и подсистемы, с тем, чтобы усилить их заместительно-компенсирующую роль в отношении нарушенной активности определенного звена системы» [Ю. А. Александровский и др., 2000].

Говоря о роли психофармакологии в терапии пограничных психических расстройств, Н. В. Вострокнутов с соавторами замечают: «В настоящее время получила развитие психофармакология здорового человека, основная задача которой — сохранение здоровья и социально необходимой эффективности с помощью фармакологических и психофармакологических средств... при различных формах психической дезадаптации, ликвидации проявлений утомления и астении... Важно понимать, что использование психофармакологических средств оправдано лишь как дополнительная мера для сохранения хорошего самочувствия и устойчивой работоспособности человека. При этом эффект медикаментозного воздействия должен быть таким, чтобы его положительное влияние существенно превосходило возможные отрицательные последствия. Правильно подобранные фармакологические лекарственные и биологически активные средства способствуют повышению стрессоустойчивости или нивелированию неблагоприятных последствий психофизического напряжения» [Н. В. Вострокрутов и др., 2011].

Со времен J. Delay, P. Deniker [J. Delay, P. Deniker, 1961] основная структура современной классификации психотропных средств практически не изменилась, и хотя она носит достаточно условный характер, мы будем ее придерживаться.

При психофармакотерапии неврозов наиболее часто назначаются препараты следующих групп.

Ноотропные препараты (препараты нейрометаболического действия)

Термин «ноотропы» (от греч. «*noos*» — разум, мышление, «*tropos*» — стремление, направление, изменение) был предложен известным бельгийским фармакологом румынского происхождения К. Жиурджеа (C. Giurgea) в 1972 г. Он определил ноотропные средства, говоря современным языком, как вещества, оказывающие специфическое влияние на высшие интегративные функции мозга, облегчающие обучение, улучшающие память и умственную деятельность, повышающие устойчивость мозга к повреждающим факторам, улучшающие кортикально-субкортикальные связи.

Родоначальником группы стал препарат пирацетам, который К. Guirgea совместно с V. T. Skondia был синтезирован в фармфирме ИСВ (Бельгия) и внедрен в практику в 1963 г. Препарат нашел широкое примене-

ние для лечения различных нарушений функций центральной нервной системы, в том числе заболеваний, связанных с атеросклеротическими поражениями сосудов мозга, особенно у людей пожилого и старческого возраста, при заболеваниях нервной системы, сопровождающихся снижением интеллектуально-мнестических функций, при астенических состояниях, умственной отсталости у детей и других нервных и психических расстройствах. На сегодняшний день ноотропные препараты являются наиболее динамично развивающейся группой лекарственных средств. Эффект этих препаратов определяется, как уже говорилось, их способностью облегчать процессы обучения, способствовать усвоению новой информации, ее анализу, улучшению качества запоминания, а также повышению устойчивости мозга к повреждающим факторам, в случае возникновения стрессовых ситуаций (экстремальные физические нагрузки, гипоксия). Кроме этого, основными проявлениями ноотропного эффекта являются усиление мотивации и улучшение переключения с одного вида деятельности на другой [С. С. Бойко, Г. Ю. Вицкова, В. П. Жердев, 1997]. В случаях, когда причиной невроза является переутомление, необходимо восстановить энергетические способности нервной системы. Для этого применяются препараты, улучшающие кровоснабжение и обмен веществ в головном мозге.

По определению ВОЗ, к группе ноотропных препаратов относят лекарственные средства, способные оказывать прямое активирующее влияние на процессы обучения, улучшать память и умственную деятельность, а также повышать устойчивость мозга к агрессивным воздействиям. О чрезвычайной важности препаратов с ноотропным действием свидетельствуют данные о широком распространении их применения: по статистике ВОЗ, треть взрослого населения Европы и Японии принимает ноотропы, и их с полным основанием можно отнести к группе жизненно-важных препаратов [В. И. Ахапкина, Т. А. Воронина, 2005].

С появлением ноотропов впервые представилась возможность целенаправленного фармакологического воздействия на когнитивные функции и проявления психического и неврологического дефицита, формирующегося при органическом поражении головного мозга.

Этой группе уделим наибольшее внимание, так как в комплексной терапии пограничных психических расстройств, особенно в детском возрасте, они имеют определяющее значение.

Активация резервов мозга необходима практически при всех патологиях, в основе которых лежит первичное поражение мозговых структур. Даже если такое поражение не проявляется непосредственно, оно влияет на взаимодействие между структурами мозга, что фактически составляет патологическую базу многих психонервных заболеваний и, в частности, пограничных психических расстройств. Важно отметить, что тотальная, ненаправленная активация в ряде случаев может усугубить и даже закрепить существующие нарушения во взаимодействии между структурами головного мозга. Поэтому всякое такое воздействие, по нашему мнению, должно проводиться под тщательным объективным контролем за его работой.

Для активизации резервов мозга наиболее часто используются как классические ноотропы — препараты, являющиеся нейрометаболическими стимуляторами (ноотропил, луцетам, оксирацетам, анирацетам, прамирацетам и др.), так и вещества с ноотропным действием (пантогам, кавинтон, кортексин). Основной критерий истинных ноотропных средств — избирательная активация энергетического обмена в нервных клетках. Стимуляция резервов головного мозга ноотропами заключается в вовлечении нейронов (резервных или находящихся ранее под действием медленноволновых процессов) в формирование процессов альфа- и бета-ритмической активности. Кроме этого, напомним, что ЭЭГ-профиль многих ноотропов близок к профилю психостимуляторов.

К ноотропам относятся многочисленные препараты с различным химическим строением и механизмом действия. Для ряда препаратов улучшение памяти является ведущим фармакологическим эффектом (их иногда относят к «истинным» ноотропам, как, например, пирацетам и его аналоги). Для большинства средств ноотропное действие является лишь одним из компонентов фармакодинамики, то есть наряду с ноотропным такие препараты обладают широким спектром действия.

Ноотропный эффект также может быть связан с улучшением мозгового кровообращения, такие поливалентные препараты иногда обозначают как «нейропротекторы».

Эффект ряда ноотропных средств опосредуется через нейромедиаторные системы головного мозга, среди которых наиважнейшие: моноаминергическая (пирацетам вызывает увеличение содержания в мозге дофамина и норадреналина, некоторые другие ноотропы — серотонина); холинергическая (увеличение содержания ацетилхолина в синоптических окончаниях, улучшение церебральной холинергической проводимости); глутаматергическая (воздействие на NMDA-рецепторы).

Ноотропы оказывают также иные воздействия, среди которых:

- мембраностабилизирующее (регуляция синтеза фосфолипидов и белков в нервных клетках, стабилизация и нормализация структуры клеточных мембран);
- антиоксидантное (ингибирование образования свободных радикалов и перекисного окисления липидов клеточных мембран);
- антигипоксическое (снижение потребности нейронов в кислороде в условиях гипоксии);
- нейропротективное (повышение устойчивости нервных клеток к воздействию неблагоприятных факторов различного рода);
- противосудорожное;
- антиастеническое (устранение синдрома хронической усталости);
- повышение устойчивости к экстремальным воздействиям, повышение физической работоспособности.

Несмотря на разницу в спектрах эффектов, все ноотропные препараты обладают положительным влиянием на память и у них отсут-

ствуют ярко выраженные эффекты традиционных психотропных и кардиотропных препаратов.

Первоначально ноотропы использовались, в основном, при лечении нарушений функций головного мозга у пожилых пациентов с мозговыми нарушениями органического характера. С 1980-х гг. их стали широко применять в разных областях медицины, в том числе в неврологии, психиатрии, наркологии, гериатрии, акушерстве и педиатрии, поскольку ноотропные препараты характеризуются широким спектром фармакологических свойств, относительно низкой токсичностью, не обладают выраженным побочным действием.

Рекомендовано применение ноотропов и здоровым людям: для профилактики стрессогенных состояний и поддержания работоспособности в критических ситуациях, при естественном старении, при интоксикациях, переутомлении, депривации сна, болевых синдромах, стрессе, а также в качестве адаптогенного действия при повышенных физических и интеллектуальных нагрузках.

В детской практике показаниями к назначению ноотропов являются задержка психического, психомоторного и речевого развития, умственная отсталость, нейроциркуляторная дисфункция на резидуально–органическом фоне, последствия перинатальной энцефалопатии, а также различные по генезу энцефалопатии (постгипоксическая, посттравматическая, соматогенная), детский церебральный паралич, неврозы, трудности в обучении у детей с минимальной дисфункцией мозга (рассеянность, умственная утомляемость, синдром гиперактивности с дефицитом внимания, дислексия).

Исходя из всего сказанного, понятно, что особенностью применения ноотропных средств является возможность их использования как для больных, так и для здоровых людей.

Характеристика группы ноотропных препаратов. Пирролидоновые производные

В действии препаратов данной группы преобладает мнестический эффект (улучшение памяти, мыслительных процессов). Пирролидоновые ноотропные препараты (рацетамы) представляют собой лекарственные вещества преимущественно метаболитного действия (пирацетам, оксирацетам, анирацетам, прамирацетам, этирацетам, дипрацетам, ролзирацетам, небрацетам, изацетам, нефирацетсил, детирацетам и др.). Данные препараты, в основе химической формулы которых лежит пирролидоновое кольцо, сходное по строению с гамма-аминомасляной кислотой (ГАМК), оказывают позитивное действие на центральную нервную систему за счет ряда механизмов. Так, прямое воздействие на энергетические процессы в нейроне за счет повышения активности фермента аденилатциклазы, нормализует клеточный метаболизм. Кроме того, они стимулируют окислительно-восстановительные процессы, способствуют утилизации глюкозы нейроном и оказывают позитивное действие на регионарный церебральный кровоток благодаря снижению степени агрегации тромбоцитов. Сочетанное влияние на клеточный метаболизм и церебральный кровоток способствует достижению положительного эффекта в отношении когнитивных функций, например, улучшению межполушарной передачи информации, что объясняет позитивный эффект этих препаратов в отношении речевых нарушений. Важным является действие данных препаратов на вестибулярные ядра ствола головного мозга, что необходимо при лечении дисциркуляторной энцефалопатии и состояний, в клинической картине которых основное место занимают стволовые нарушения, например, при черепно-мозговой травме.

В клинической практике препараты данной фармакотерапевтической группы применяются в восстановительном периоде после инсульта и черепно-мозговой травмы, при дисциркуляторной энцефалопатии, постгипоксических состояниях, алкогольной или наркотической интоксикациях, в детской практике — при нервно-психических расстройствах, включая невротические, психосоматические, резидуально-неврологические синдромы.

Хотя на сегодняшний день синтезировано более 1500 веществ подобного строения, в лечебной практике используется чуть более 10 препаратов. Из них наиболее известны пирацетам, оксирацетам, анирацетам, этирацетам и прамирацетам. Благодаря общей химической структуре эти ноотропы получили название рацетамы. Особенностью пирацетама является то, что его фармакологическое действие проявляется только в условиях длительного повторного введения препарата в достаточно высоких дозах.

Пирацетам (**пирацетам** (Balkanpharma, Болгария; Акрихин, Россия), ноотропил (UCB S. A. Pharma Sector, Бельгия), луцетам (Egis, Венгрия)) в терапии детей целесообразно применять с осторожностью, так как в некоторых случаях они усиливают пароксизмальную активность в разных зонах коры головного мозга и стволовых структурах. Это неудивительно, ибо тотальное повышение энергетического обмена в клетках головного мозга захватывает также клетки патологических генераторов, возможно, даже в большей степени, чем другие клеточные структуры.

Международное наименование и дейтвующее вещество — пирацетам (piracetam).

Показания к применению: нарушение мозгового кровообращения, коматозные и субкоматозные состояния после травм и интоксикаций головного мозга, заболевания ЦНС, сопровождающиеся снижением интеллектуально-мнестических функций, депрессии, психоорганический синдром с преобладанием признаков астении и адинамии; в сочетании с нейролептиками — для устранения или предупреждения вызываемых ими соматовегетативных, неврологических или психических осложнений. Применяется в лечении детей при нарушениях работы головного мозга: неспособности к концентрации внимания, невозможности заниматься мыслительной работой длительное время, речевых

нарушениях. Назначается детям при умственной отсталости различной этиологии.

Форма выпуска: гранулы для приготовления сиропа (для детей), капсулы (1 капсула содержит пирацетама 400 мг, в упаковке по 60 штук), раствор для внутривенного и внутримышечного введения (20 % раствора в ампулах по 5 мл (1 г препарата в 1 ампуле), в упаковке по 10 штук), таблетки, покрытые оболочкой, по 200 мг, в упаковке по 120 штук (детская лекарственная форма).

Способ применения и дозы: внутрь (до еды), внутримышечно и внутривенно. При лечении хронических состояний пирацетам обычно применяют внутрь, начиная с 1200 мг/1,2 г (по 0,4 г 3 раза в сутки), и доводя дозу до 2,4 г, иногда до 3,2 г и более в сутки. Терапевтический эффект в этих случаях отмечается, как правило, через две-три недели после начала лечения. В последующем дозу снижают до 1,2—1,6 г (0,4 г 3—4 раза в сутки).

Детям назначают пирацетам в виде таблеток или сиропа, приготовленного из гранул. Таблетки назначают в следующих дозах: в возрасте до 5 лет — по 0,2 г 3 раза в день (до 0,8 г сутки); от 5 да 16 лет — по 0,4 г 3 раза в сутки (максимальная суточная доза — 1,8 г). Для приготовления сиропа в банку с гранулами добавляют дистиллированную или кипяченую воду в таком количестве, чтобы общий объем полученного сиропа равнялся 100 мл (по метке на банке). Детям в возрасте от года до пяти лет полученный сироп дают мерной чашечкой три раза в день по 10 мл (до 40 мл в сутки); от 5 до 16 лет — по 20 мл сиропа три раза в сутки. Максимальная суточная доза — 90 мл сиропа.

Курс лечения продолжается от двух-трех недель до двух-шести месяцев. При необходимости его повторяют через шесть-восемь недель.

При лечении пирацетамом (в гранулах) возможны аллергические реакции, проявления индивидуальной непереносимости в виде кожных высыпаний и желудочно-кишечных расстройств. Это связано со значительным количеством сахара в данной лекарственной форме. Детям, принимающим лекарство, норму сахара снижают на 20 г, при этом необходимо исключить из рациона сладости. Применение пирацетама противопоказано при острой почечной недостаточности и детям, страдающим диабетом.

Благодаря активному поиску новых ноотропных препаратов был создан ряд «модифицированных» аналогов пирацетама (этирацетам, оксирацетам, анирацетам) [Н. П. Шабалов, А. А. Скоромец и др., 2001]. В СССР ресинтез пирацетама осуществлен в ВНИХФИ имени С. Орджоникидзе. На сегодняшний день в РФ пирацетам остается наиболее широко применяемым ноотропным препаратом.

ГАМК-ергические препараты

Механизмы ноотропного эффекта, оказываемого ГАМК-ергическими веществами, связаны с усилением энергетических процессов в головном мозге за счет усиления синтеза гамма-аминомасляной кислоты,

способствующей утилизации глюкозы клетками мозга и улучшению церебрального кровотока.

ГАМК является биогенным веществом. Содержится в ЦНС и принимает участие в нейромедиаторных и метаболических процессах в мозге. Установлено, что ГАМК является основным медиатором, участвующим в процессах центрального торможения. Под влиянием ГАМК активируются также энергетические процессы мозга, повышается дыхательная активность тканей. Действие ГАМК в ЦНС осуществляется путем ее взаимодействия со специфическими ГАМК-ергическими рецепторами, которые в последнее время подразделяют на ГАМК-А и ГАМК-Б-рецепторы. Данным механизмом действия также обладает пирацетам, который является циклическим аналогом ГАМК.

Наличие ГАМК в ЦНС было обнаружено в середине 1950-х гг. прошлого столетия, и вскоре был осуществлен ее синтез. В конце 1960-х гг. под названием «Гаммалон» ГАМК была предложена для применения в качестве лекарственного средства за рубежом, затем — под названием «Аминалон» — в нашей стране.

Препараты данной группы являются производными гамма-аминомасляной кислоты. Это пантогам, фенибут, фенотропил. Это и сама гамма-аминомасляная кислота (ГАМК) — аминалон, а также препараты, которые сочетают свойства ГАМК и других веществ. Одним из примеров такого сочетания является пикамилон (сочетание ГАМК и никотиновой кислоты).

В нашей работе мы широко применяем пантогам (ПИК-ФАРМА; ИМГ РАН ГУ, Россия), кислоту гопантотеновую (кальция гопантенат — Уфа-ВИТА, Россия; сироп — ПИК-ФАРМА, «Московская фармацевтическая фабрика», Россия) — кальциевую соль Д-гомопантеиновой кислоты, имеющую по своим свойствам сходство с ГАМК и пантотеновой кислотой.

Международное наименование — гопантеновая кислота (Hopantenic acid).

Пантогам (pantogam) — ноотропное средство, обладает нейрометаболическими, нейропротекторными и нейротрофическими свойствами. Повышает устойчивость мозга к гипоксии и воздействию токсичных веществ, стимулирует анаболические процессы в нейронах, сочетает умеренное седативное действие с мягким стимулирующим эффектом, обладает противосудорожным действием, уменьшает моторную возбудимость с одновременным упорядочением поведения. Повышает умственную и физическую работоспособность. Проявляет анальгезирующее действие.

Действующим веществом пантогама является гопантеновая кислота, которая по своему действию отличается от большинства других ноотропов — таких, как пирацетам, ноотропил и другие. Наполовину она является витамином (пантотеновая кислота — витамин В15), а наполовину — медиатором головного мозга, отвечающим за такие

физиологические процессы, как сон, равновесие процессов возбуждения и торможения (ГАМК). Основное действие этой части молекулы пантогама — успокаивающее, противосудорожное, снотворное. Поэтому применяется он при всех заболеваниях и состояниях, связанных с повышенной возбудимостью, нарушением сна, судорожной готовностью. Эти состояния часто возникают в детской психоневрологии, сопровождая перинатальную энцефалопатию, гидроцефалию, посттравматические повреждения мозга, детский церебральный паралич, пограничные психические заболевания.

Основные ноотропные препараты, являясь, конечно же, эффективными, имеют один важный недостаток: если он применяется у детей, то вызывает эффект повышенной возбудимости, импульсивности, раздражительности, бессонницы, что объясняется усилением обмена веществ в головном мозге, субъективно тяжело переносимым ребенком. Пантогам, напротив, действует мягко, не нарушая сна и мыслительной деятельности. Поэтому он, не требуя дополнительного применения седативных средств, эффективен при когнитивных расстройствах, нарушениях речи, синдроме гиперактивности, не обнаруживая негативных побочных эффектов. Пантогам, таким образом, является одним из самых удачных и эффективных препаратов в детской психоневрологии.

При одноразовом применении этот препарат не оказывает заметного влияния на ЭЭГ, но имеет выраженное противосудорожное действие. Кроме того, пантогам снижает спонтанную двигательную активность, повышает устойчивость к гипоксии, снижает агрессивность и вызывает пролонгирование действия барбитуратов [Г. В. Ковалев, 1990; С. Н. Мосолов, 1996], не теряя при этом таких важных свойств, как улучшение памяти, повышение работоспособности, увеличение концентрации внимания. Имеются данные, что пантогам увеличивает количество межнейронных соединений за счет включения дополнительных связей в обход нарушенных [Ковлер, Авакумов, 1980], пролонгирует и несколько усиливает действие бензодиазепинов (клоназепама и др.), что позволяет снизить суточную дозу последних при их совместном приеме. В то же время многодневное (в течение шести и более недель) его применение вызывает увеличение мощности альфа- и бета-ритмической активности, то есть соответствует действию психостимуляторов. Понятно, что указанные процессы должны занимать длительный отрезок времени. Важно то, что они идут в нужном для компенсации нарушенных механизмов мозга направлении.

Лекарственная форма: сироп (сироп 10 %; флакон темного стекла 100 мл с дозировочной ложкой номинальным объемом 5 мл и с риской с маркировкой — «1/2», что соответствует 2,5 мл, или с мерной ложкой номинальным объемом 5 мл и рисками с маркировкой — «1/4» и «1/2», что соответствует 1,25 и 2,5 мл); таблетки (50 таблеток в упаковке, по 0,25 г).

Применяется пантогам внутрь, через 15—30 минут после еды. Разовая доза для детей — 0,25—0,5 г; суточная доза — 0,75—3 г. Курс лечения — 1—4 месяца, в отдельных случаях — до 6 месяцев. Через 2—4 месяца возможно проведение повторного курса лечения. Сироп детям: разовая доза — 2,5—5 мл (0,25—0,5 г), суточная — 7,5—30 мл (0,75—3 г). Курс лечения — 1—4 месяца, допустимо — до 6 месяцев. Через 2—4 месяца возможно проведение повторного курса лечения.

Детям при умственной недостаточности и олигофрении — по 0,5 г 4—6 раз в сутки, ежедневно, в течение 3 месяцев; при задержке речевого развития — по 0,5 г 3—4 раза в сутки в течение 2—3 месяцев. В качестве корректора при нейролептическом синдроме детям — по 0,25—0,5 г 3—4 раза в сутки. Курс лечения — 1—3 мес. При эпилепсии детям — по 0,25—0,5 г 3—4 раза в сутки, ежедневно, в течение длительного времени (до 6 месяцев). Детям при тиках — по 0,25—0,5 г 3—6 раз в сутки, ежедневно, в течение 1—4 месяцев. При нарушении мочеиспускания детям — 0,25—0,5 г (суточная доза — 25—50 мг/кг). Курс лечения — 1—3 месяца.

Возраст детей	Суточная доза
до 1 года	0,5—1 г
1—3 года	1,5—2 г
3—15 лет	2,5—3 г

Тактика назначения препарата может быть следующей: наращивание дозы в течение 7—12 дней, прием в максимальной дозе в течение 15—70 дней и постепенное снижение дозы в течение 7—8 дней до отмены пантогама. Курс лечения — 60—120 дней с обязательным перерывом в течение 1—3 месяцев между последующим приемом.

Сходным действием с ноотропами обладает пикамилон, фенибут, аминалон.

Пикамилон (Picamilonum) (Фармстандарт-Уфавита Уфимский витаминный завод, Эхо НПК, Россия).

Международное наименование — никотиноил гамма-аминомасляная кислота (nicotinoyl gamma-aminobutyric acid).

Ноотропный препарат. В химическом отношении препарат представляет собой сочетание молекулы гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) и никотиновой кислоты (витамин РР). Улучшает функциональное состояние мозга за счет нормализации метаболизма и влияния на мозговое кровообращение. Увеличивает объемную и линейную скорость мозгового кровотока, уменьшает сопротивление мозговых сосудов, улучшает микроциркуляцию. Оказывает антигипоксическое, антиоксидантное и антиагрегантное действие. При курсовом приеме препарата отмечается восстановление физической и умственной работоспособности, уменьшение головной боли, головокружения, улучшение памяти, нормализация сна, снижение или исчезновение чувства тревоги, напряжения, страха. Прием препарата способствует улучше-

нию состояния больных с двигательными и речевыми нарушениями. Пикамилон улучшает микроциркуляцию и гемодинамику в параорбитальной области, способствует улучшению кровоснабжения внутренних органов.

Синтезированный в 1969 г. Всесоюзным научно-исследовательским витаминным институтом и изученный в НИИ фармакологии РАМН, препарат был внедрен в медицинскую практику в 1986 г., и к настоящему времени накоплен достаточно большой опыт его клинического применения. В результате обширных клинических испытаний пикамилон был оценен как эффективное средство метаболической терапии, удачно сочетающее выраженные вазоактивные свойства, ноотропное действие и транквилизирующий эффект. В этом и состоит уникальность пикамилона, выгодно отличающая его от известных вазоактивных и ноотропных препаратов и позволяющая назначать его при широком круге заболеваний.

Пикамилон выпускается в таблетках: по 30 таблеток по 0,02 г 1 таблетка содержит 20 мг натриевой соли N-никотиноил-гамма-аминомасляной кислоты) и по 30 таблеток по 0,05 г (1 таблетка содержит 50 мг натриевой соли N-никотиноил-гамма-аминомасляной кислоты), а также в растворе для внутривенного и внутримышечного введения.

Способ применения: внутрь, независимо от приема пищи.

Суточная доза для детей — 10—150 мг в зависимости от возраста. К примеру, детям при астенических состояниях, невротических реакциях, функциональных расстройствах мочеиспускания в возрасте 3—10 лет пикамилон назначают по 20 мг 2 раза в сутки, детям старше 10 лет — по 20 мг 3 раза в сутки, старше 15 лет — по 50 мг 3 раза в сутки. Курс лечения — 30—45 дней.

Фенибут (phenibutum) (Белмедпрапараты, Беларусь; Московский эндокринный завод, Россия; Олайнфарм, Латвия).

Международное название — аминофенилмасляная кислота (γ-амино-β-фенилмаслянная кислоты гидрохлорид).

Действующее вещество — аминофенилмасляная кислота (Aminophenylbutyric acid).

Фенибут был синтезирован в ЛПИ имени Герцена профессором В. В. Перекалиным и изучен в НИИЭМ РАМН. Препарат в середине 1970-х гг. был когда-то одним из лекарственных средств, обязательно входящих в аптечку космонавта.

По химической структуре является одной из производных ГАМК (фенильное производное) и производным фенилэтиламина. Облегчает ГАМК-опосредованную передачу нервных импульсов в ЦНС (прямое воздействие на ГАМК-рецепторы). Фенибут обладает свойствами ноотропов, но в то же время оказывает транквилизирующее действие, уменьшает напряженность, тревогу, улучшает сон; удлиняет и усиливает действие снотворных, наркотических, нейролептических веществ; оказывает противосудорожное действие. Улучшает психологические показатели (внимание, память, скорость и точность сенсорно-моторных реакций). При курсовом приеме повышает физическую и умственную работоспособность, улучшает память, нормализует сон; улучшает состояние больных с двигательными и речевыми нарушениями. У больных астенией с первых дней терапии улучшается самочувствие; повышает интерес и инициативу (мотивация деятельности) без седации или возбуждения.

В клинической практике применяется при астенических и тревожно-невротических состояниях, беспокойстве, бессоннице, гиперактивности. Детям назначается также при тиках и заикании. Усиливает действие антипаркинсонических средств, что позволяет предполагать наличие у препарата дофаминергического компонента [М. Д. Машковский, 1997]. Мы применяем фенибут также в случаях выраженного невротического компонента или при наличии упорного нарушения сна у детей в дозе 12,5—25 мг на ночь (в одноразовом приеме) в течение 3—4 недель.

Состав и форма выпуска: таблетки по 100 мг и 250 мг в контурной ячейковой упаковке 10 шт.; в пачке картонной по одной или две упаковки.

Способ применения и дозы: внутрь, после еды или независимо от приема пищи. Детям до 8 лет — по 0,05—0,1 г на прием; от 8 до 14 лет — 0,25 г на прием. Высшие разовые дозы: детям до 8 лет — 0,15 г, 8—14 лет — 0,3 г.

Аминалон (aminalonum).

Синонимы: гаммалон, ганеврин, Apogamma, GABA, Gaballon, Gamarex, Gammaneuron, Gammar, Gammasol, Mielogen, Mielomade и др.

Действующее вещество: гамма-аминомасляная кислота (Gamma-aminobutyric acid).

У детей аминалон применяют при отсталости умственного развития с пониженной психической активностью, при черепно-мозговых травмах, церебральном параличе, последствиях родовой травмы.

Аминалон весьма мало токсичен. Хорошо переносится больными разного возраста. В отдельных случаях возможны диспепсические явления, нарушение сна, ощущение жара, колебания артериального давления (в первые дни лечения). При уменьшении дозы эти явления обычно быстро проходят.

Способ применения и дозы: принимают внутрь, до еды. Детям в зависимости от возраста дают от 0,5 до 3 г в сутки. Курс лечения продолжается от 2—3 недель до 2—6 месяцев. При необходимости проводят повторные курсы лечения.

Форма выпуска: таблетки по 0,25 г, покрытые оболочкой (белого или белого с кремоватым оттенком цвета), в упаковке по 100 штук.

Наиболее популярный аналог аминалона — гаммалон. Выпускается в таблетках (1 таблетка содержит гамма-аминомасляной кислоты 250 мг); в коробке 100 или 10 блистеров по 10 шт. Назначается внутрь, до еды. Детям от 1 года до 3 лет — по 1—2 г в сутки, 4—6 лет — по 2—3 г в сутки, старше 7 лет — по 3 г в сутки. Суточную дозу делят на 3 приема. Длительность лечения — от 2 недель до 4 месяцев.

Препараты, усиливающие холинергические процессы

Механизм действия препаратов этой группы основан на усилении холинергической передачи в головном мозге и накоплению ацетилхолина за счет ингибирования фермента ацетилхолинэстеразы, его разрушающего, либо за счет усиления синтеза самого ацетилхолина. Холинергические препараты в настоящее время являются основной фармакотерапевтической группой, использующейся для симптоматического лечения болезни Альцгеймера (в основном применяются ингибиторы холинэстеразы).

Глиатилин (gliatilin) (CSC, Италия), **холина альфосцерат** (расфасовка Фармкор Продакшн, Россия).

Холиномиметик центрального действия с преимущественным влиянием на ЦНС. В состав препарата входит 40,5 % метаболически защищенного холина. Метаболическая защита обеспечивает высвобождение холина в головном мозге.

В организме расщепляется под действием ферментов на холин и глицерофосфат: холин участвует в биосинтезе ацетилхолина — одного из основных медиаторов нервного возбуждения; глицерофосфат является предшественником фосфолипидов (фосфатидилхолина) нейронной мембраны. Улучшает передачу нервных импульсов в холинергических нейронах; положительно воздействует на пластичность нейрональных мембран и на функцию рецепторов. Улучшает церебральный кровоток, усиливает метаболические процессы в головном мозге, активирует структуры ретикулярной формации головного мозга и восстанавливает сознание при травматическом поражении головного мозга.

Показания к применению: острый период черепно-мозговой травмы с преимущественно стволовым уровнем поражения (нарушение сознания, коматозное состояние); дегенеративные или инволюционные мозговые психоорганические синдромы и последствия цереброваскулярной недостаточности (болезнь Альгеймера и мультиинфарктные деменции); состояния, характеризующиеся нарушениями памяти, спутанностью сознания, дезориентацией, снижением мотивации, инициативности, способности концентрации; изменения в эмоциональной и поведенческой сфере: эмоциональная нестабильность, раздражительность, снижение интереса.

Способ применения и дозы: внутрь, до еды, внутримышечно и внутривенно (очень медленно). Детям назначают от 400 мг до 1000 мг в сутки в один или два приема. Продолжительность лечения составляет 3—6 месяцев. Мы назначаем глиатилин в капсулах (400 мг) дважды в день до приема пищи, курсовая длительность — 2 месяца.

Состав и форма выпуска: глиатилин, капсулы (холина альфосцерат — 400 мг в 1 капсуле) в контурной ячейковой упаковке 14 шт.; в коробке 1 упаковка; раствор для внутримышечного и внутривенного введения (холина альфосцерат — 1000 мг в 1 ампуле) в ампулах по 4 мл; растворитель: вода для инъекций по 4 мл; в коробке 3 ампулы.

Лецитин (фосфатидилхолин) (Lecital, США; NSP, Ювикс фарма, VitaLine, Россия).

Один из основных фосфолипидов, входящий в состав практически всех клеточных мембран головного мозга. Относится к биологическим активным добавкам (БАД).

Лецитин является основополагающим химическим веществом для формированния межклеточного пространства, нормального функционирования нервной системы, нормальной рабочей деятельности мозговых клеток. Лецитин обеспечивает транспортировку питательных веществ, витаминов и лекарственных веществ к клеткам, благотворно влияет на умственное развитие, улучшает память. Являясь антиоксидантом, предупреждает образование высокотоксичных свободных радикалов в организме. Употребление лецитина способствует профилактике и терапии болезней, связанных с нарушением деятельности нервной системы.

Применяется при астении различного генеза, компенсации последствий черепно-мозговой травмы, при речевых расстройствах (задержки формирования функции речи, заикание), нарушении чтения и письма, нарушении внимания, памяти и поведения у детей, функциональных нарушениях нервной и психической деятельности, травматических и инфекционных заболеваниях нервной системы.

Употребляется в виде пищевой добавки в различные холодные блюда по 1—2 чайной ложке для детей до 12 лет и 1—2 столовых ложки — после 12 лет, или по 1 капсуле (520 мг или 350 мг) 2—3 раза в сутки. Длительность курса 45—60 дней.

Неплохо зарекомендовал себя у детей старше 14 лет Доппельгерц актив Лецитин Комплекс в капсулах (лецитин — 500 мг, витамин Е (α-токоферола ацетат) — 15 мг, никотинамид — 13,5 мг, витамин B_2 (рибофлавин) — 2,4 мг, витамин B_6 (пиридоксина гидрохлорид) — 2,4 мг, витамин B_1 (тиамина нитрат) — 2,1 мг, фолиевая кислота — 200 мкг, витамин B_{12} (цианокобаламин) — 3 мкг), который принимается внутрь, во время еды, по 1 капсуле в день.

Глутаматергические препараты

При различных заболеваниях нервной системы, ведущих к нарушениям памяти или возникновению апоптоза (апоптоз (от греч. «απόπτωσις» — опадание листьев, отпадающий) — запрограммированной гибели клетки в ответ на внешние или внутренние сигналы, регулируемого процесса самоликвидации на клеточном уровне, в результате которого клетка фрагментируется на отдельные апоптотические тельца), происходит активация глутамата (т. н. возбуждающей аминокислоты, основного возбуждающего нейротрансмиттера в ЦНС) и стимуляция NMDA-рецепторов (ионотропных рецепторов глутамата), что приводит к нарушению метаболизма ацетилхолина и прогрессированию заболевания. Глутаматергические препараты и являются как раз антагонистами NMDA-рецепторов. Их действие направлено на увеличе-

ние уровеня ацетилхолина в головном мозге, что уменьшает выраженность нарушений памяти, речи и внимания.

Глицин (аминоуксусная кислота, аминоэтановая кислота).

Международное наименование — глицин (glycine).

Аминокислота, которая наряду с ГАМК и глутаминовой кислотой является одним из основных тормозных нейромедиаторов головного мозга. Это заменимая аминокислота, единственная аминокислота, не имеющая оптических изомеров. Название глицина происходит от древне-греч. «*glycis*» — сладкий. Относится к метаболическим средствам.

Центральный нейромедиатор тормозного типа действия. Улучшает метаболические процессы в тканях мозга, оказывает антидепрессивное и седативное действие. Обладает глицин- и ГАМК-ергическим, альфа1-адреноблокирующим, антиоксидантным и антитоксическим действием, регулирует деятельность глутаматных (NMDA) рецепторов, за счет чего нормализует и активирует процессы защитного торможения в центральной нервной системе, уменьшает психоэмоциональное напряжение, агрессивность, конфликтность, повышает умственную работоспособность, повышает социальную адаптацию, улучшает настроение, облегчает засыпание и нормализует сон, уменьшает выраженность вегетативно-сосудистых нарушений и общемозговых расстройств при ишемическом инсульте и черепно-мозговой травме. Эффективен в качестве вспомогательного средства при эпилептических приступах. Является регулятором обмена веществ. Применяется также в комплексной терапии нарушений мозгового кровообращения, при психоорганическом синдроме [Е. В. Малинина, 2000].

Фирма «Биотики», выпускающая глицин, основанная на базе Лаборатории высокомолекулярных соединений (Россия), на основании клинических испытаний рекомендует применять препарат при ослаблении нервной системы, наличии тревоги, депрессивных нарушений, повышенной раздражительности, а также здоровыми людьми при переутомлении.

Лекарственная форма: таблетки сублингвальные. В состав входят: глицин — 0,1 г, вспомогательные вещества (магния стеарат, метилцеллюлоза водорастворимая). Выпускается в таблетках по 0,1 г (10 или 50 шт. в упаковке) [М. Д. Машковский, 1997, с. 131].

Детям старше 3 лет назначают по 1 таблетке 2—3 раза в день, курс лечения 7—14 дней. Курс лечения можно увеличить до 30 дней, при необходимости курс через месяц повторяют.

Нами подтверждено положительное влияние глицина при неврозах. Курс от 2—3 недель (при умеренной астении и профилактически) до 1—2 месяцев по 1—2 таблетки 2—3 раза в день сублингвально.

Мемантин.

Торговое наименование: Акатинол Мемантин (MERZ PHARMA GmbH & Co. KGaA).

Действующее вещество — мемантин (memantin).

Препарат улучшает мозговой метаболизм, оказывает миорелаксирующий эффект. Являясь неконкурентным антагонистом N-метил-D—аспартат-рецепторов, оказывает модулирующее действие на глутаматергическую систему. Регулирует ионный транспорт, блокирует кальциевые каналы, нормализует мембранный потенциал, улучшает процесс передачи нервного импульса. Препарат улучшает когнитивные процессы, память и способность к обучению, повышает повседневную активность.

Показания к применению: нарушения функции мозга легкой и средней степеней тяжести в виде ослабления памяти, снижения интереса к окружающему, снижения способности к концентрации внимания, астенизации.

Акатинол-мемантин хорошо сочетается с рисполептом, фенибутом. Для усления ноотропного эффекта акатинола-мемантина возможно его сочетание с глиатилином, кортексином. Глиатилин и кортексин лучше присоединять ко второму или третьему курсу акатинола-мемантина.

Форма выпуска: капли для приема внутрь (флакон 50 и 100 мл; 1 мл капель содержит 10 мг мемантина), таблетки по 10 мг (блистеры, в упаковке 30 и 90 шт.).

Способ применения и дозы: внутрь, во время еды. Режим дозирования устанавливают индивидуально, лечение рекомендуется начинать с минимально эффективных доз. Детям после года назначается из расчета 0,5 мг/кг/сутки или 1 капля на 1 кг массы тела.

Рекомендуется принимать препарат по схеме:

- 1/4 табл. один раз утром — три дня;
- 1/2 табл. один раз утром — три дня;
- 3/4 табл. один раз утром — три дня;
- 1 табл. (если вес ребенка 20 кг и более) 1 раз утром — 1 месяц.

Если есть положительная динамика в конце первого месяца приема препарата (улучшение внимания, увеличение продолжительности и эффективности занятий с логопедом-дефектологом, появление интереса к окружающему миру, принятие взрослого в игру, или следит за взрослым в игре, или начал принимать пассивное участие в игре и т. д.), то длительность терапии акатинолом-мемантином должна составлять от 3 до 9 месяцев.

Нейропептиды и их аналоги

Несмотря на последние успехи фармакотерапии в лечении психических расстройств, понимания их природы, будущее психофармакологии, скорее всего, остается за нейропептидами направленного полушарного действия, особенно для детей, страдающих пограничными психическими расстройствами.

Нейропептиды — разновидность пептидов, которые синтезируются в нервных клетках, например эндорфины, энкефалины. Они выполняют в организме роль регуляторов физических функций. Нейропептиды осу-

ществляют контроль за экспрессией вторичных клеточных мессенджеров (вестников, курьеров — с английского), цитокинов (небольших пептидных информационных молекул) и других сигнальных молекул, а также за запуском генетических программ апоптоза, антиапоптозной защиты, усиления нейротрофического обеспечения.

Такие регуляторные (модуляторные) влияния устраняют общую дезинтеграцию во взаимодействии сложных и часто разнонаправленных молекулярно-биохимических механизмов, восстанавливая их нормальный баланс. Особо важную роль играют эндогенные регуляторы функций ЦНС — нейропептиды. Их молекулы, представляющие собой короткие аминокислотные цепи, «нарезаются» из более крупных белковых молекул. И хотя они существуют всего несколько секунд, длительность их действия может измеряться часами.

Данная группа на сегодняшнем фармакологическом рынке в основном представлена несколькими препаратами: церебролизином, семаксом, кортексином, церебрамином. Однако поиски в этом направлении продолжаются, и можно ожидать, что удастся обнаружить целый ряд пептидов, специфических для локальных структур мозга левого и правого полушарий. Направленное воздействие таких веществ поможет значительно быстрее компенсировать дефицит функций мозга, в том числе и относящихся к процессам речи и ее патологии в разных формах. Некоторые их них прошли лабораторно-клиническую апробацию. Так, применение одного из таких нейропептидов — аргинин-вазопрессина на больных с поражениями коры левого полушария головного мозга (в результате инсульта или других травм), приводило к более быстрой реабилитации и восстановлению утраченных функций, в том числе и речи [Вартанян, Клементьев, 1990].

Кортексин (cortexinum) (ГЕРОФАРМ, Россия).

Действующее вещество — полипептиды коры головного мозга скота.

Пептидный биорегулятор, обладающий тканеспецифическим действием на кору головного мозга, оказывающий метаболическое, церебропротективное, ноотропное и противосудорожное действие, улучшает мозговой метаболизм. Кортексин представляет собой лиофилизат, полученный путем уксуснокислой экстракции из коры головного мозга крупного рогатого скота или свиней, содержащий низкомолекулярные активные нейропептиды, молекулярный вес которых не превышает 10 000 дальтон, достаточный для проникновения через гематоэнцефалический барьер. Препарат снижает токсические эффекты нейротропных веществ, улучшает процессы обучения и памяти, стимулирует репаративные процессы в головном мозге, ускоряет восстановление функций головного мозга после стрессорных воздействий. Механизм действия кортексина связан с его метаболической активностью: препарат регулирует соотношение тормозных и возбуждающих аминокислот, уровень серотонина и дофамина, оказывает ГАМК-ергическое

влияние, обладает антиоксидантной активностью и способностью восстанавливать биоэлектрическую активность головного мозга [А. А. Скоромец, М. М. Дьяконов, 2005].

Показания к применению: в комплексной терапии: нарушение мозгового кровообращения; черепно-мозговая травма и ее последствия; энцефалопатии различного генеза; когнитивные нарушения (расстройства памяти и мышления); острый и хронический энцефалит и энцефаломиелит; эпилепсия; астенические состояния (надсегментарные вегетативные расстройства); сниженная способность к обучению; задержка психомоторного и речевого развития у детей; различные формы детского церебрального паралича.

Состав и форма выпуска: в 1 флаконе: лиофилизат для приготовления раствора для внутримышечного введения; кортексин (комплекс водорастворимых полипептидных фракций) — 10 мг; глицин (стабилизатор) — 12 мг. Выпускается во флаконах по 10 мг; в пачке картонной 10 флаконов.

Применяется однократно в сутки (10 мг), внутримышечно (содержимое флакона перед инъекцией растворяют в 1—2 мл 0,5 % раствора прокаина (новокаина), воды для инъекций или 0,9 % раствора натрия хлорида) ежедневно в течение 5—10 дней (повторный курс — через 3—6 месяца). Детям с массой тела до 20 кг — в дозе 0,5 мг/кг, с массой тела более 20 кг — в дозе 10 мг.

Церебролизин (cerebrolyzin).

МНН отсутствует. Представляет комплекс нейропептидов (15 %), свободных аминокислот (85 %) и микроэлементов, полученных из головного мозга молодых свиней. Данный препарат обладает мультимодальным действием — повышает интенсивность энергетического обмена, синтез белков в головном мозге, тормозит высвобождение глутамата, улучшает мозговой кровоток. Необходимо отметить, что данный препарат является одним из немногих высокоэффективных нейропротекторов, которые можно использовать в педиатрии и даже назначать новорожденным.

Низкомолекулярные биологически активные нейропептиды проникают через гематоэнцефалический барьер и непосредственно поступают к нервным клеткам. Препарат обладает органоспецифическим мультимодальным действием на головной мозг, т. е. обеспечивает метаболическую регуляцию, нейропротекцию, функциональную нейромодуляцию и нейротрофическую активность.

Показания к применению: травматические повреждения головного и спинного мозга, хроническая цереброваскулярная патология, задержка умственного развития и расстройства, связанные с дефицитом внимания у детей; в комплексной терапии эндогенной депрессии, резистентной к антидепрессантам; астено-невротические расстройства.

Лекарственная форма: раствор для инъекций (по 1, 5 и 10 мл в ампуле).

Состав: 1 мл водного раствора препарата содержит 215,2 мг концентрата церебролизина (комплекс пептидов, полученных из головного мозга свиньи). Активная фракция церебролизина представлена пептидами, молекулярный вес которых не превышает 10 000 дальтон.

Способ применения и дозы: применяется только парентерально, в виде внутримышечных инъекций. Детям назначается по 1—2 мл (до 1 мл на 10 кг массы тела), ежедневно, в течение месяца, с повторением курса 2—3 раза в год. Дозы и продолжительность лечения зависят от характера и тяжести заболевания, а также от возраста больного. Стандартная продолжительность курса лечения — 4 недели (5 инъекций в неделю, желательно — ежедневно).

Семакс.

Действующее вещество — семакс (semax).

Является синтетическим аналогом адренокортикотропного гормона, представляющего собой гептапептид и лишенного гормональной (адренокортикотропной) активности и проявляет выраженное ноотропное и адаптогенное действие. По сути, это синтетический пептидный ноотропный препарат. Семакс содержит семь природных L—аминокислот (метионин, глутамин, гистидин, фениланин, пролил, глицин и пролин). Механизм действия семакса основан на адаптивных изменениях клеточного метаболизма лимбической системы. Эти изменения приводят к увеличенной продукции цикло-АМР. Кроме этого, семакс влияет на уровень моноаминов, ацетилхолинэстеразную активность и допаминовые рецепторы ЦНС.

Семакс влияет на процессы, связанные с формированием памяти и обучением, улучшая их путем усиления консолидации памятного следа, избирательного внимания при обучении и анализе информации. Ослабляет психическую усталость, облегчает концентрацию внимания в условиях нервно-психического утомления, способствует сохранению умственной работоспособности и ускоряет ее восстановление.

Показания к применению: интеллектуально-мнестические расстройства при сосудистых поражениях головного мозга; состояния после ЧМТ, нейрохирургических операций и наркоза; дисциркуляторная энцефалопатия; повышение адаптационных возможностей организма человека в экстремальных ситуациях; профилактика психического утомления при монотонной операторской деятельности в наиболее напряженные периоды работы в стрессовых условиях; в качестве ноотропного средства у детей в возрасте от 5 лет при лечении минимальных дисфункций мозга (в том числе, синдрома дефицита внимания с гиперактивностью).

Способ применения и дозы: у детей при минимальных дисфункциях мозга препарат закапывается по 1—2 капли в каждый носовой ход 2 раза в день (утром и днем). Суточная доза — 200—400 мкг. Курс лечения — 1 месяц.

Состав и форма выпуска: капли назальные 0,1 % (семакс (в пересчете на 100 % вещество) — 1 г); капли назальные 1 % (семакс (в пересчете на 100 % вещество) — 10 г) во флаконах с пробкой-пипеткой, дозирующей по 3 мл; в пачке картонной 1 флакон.

Семакс не имеет гормональной активности, не токсичен, не вызывает аллергические реакции, не вызывает привыкания.

Антиоксиданты и мембранопротекторы

Препараты данной группы способствуют повышению устойчивости ткани мозга к гипоксии, способны стабилизировать клеточные мембраны и улучшать их функциональное состояние. Данные препараты так же, как и другие ноотропы, усиливают транспорт глюкозы через гематоэнцефалический барьер, повышают ее утилизацию в условиях, когда потребление кислорода тканями снижено.

Энцефабол.

Действующее вещество — пиритинол (pyritinol).

Пиритинол повышает патологически сниженный метаболизм в головном мозге с помощью увеличения захвата и утилизации глюкозы, повышает метаболизм нуклеиновых кислот и высвобождение ацетилхолина в синапсах нервных клеток, улучшает холинергическую передачу между клетками нервной ткани. Пиритинол способствует стабилизации структуры клеточной мембраны нервных клеток и их функции с помощью ингибирования ферментов лизосом, предотвращая этим образование свободных радикалов.

Показания: симптоматическое лечение хронических нарушений функций головного мозга при синдромах деменции с нарушениями памяти, концентрационной способности и мышления, быстрой утомляемостью, недостаточностью побуждений и мотиваций, аффективными расстройствами; симптоматическая терапия хронических нарушений умственной работоспособности; посттравматическая энцефалопатия; церебральный атеросклероз; задержка психического развития, цереброастенический синдром, энцефалопатия у детей.

Побочные действия: при приеме препарата в соответствии с показаниями и в рекомендуемых дозах побочных явлений ожидать не следует. Иногда возможны высыпания на коже или слизистых, зуд, тошнота, рвота, диарея, повышение температуры тела, нарушение сна. Изредка — повышенная возбудимость, потеря аппетита, головная боль, головокружение, утомляемость, изменение вкуса, нарушение функций печени (повышение уровня трансаминаз, холестаз).

Состав и форма выпуска: таблетки, покрытые оболочкой, в 1 таблетке 100 мг пиритинола дигидрохлорида моногидрат. Вспомогательные вещества: натрия кармеллоза 7000; магния стеарат; кремния диоксид коллоидный; натрия карбоксиметилкрахмал; лактозы моногидрат; целлюлоза (порошок). В контурной ячейковой упаковке 10 шт. или во флаконе темного стекла 50 шт.; в пачке картонной 5 упаковок или 1 флакон.

Способ применения и дозы: внутрь, во время или после еды. Детям от 7 лет — по 1—2 таблетке 1—3 раза в день (от 100 до 600 мг в день в зависимости от показаний). Для новорожденных и детей в воз-

расте до 7 лет существует форма препарата в виде суспензии (для приема внутрь молочно-белого цвета, вязкая, с ароматным запахом), в 5 мл 100 мг пиритинола дигидрохлорида моногидрат или 80,5 мг пиритинола.

При нарушениях сна последнюю дневную дозу не следует принимать вечером или на ночь. Длительность лечения зависит от клинической картины заболевания: заметный терапевтический успех достигается после 3—4 недели лечения. Оптимальный и надежный эффект наступает обычно через 6—12 недель. Длительность лечения должна составлять не менее 8 недель, и при необходимости оно может быть продолжено.

Препараты гингко билоба

Препараты данной группы содержат экстракт из растения гингко билоба, оказывают антиоксидантный эффект и усиливают энергетический обмен в головном мозге, уменьшая его отек. Эти препараты, в отличие от других ноотропов, разрешены к безрецептурному отпуску.

Танакан (tanakan).

Танакан — стандартизированный и титрованный растительный препарат, действие которого обусловлено влиянием на процессы обмена веществ в клетках, реологические свойства крови и микроциркуляцию, а также вазомоторные реакции кровеносных сосудов.Улучшает периферическое, в том числе мозговое кровообращение, снабжение мозга кислородом и глюкозой. Обладает вазорегулирующим действием на всю сосудистую систему: артерии, вены, капилляры. Нормализует метаболические процессы, оказывает антигипоксическое действие на ткани. Препятствует образованию свободных радикалов и перекисному окислению липидов клеточных мембран. Воздействует на высвобождение, обратный захват и катаболизм нейромедиаторов (норадреналина, допамина, ацетилхолина) и на их способность к связыванию с мембранными рецепторами.

Показания к применению: энцефалопатии различного генеза, проявляющиеся расстройствами внимания, памяти, снижением интеллектуальных способностей, нарушением сна; нарушениями периферического кровообращения и микроциркуляции; нейросенсорные нарушения (головокружение, звон в ушах, гипоакузия); астенические состояния — психогенные, невротическая депрессия и обусловленные травматическим поражением головного мозга.

Состав и форма выпуска: таблетки, покрытые оболочкой: 1 таблетка содержит стандартизованного экстракта гинкго билоба стандартизированного и патентованного (EGb 761) 40 мг; раствор для приема внутрь: 1 мл раствора содержит экстракт гинкго билоба (EGb 761) — 40 мг.

Способ применения и дозы. Танакан назначается по 1 таблетке или 1 мл раствора для приема внутрь 3 раза в сутки во время еды (120 мг в сутки). При терапии астенических расстройств оптимальная

суточная доза препарата составляет 240 мг — по 2 таблетки или 2 мл перорального раствора 3 раза в день. Продолжительность курса лечения составляет от 1 до 3 месяцев. Детям назначается с 12 лет в дозе, составляющей 1/2 от дозы взрослого (достаточных данных о применении препарата у детей нет).

Мемоплант (memoplant).

Мемоплант оказывает улучшающее мозговое кровообращение, регулирующее периферическое кровообращение.

Показания к применению те же, что и у танакана.

Способ применения и дозы. Мемоплант принимают внутрь, независимо от времени приема пищи, не разжевывая, запивая небольшим количеством жидкости.

Для симптоматического лечения расстройств мозгового кровообращения у детей с 12 лет: по 1/2—1 таблетке (20—40 мг) 2—3 раза в день. Продолжительность курса лечения — не менее 8 недель.

Состав и форма выпуска: таблетки, покрытые оболочкой (1 таблетка содержит гинкго двулопастного листьев экстракт сухой (EGb 761) — 40 мг, в блистере 10, 15 или 20 шт.; в пачке картонной 1, 2, 3 или 5 блистеров.

Блокаторы кальциевых каналов

В механизмах нарушения памяти, ишемических повреждений и апоптоза нейронов большую роль играет увеличение внутриклеточной концентрации кальция, который в данных условиях проходит через открытые кальциевые каналы и накапливается в нейронах, что приводит к гибели нервной клетки. В связи с этим блокаторы кальциевых каналов, улучшающие мозговой кровоток и применяемые при церебральной ишемии, обладают и ноотропным эффектом, механизм которого остается не до конца выясненным. Среди многочисленных «антикальциевых» препаратов наибольший ноотропный эффект демонстрируют циннаризин и нимодипин.

Циннаризин (Софарма, Болгария; Polfa, Польша; стугерон — Gedeon Richter, Венгрия).

Международное наименование — циннаризин (cinnarizine).

Снижает поступление в клетки Ca2+ и уменьшает их концентрацию в депо плазмолеммы, снижает тонус гладкой мускулатуры артериол, усиливает вазодилатирующее действие углекислого газа. Непосредственно влияя на гладкую мускулатуру сосудов, уменьшает их реакцию на биогенные вещества (эпинефрин, норэпинефрин, дофамин, ангиотензин, вазопрессин). Обладает сосудорасширяющим эффектом (особенно в отношении сосудов головного мозга), не оказывая существенного влияния на АД. Проявляет умеренную антигистаминную активность, уменьшает возбудимость вестибулярного аппарата, понижает тонус симпатической нервной системы. Эффективен у больных с латентной недостаточностью мозгового кровообращения.

Показания к применению: реконвалесценция после черепно-мозговых травм, дисциркуляторная энцефалопатия, мигрень (профилактика приступов), снижение и потеря памяти, нарушения мозгового крово-

обращения, головокружение, подавленность и раздражительность, быстрая психическая утомляемость, мигрени, ухудшение мыслительной функции и невозможность концентрации внимания.

Способ применения и дозы: внутрь, после еды. Детям в возрасте 6—12 лет дозу уменьшают в 2 раза по сравнению со взрослой (взрослым назначают 1—2 таблетки 2—3 раза в день; максимальная суточная доза не должна превышать 225 мг). При высокой чувствительности к препарату лечение начинают с 1/2 дозы, увеличивая ее постепенно. Для достижения оптимального терапевтического эффекта препарат следует принимать непрерывно, длительно — от нескольких недель до нескольких месяцев.

Форма выпуска: таблетки по 25 мг, 50 и 100 штук в упаковке.

Церебральные вазодилататоры

Препараты данной группы обладают различными механизмами и многогранными нейро- и психофармакологическими эффектами. Их ноотропное действие, как уже отмечалось, во многом является следствием улучшения мозгового кровообращения. Наиболее популярным препаратом является винпоцетин (кавинтон), который получают из растения малого барвинка и который успешно применяется уже более 30 лет.

Инстенон (никомед ГмоХ, Линц, Австрия).

Международное наименование — гексобендин + этамиван + этофиллин (hexobendine + etamivan + etofylline).

Комбинированный нейрометаболический препарат, в состав которого входят этамиван, гексобендин и этофиллин. Этамиван оказывает выраженное активирующее действие на лимбико-ретикулярный комплекс, что крайне важно для детей с МДМ. Эта активация служит пусковым механизмом для адекватного функционирования нейронных комплексов коры и улучшения взаимодействия коры головного мозга с его подкорково-стволовыми структурами. Гексобендин стимулирует анаэробное окисление, что ведет к усилению синтеза и обмена нейромедиаторов и к активизации синаптической передачи. Кроме этого, гексабендин поддерживает адекватную регуляцию церебрального кровотока. Этофиллин путем активизации миокарда способствует улучшению микроциркуляции в нервной ткани. Его активирующее действие на ЦНС проявляется в стимуляции подкорковых образований, структур среднего мозга и ствола [В. А. Доскин и др., 1999; Н. Н. Заваденко и др., 2005].

Показания к применению: остаточные явления резидуально-органического поражения головного мозга, цереброваскулярная недостаточность (энцефалопатия дисциркуляторная, головокружение), церебральные сосудистые кризы, нейроциркуляторная дистония.

Назначается инстенон перорально в таблетированной форме, 2 раза в день после завтрака и обеда, обязательно с постепенным повышением дозы в течение 9 дней. Максимальная суточная доза для детей 4—6 лет — 1,5 таблетки, 7—9 лет — 2 таблетки, 10—12 лет — 2,5 таблетки. Длительность курса — 1—1,5 месяца, обычно в весенне-осенний период.

Лекарственная форма: драже, раствор для инъекций (по 2 мл препарата в ампуле), таблетки, покрытые оболочкой (таблетки, покрытые оболочкой, по 30 шт. в упаковке; 1 таблетка содержит: гексобендина дигидрохлорид 20 мг, этамиван 50 мг, этофиллин 60 мг).

И. И. Сергеев отмечает: «Набор клинических эффектов ноотропов выглядит весьма привлекательно: антиастенический, вазовегетостабилизирующий, психостимулирующий или седативный эффекты, улучшение когнитивных функций, повышение стресс-устойчивости. Однако эти действия выражены у многих ноотропов очень неравномерно или незначительно. В качестве антидепрессивных, психостимулирующих или седативных средств ноотропы самостоятельного значения не имеют (исключая фенибут, который сочетает ноотропные и достаточно отчетливые транквилизирующие свойства). Препараты этого класса в основном применяются при неврастении, астеновегетативных нарушениях в структуре других клинических форм неврозов как дополнение к основной психофармакотерапии.

В медикаментозном лечении неврозов используются препараты, не относящиеся к психофармакотерапевтическим. Имеются в виду, в первую очередь, b-блокаторы (анаприлин/пропранолол и др.), ослабляющие вегетативное напряжение, тахикардию, тремор и положительно влияющие на тревожные проявления в целом. Особенно часто эти препараты применяются при тревожно-фобических расстройствах, но могут назначаться и при других вариантах невротических расстройств с тревожным компонентом и более выраженной вегетодистонией. Однако приходится учитывать, что длительное регулярное применение b-блокаторов может привести к формированию зависимости.

Коррекция вегетативной составляющей неврозов — одна из важнейших задач. Помимо b-блокаторов, вегетостабилизирующим действием обладают транквилизаторы, особенно дневные. Весьма действенны немедикаментозные методы — водные процедуры, физиотерапия, лечебная физкультура» [И. И. Сергеев, 2003].

Несмотря на последние успехи фармакотерапии в лечении психических и пограничных психических расстройств, понимания их природы, есть мнения, что будущее психофармакологии за нейропептидами направленного полушарного действия. Нейропепти́ды — разновидность пептидов, которые синтезируются в нервных клетках, например, эндорфины, энкефалины. Они выполняют в организме роль регуляторов физических функций. Нейропептиды осуществляют контроль за экспрессией вторичных клеточных мессенджеров (вестников, курьеров — с английского), цитокинов (небольшие пептидные информационные молекулы) и других сигнальных молекул, а также за запуском генетических программ апоптоза (запрограммированной гибели клетки в ответ на внешние или внутренние сигналы), антиапоптозной защиты, усиления нейротрофического обеспечения. Такие регуляторные (модуляторные) влияния устраняют общую дезинтеграцию во взаимодействии сложных и часто разнонаправленных молекулярно-биохи-

мических механизмов, восстанавливая их нормальный баланс. Особо важную роль играют эндогенные регуляторы функций ЦНС — нейропептиды. Их молекулы, представляющие собой короткие аминокислотные цепи, «нарезаются» из более крупных белковых молекул. И хотя они существуют всего несколько секунд, длительность их действия может измеряться часами.

Психолептики

Классическими препаратами для терапии неврозов традиционно считаются транквилизаторы любой химической группы. В некоторых случаях прием транквилизаторов необходим для нормализации сна и устранения тревоги в течения дня, особенно на ранних этапах лечения, когда еще не накопился эффект других лекарств. Однако длительный регулярный прием транквилизаторов приводит к появлению зависимости, синдрома отмены (усиление симптомов заболевания в случае отмены транквилизаторов), ухудшает память и внимание (вплоть до невозможности их восстановления до исходного уровня). Транквилизаторы действуют лишь на симптомы заболевания, не устраняя его причину, поэтому вылечиться с их помощью невозможно.

Транквилизаторы (от лат. «tranquillium» — спокойствие, успокаивать) являются одной из важнейших групп психотропных средств. Сегодня их часто называют анксиолитиками (от лат. «anxius» — тревога, страх и греч. «lysis» — растворять, ослаблять). В литературе можно встретить и другие названия препаратов данной группы: психоседатики, антиневротические средства, атарактики (от греч. «ataraxia» — невозмутимость). Это неудивительно, поскольку транквилизаторы, прежде всего, признаются основными препаратами, применяемыми для лечения неврозов.

Транквилизаторы известны более 60 лет. Разработка первых препаратов данной группы относится к 1950-м гг., когда психофармакология зарождалась как наука. Впервые был внедрен в практику мепробамат (1955 год), чуть позже, через четыре года — элениум (хлордиазепоксид), а еще через год — диазепам (седуксен, сибазон, реланиум). Термин «траквилизатор» стал употребляться в медицинской литературе в 1957 г. В наши дни группа транквилизаторов насчитывает более 100 препаратов. Продолжается их активный поиск и совершенствование. Только из наиболее распространенных из всех транквилизаторов — бензодиазепинов свыше 3,5 тысяч соединений, из которых более 50 используется в клинической практике.

В связи с влиянием на различные нейромедиаторные системы, вовлеченные в патогенез тревожных состояний, транквилизирующее действие присуще не только «классическим» анксиолитикам, но и средствам, относящимся к разным клинико-фармакологическим группам. Это, в частности, ноотропный и цереброваскулярный препарат аминалон (иногда его относят к транквилоноотропам), миорелаксирующее,

антиспастическое и анальгезирующее средство баклофен, противорвотный препарат ондансетрон (зофран), антиоксидант мексидол, наркозный препарат кетамин (калипсол). Большинство этих препаратов в настоящее время не назначаются специально для коррекции тревожно-фобических состояний.

Транквилизаторы обладают пятью основными компонентами фармакодинамической активности: анксиолитическим, седативным, снотворным, миорелаксантным и противосудорожным. Выраженность и соотношение эффектов у разных препаратов этой группы различны, что обусловливает особенности их клинического применения.

Главным эффектом транквилизаторов является анксиолитический («противотревожный»). Анксиолитическое действие проявляется в уменьшении беспокойства, тревоги, страха (антифобическое действие), снижении эмоциональной напряженности. Транквилизаторы часто способствуют снижению обсессий (навязчивостей) и ипохондрии (повышенной мнительности).

Седативное («успокаивающее») действие выражается в уменьшении психомоторной возбудимости, дневной активности, снижении концентрации внимания, уменьшении скорости психических и двигательных реакций и др.

Снотворный (гипнотический) эффект проявляется в облегчении наступления сна, увеличении его глубины и иногда продолжительности.

Миорелаксирующий эффект (расслабление скелетной мускулатуры) при применении транквилизаторов, как правило, является положительным фактором для снятия напряжения, возбуждения, в том числе двигательного. Вместе с тем данный эффект может и ограничивать использование препаратов у пациентов, работа которых требует быстрой психической и физической реакции. Необходимо также учитывать, что миорелаксирующее действие может проявляться ощущением вялости, слабости и др.

Противосудорожное действие выражается в подавлении распространения эпилептогенной активности, возникающей в эпилептогенных очагах.

В спектре действия некоторых транквилизаторов выделяют вегетостабилизирующий эффект (нормализация функциональной активности автономной нервной системы). Клинически этот эффект может проявляться уменьшением вегетативных проявлений тревоги (тахикардия, артериальная гипертензия, потливость, нарушение функций пищеварительной системы и др.) [Ю. А. Александровский, 1973].

Производные бензодиазепина

Хлордиазепоксид.
Международное наименование — chlordiazepoxide.
Торговое название: **элениум, либриум, напотон, амиксид.**
Анксиолитик, производное бензодиазепина.

Фармакологическое действие: анксиолитическое, седативное, снотворное, миорелаксирующее, центральное.

Взаимодействует со специфическими бензодиазепиновыми рецепторами, расположенными в постсинаптическом $ГАМК_А$-рецепторном комплексе в коре головного мозга, миндалевидном ядре, гиппокампе, подбугорье, мозжечке, полосатом теле и спинном мозге. Повышает чувствительность нейрональных ГАМК-рецепторов к ГАМК, усиливает ГАМК-нейротрансмиссию, блокирует полисинаптические рефлексы.

Оказывает выраженное успокаивающее действие на ЦНС. Подавляет тревогу, возбуждение, эмоциональное напряжение, страхи. Ослабляет навязчивые мысли и страхи, повышает восприимчивость к гипносуггестивной терапии. Оказывает антипаническое действие, снимает тремор, обладает слабым противосудорожным эффектом.

Показания к применению: невротические состояния, сопровождающиеся тревогой, возбуждением, повышенной раздражительностью, эмоциональным напряжением, бессонницей; невротическая атаксия, головная боль, напряжения, истерические состояния (истерический припадок, амблиопия, мутизм, паралич), психогенный ступор, икота; неврозо- и психопатоподобные расстройства у больных с органическим поражением головного мозга; гиперкинез ревматический и невротический; вегето-сосудистая дистония; комплексная терапия при шизофрении с неврозоподобной симптоматикой; при заболеваниях, сопровождающихся зудом, раздражительностью, бессонницей, в т.ч. экземе.

Режим дозирования: дошкольникам (с 4-х лет) — по 5—10 мг, детям школьного возраста и подросткам — 15—30 мг в сутки. Напотон: детям в возрасте 6—7 лет — 5—10 мг/сут, 8—14 лет — 10—20 мг/сут, 15—18 лет — 20—30 мг/сут.

Форма выпуска: элениум (Polfa, Польша), таблетки по 10 мг, 50 шт.; хлозепида таблетки по 5 мг; либриум (ФармГруппа, Швейцария), таблетки по 5, 10 и 25 мг; напотон (Терапия Ко, Румыния), драже по 5 и 10 мг (внутрь, после еды).

Феназепам (Phenazepamum).

Действующее вещество — бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (bromdihydrochlorphenylbenzodiazepine).

Феназепам обладает выраженным анксиолитическим, противосудорожным, миорелаксирующим и снотворным действием. Усиливает действие снотворных, наркотических и противосудорожных препаратов, этилового спирта.

Усиливает тормозное влияние ГАМК в ЦНС за счет повышения чувствительности ГАМК-рецепторов к медиатору в результате стимуляции бензодиазепиновых рецепторов, уменьшает возбудимость подкорковых структур головного мозга, тормозит полисинаптические спинальные рефлексы.

Показания к применению: различные невротические, неврозоподобные, психопатические, психопатоподобные и другие состояния, сопровождающиеся тревогой, страхом, повышенной раздражительностью,

напряженностью, эмоциональной лабильностью; реактивные психозы, ипохондрически-сенестопатический синдром (в том числе резистентные к действию других транквилизаторов); вегетативные дисфункции и расстройства сна; в качестве противосудорожного средства — при височной и миоклонической эпилепсии; гиперкинезы, тики, вегетативная лабильность.

Во избежание развития лекарственной зависимости, при курсовом лечении продолжительность применения феназепама около 2 недель (в отдельных случаях длительность лечения может быть увеличена до 2 месяцев). При отмене препарата дозу уменьшают постепенно.

Режим дозирования: начальная доза для взрослых — 0,5—1 мг (0,5—1 мл 0,1 % раствора), средняя суточная доза — 3—5 мг (3—5 мл 0,1 % раствора), в тяжелых случаях — до 7—9 мг (7—9 мл 0,1 % раствора). Детям назначают в зависимости от возраста и массы тела.

Форма выпуска: табетки по 0,5, 1 и 2,5 мг; в контурной ячейковой упаковке 10 или 25 шт.; в пачке картонной 2 (по 25 шт.) или 5 (по 10 шт.) упаковок; или в банках полимерных по 50 шт., в пачке картонной 1 банка; раствор для внутривенного и внутримышечного введения, ампулы по 1 мл (1 мг вещества в 1 мл). Производитель: Валента Фармацевтика, г. Щелково Московской области; Дальхимфарм, Россия.

Оксазепам.

Действующее вещество — оксазепам (oxazepam).

Торговое название: **нозепам, тазепам, апо-оксазепам.**

Оказывает успокаивающее, анксиолитическое и снотворное действие. Снимает эмоциональное напряжение, уменьшает тревогу, страх, беспокойство, способствует наступлению сна. Оказывает слабое миорелаксирующее (центральное) и противосудорожное действие.

Показания к применению: неврозы, психопатии, неврозоподобные и психопатоподобные состояния, сопровождающиеся страхом, тревогой, повышенной раздражительностью, нарушениями сна и другими; сенесто-ипохондрические расстройства и навязчивости (особенно при плохой переносимости других анксиолитиков); реактивные депрессии (в составе комбинированной терапии с антидепрессантами).

Способ применения и дозы: внутрь (независимо от приема пищи). Доза и продолжительность курса лечения подбираются строго индивидуально, в зависимости от показаний и терапевтического эффекта. Начальная разовая доза для взрослых — 5—10 мг, при амбулаторном лечении средняя суточная доза 30—50 мг, в стационаре максимальная доза — 120 мг в сутки. Средняя длительность курса составляет 2—4 недели. Детям: по 1—3 таблетке в сутки в 2—3 приема. При стационарном лечении — до 100 мг/сут (максимальная суточная доза).

Форма выпуска: оксазепам (Глаксо Вэллком, Великобритания), таблетки по 10 мг, в блистере 20 шт., в картонной коробке 1 блистер; нозепам (Акрихин, Органика, Россия; Олайнфарм, Латвия), таблетки по 10 мг; тазепам (Polfa, Польша), таблетки по 10 мг; Апо-Оксазепам (Apotex, Канада; Ratiopharm, Германия), таблетки по 10, 15, 30 и 50 мг.

Диазепам (седуксен (Gedeon Richter, Венгрия), реланиум (Polfa, Польша), валиум (Hoffmann — La Roche, Швейцария), сибазон (Биостимулятор, Украина; IC, BAT, Бельгия-Украина).

Действующее вещество — диазепам (diazepam).

Анксиолитическое средство (транквилизатор) бензодиазепинового ряда. Оказывает седативно-снотворное, противосудорожное и центральное миорелаксирующее действие.

Диазепам за счет избирательного стимулирующего действия на рецепторы ГАМК в восходящей ретикулярной формации ствола мозга уменьшает возбуждение коры, лимбической области, таламуса и гипоталамуса и оказывает анксиолитическое и седативно-снотворное действие. За счет тормозящего влияния на полисинаптические спинальные рефлексы оказывает миорелаксирующее действие. Диазепам быстро и полностью всасывается в пищеварительном тракте; максимальная концентрация в плазме крови достигается через 30—90 минут после приема внутрь.

Показания к применению: внутрь — для симптоматической терапии больных в состоянии тревоги (может проявляться выраженным тревожным настроением, поведением и/или его функциональными, вегетативными или двигательными эквивалентами: сердцебиением, повышенной потливостью, бессонницей, тремором, беспокойством); ажитации и напряжения при неврозах и транзиторных реактивных состояниях; в качестве вспомогательного средства при выраженных психических и органических расстройствах. Парентерально применяют для обеспечения седативного эффекта перед стрессогенными лечебными или диагностическими процедурами; в психиатрии — для устранения состояния возбуждения, связанного с острой тревогой и паникой, а также двигательного возбуждения, параноидно-галлюцинаторных состояний; для неотложного лечения эпилептического статуса и других судорожных состояний.

Способ примения и дозы: для достижения оптимального эффекта дозу подбирают индивидуально. Обычная доза для взрослых при пероральном приеме — 5—20 мг/сут в зависимости от выраженности симптомов. Разовая доза при приеме внутрь не должна превышать 10 мг. Детям назначают внутрь в дозе 0,1—0,3 мг/кг в сутки или 5—15 мг в день в зависимости от возраста. Большую часть суточной дозы целесообразно принимать во второй половине дня. При прерывистом лечении препарат можно давать месяцами.

Лечение тревожных состояний обычно проводят в течение нескольких недель в зависимости от вида патологии и этиологических факторов. Положительная клиническая динамика отмечается в течение шести недель от начала применения диазепама; в дальнейшем обычно проводят поддерживающую терапию.

Форма выпуска: диазепам (Lmeco, Румыния), таблетки по 2,5 и 10 мг, в блистере по 10 шт., в коробке 5 блистеров; раствор для инъекций в ампулах по 2 мл (10 мг); седуксен, таблетки по 5 мг; раствор для инъекций в ампулах по 2 мл (5 мг); сибазон (1 мл раствора для инъекций содержит диазепама 5 мг; в ампулах по 2 мл, в коробке 10 ампул; 1 таблетка — 5 мг, в контурной ячейковой упаковке 10 шт., в коробке 2 упаковки или в банке по 20 шт.), валиум (1 таблетка содержит диазепама 5 или 10 мг; в блистерах по 25 шт., в коробке 1 блистер; 1 мл раствора для инъекций содержит диазепама 5 мг; в ампулах темного стекла по 2 мл, в упаковке 10 и 50 шт.).

Лоразепам.

Действующее вещество — лоразепам (lorazepam).

Торговое название: **лоразепам, апо-лоразепам, лоран, лорафен, мерлит.**

Фармакологическое действие: анксиолитическое, седативное, снотворное, миорелаксирующее, центральное, противосудорожное.

Показания к применению: неврозы, сопровождающиеся тревогой, волнением, в т. ч. генерализованное тревожное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство, фобии, обсессивно-компульсивное расстройство, психореактивные состояния, эмоциональные реактивные расстройства, тревога при депрессивных состояниях различного генеза (как правило, в сочетании с антидепрессантами), бессонница, психосоматические расстройства (в т. ч. при сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных и других заболеваниях).

Способ применения и дозы: внутрь; режим дозирования и продолжительность курса лечения устанавливают строго индивидуально. В неврологической практике — по 1 мг 2—3 раза в сутки; в психиатрической практике — 4—6 мг в сутки; при бессоннице — по 1—2 мг за 30 минут до сна. Детям: до 12 лет — 0,5—1 мг (максимум 4 мг в сутки), после 12 лет — 0,5—2 мг (максимум 4 мг в сутки).

Препараты разного строения

Мебикар (татхимфармпрепараты, Россия; Олайнфарм, Латвия).

Международное наименование — тетраметилтетраазобициклооктандион (tetramethyltetraazocycloocyandione).

Синонимы: адаптол, мебикс.

Мебикар — синтетическое соединение, производное бициклических биомочевин. Механизм действия препарата связан с его способностью влиять на серотонинергическую систему организма путем усиления действия триптофана, который является предшественником серотонина.

Препарат обладает транквилизирующим (анксиолитическим) действием, способствует снижению чувства тревоги, беспокойства, уменьшает раздражительность, обладает мягким седативным действием. Транквилизирующий эффект не сопровождается миорелаксацией и нарушением координации движений. Препарат относится к группе дневных транквилизаторов и не оказывает прямого снотворного действия, однако в комплексной терапии потенцирует снотворный эффект других препаратов. При длительном применении препарата отмеча-

ется улучшение ночного сна, нормализация структуры сна, облегчение засыпания, снижение частоты ночных кошмаров.

Обладает выраженным ноотропным действием, способствует нормализации состояния при стрессах и умственных нагрузках, улучшает память, оптимизирует процесс мышления, оказывает выраженное действие при паралогии, резонерстве, бессвязности и ускорении речи.

Показания к применению: неврозы и неврозоподобные состояния (раздражительность, эмоциональная лабильность, тревожность, страх). Тревожно-параноидальный синдром при шизофрении. Хронический вербальный галлюциноз органического генеза. Улучшает переносимость нейролептиков и других транквилизаторов.

Режим дозирования: внутрь, взрослым — по 0,3—1 г 2—3 раза в день (независимо от приема пищи). Максимальная разовая доза — 3 г, суточная — 10 г. Курс лечения — до 2—3 месяцев, при психических заболеваниях — до 6 месяцев. Детям дозы подбираются индивидуально (в возрасте 10—14 лет назначают индивидуально по 0,3—0,5 г 3 раза в сутки).

Форма выпуска: таблетки № 20 по 300 и 500 мг. Мебикс (Вега Фарм, Россия) — таблетки по 500 мг, 20 или 30 шт. во флаконе. Адаптол (Олайнфарм, Латвия) — таблетки по 500 мг, 20 штук в контурной упаковке.

Мепробамат (Арцнаймиттельверк, Германия; Апо-Мепробамат — Apotex, Канада).

Международное наименование — мепробамат (meprobamate).

Анксиолитик, точный механизм действия которого неизвестен, оказывает анксиолитический и миорелаксирующий эффекты, политропное угнетающее действие на различные отделы ЦНС, включая таламус и лимбическую систему. Механизм миорелаксирующего действия связан с тормозным влиянием на вставочные нейроны боковых рогов спинного мозга, таламуса и гипоталамуса. Несколько снижает температуру тела, практически не влияет на вегетативный отдел нервной системы. Обнаруживает противосудорожное действие.

Показания к применению: неврозы, тревожность, нервное напряжение, бессонница, кожный зуд. У детей препарат оказывает успокаивающее действие, выражающееся в уменьшении тревоги и страха. Может вызывать легкое торможение психической активности, но в основном не нарушает интеллектуальной деятельности.

Дозировка у детей школьного возраста — 200—800 мг в сутки (от 3 до 8 лет — 100—200 мг 2—3 раза в сутки, от 8 до 14 лет — 200 мг 2—3 раза в сутки). Курс лечения — 1—2 месяца. Во избежание развития синдрома «отмены» лечение прекращают постепенно.

Форма выпуска: таблетки по 200 мг, в упаковке по 20 шт.; апо-мепробамат — по 400 мг.

Агентство по контролю безопасности лекарств Великобритании считает неблагоприятным соотношение пользы и риска применения мепробамата. Агентство обсуждает с производителями препарата возможность изъятия мепробамата с фармрынка Великобритании и рекомендует медицинским работникам избегать назначения препарата новым пациентам.

Гипнотики (снотворные средства)

Давая характеристику этой группе препаратов, Ю. А. Александровский пишет: «Каждому врачу, который в своей практике сталкивается с больными, жалующимися на нарушения сна, еще до выбора медикаментозного лечения необходимо провести правильную диагностику инсомнии. Целью ее является дифференцированная оценка нарушений сна, возникающих при разных соматических и психических заболеваниях.

В современной психофармакотерапии существует понятие «идеального» гипнотика, который характеризуется быстротой всасывания, легкостью проникновения через гематоэнцефалический барьер, продолжительностью действия, «перекрывающего» период сна, но не распространяющего на дневное время, т. е. не вызывающего явлений последействия или седативного эффекта в дневное время. Последняя характеристика гипнотиков особенно важна в амбулаторной практике, где лечение больного не должно приводить к сонливости в дневные часы, вялости, замедленному течению мыслей, трудностям концентрации внимания и снижению работоспособности. Кроме того, желаемые свойства гипнотиков включают отсутствие толерантности к гипнотическому эффекту при непрерывном применении препарата, феномена «отдачи» («rebound» инсомния) или эффектов отмены, нежелательных взаимодействий с алкоголем и побочных эффектов... К числу современных гипнотиков, приближающихся к числу «идеальных», относятся золпиден, зопиклон, мидизолам, нитразепам, темазепам, флунитразепам, флуразепам. Сомнолентным эффектом обладают также многие анксиолитические и другие психотропные препараты.

При лечении нарушений сна рассматриваются этиологический, патогенетический и симптоматический подходы. При этом используют различные методы и средства, эффективность которых неодинакова и зависит от нозологической формы, клинических синдромов, особенностей личности больных.

В связи с важной ролью эмоций в механизмах сна с целью регуляции его расстройств, все шире используются методы и средства с непосредственным воздействием на эмоционально-мотивационную сферу. Отсюда применение транквилизаторов, постепенно оттесняющих в широкой клинической практике традиционные еще в недавнем прошлом фармакологические препараты группы барбитуратов и других средств лечения нарушений сна.

У больных, которые принимают гипнотические средства, в редких случаях может наблюдаться парадоксальное действие в виде повышения активности и усугубления нарушений сна, появления тревожных расстройств. Снижение дозы или отмена препарата обычно способствуют редукции всех парадоксальных проявлений» [Ю. А. Александровский, 2000].

Золпидем (ивадал) относится к группе небензодиазепиновых снотворных средств (производное имидазопирина). Снотворное действие

связывают со специфическим агонистическим действием на рецепторы ЦНС, составляющие макромолекулярный ГАМК-рецепторный комплекс. Отличается избирательностью гипнотического эффекта с отсутствием нежелательных миорелаксирующих и седативных свойств. Препарат быстро всасывается из желудочно-кишечного тракта, поэтому принимается за 20—30 минут до сна. Период полувыведения — наиболее короткий по сравнению с другими гипнотиками (2,5 ч), что объясняет отсутствие нежелательных явлений на следующий день, связанных с сонливостью, снижением психомоторного функционирования.

Золпидем (Zolpidem).

Аналог: **ивадал, санвал.**

Фармакологическое действие: снотворное, седативное.

Селективный агонист омега$_1$-подтипа бензодиазепиновых рецепторов макромолекулярного ГАМК$_A$-рецепторного комплекса. Взаимодействует с центральными омега$_1$-рецепторами, локализующимися преимущественно в мозжечке, некоторых областях коры (IV слой чувствительно-двигательных зон коры), черной субстанции, нижнем холмике, обонятельной луковице, вентральной части таламического комплекса, мосте и бледном шаре в ЦНС. Повышает чувствительность ГАМК-рецепторов к медиатору (ГАМК), что приводит к повышению частоты открытия в цитоплазматической мембране нейронов каналов для входящих токов ионов хлора, гиперполяризации синаптической мембраны, усилению тормозного влияния ГАМК и угнетению нейрональной активности в различных отделах ЦНС. Селективное связывание золпидема с омега$_1$-рецепторами обусловливает проявление снотворного действия, тогда как противосудорожный, миорелаксирующий и анксиолитический эффекты (связанные, по-видимому, с преимущественным воздействием на омега$_2$- и омега$_5$-рецепторы) практически отсутствуют.

При приеме в терапевтических дозах укорачивает время засыпания, уменьшает число ночных пробуждений, увеличивает продолжительность сна и улучшает его качество. Рекомендуется для лечения разных видов инсомнии, особенно связанных с эмоциональным стрессом, десинхронозом, соматическими заболеваниями.

Способ применения и дозы: внутрь, непосредственно перед отходом ко сну или лежа в постели, однократно. Доза и продолжительность курса лечения устанавливаются индивидуально. Лечение начинают с минимальной эффективной дозы. Средняя разовая доза для взрослых в возрасте до 65 лет — 10 мг, максимальная — 15—20 мг. Детям назначается с 15 лет (безопасность и эффективность применения у детей более раннего возраста не определены).

Форма выпуска: таблетки, покрытые оболочкой, по 10 мг; 15 или 20 шт.

Производители: Лабораториос Баго С. А. (Аргентина); Гипноген (золпидем) — LECIVA j.s.c. (Чешская Республика).

Зопиклон (имован) относится к современной группе небензодиазепиновых снотворных. Характеризуется быстротой всасывания (наступления снотворного эффекта) и короткой продолжительностью действия (период полувыведения 3,5—6 часов), что объясняет отсутствие у препарата эффекта последействия на следующий день.

Фармакологические свойства: снотворное, седативное, транквилизирующее, противосудорожное, миорелаксирующее.

Применяется так же, как золпидем, при всех видах инсомнии. Показан для лечения преходящих, ситуационных расстройств сна, возникающих в результате стресса, перенапряжения, изменения привычного ритма жизни. Зопиклон изменяет к лучшему качество сна и сокращает его латентный период.

Лекарственная форма: таблетки, таблетки покрытые оболочкой; в 1 таблетке — 7,5 мг.

Рекомендуемая доза имована — 7,5 мг перед сном (детям назначают с 15-летнего возраста). При тяжелой или стойкой бессоннице доза может быть увеличена до 15 мг. Длительность непрерывного применения — не более 1 месяца.

Производители: Имован — Aventis pharma (США, Россия, Украина), Эджзаджибаши Бакстер (Турция), Зопиклон — Гриндекс (Латвия).

Мидазолам (флормидал, дормикум) относится к группе имидазобензодиазепинов. Характеризуется средним временем абсорбции из желудочно-кишечного тракта и коротким периодом полувыведения (1,5—2 часа), которые определяют особенности его гипнотического эффекта. Рекомендован больным с инсомнией, особенностью которой является преобладание нарушения засыпания. В меньшей степени эффективен у больных с нарушением продолжительности сна, утренней и дневной тревогой.

Состав и форма выпуска: 1 ампула с 3 мл раствора для инъекций содержит мидазолама 15 мг; в блистерах 50 шт., в картонной коробке. 1 таблетка — 15 мг; в картонной коробке 3 блистера по 10 шт.

Способ применения и дозы: внутрь, 7,5—15 мг непосредственно перед сном. Внутримышечно, взрослые — за 20—30 минут до введения в анестезию (премедикация) — 10—15 мг, дети — 0,15—0,2 мг/кг.

Производители: АЙ СИ ЭН Галеника (Югославия); Дормикум — ROCHE, Швейцария.

Нитразепам (могадон, радедорм, эуноктин) является одним из первых бензодиазепинов, широко используемых в лечебной практике на протяжении более 25 лет. Хорошо всасывается из желудочно-кишечного тракта. Имеет длительный период полувыведения. Оказывает выраженное снотворное действие, влияя в основном на глубину и длительность сна. Снотворное действие наступает через 30—60 минут после приема препарата и продолжается в среднем 8 часов. Интервал между приемом пищи и лекарства должен быть максимально возможным. Обладает значительным периодом последействия. Рекомендуется

для применения больным с ночными, ранними утренними пробуждениями и утренней тревогой.

Принимают препарат внутрь; в качестве снотворного средства — за полчаса да сна. Разовая доза для взрослых составляет 0,005 — 0,01 г (5—10 мг); для детей в возрасте до 1 года 0,00125—0,0025 г (1,25—2,5 мг), 1—5 лет — 0025—0,005 г (2,5—5 мг); 6—14 лет — 0,005 г (5 мг). Максимальная разовая доза в качестве снотворного для взрослых составляет 0,02 г (20 мг).

Форма выпуска: таблетки по 0,005 г (белого цвета с желтовато-зеленоватым оттенком), в упаковке по 20 штук.

Производители: Арцнаймиттельверк Дрезден ГмбХ (Германия); Гедеон Рихтер (Венгрия); Польфа (Польша).

Темазепам (сигнопам, нормизон, ресторил) является одним из метаболитов диазепама. Легко абсорбируется и поэтому рекомендуется больным с трудностями засыпания. Рекомендуется больным с расстройствами засыпания и необходимостью сохранения быстроты психических и моторных реакций на следующий день.

Фармакологическое действие: снотворное и успокаивающее действие.

Показания: неврозы, неврастения, психопатии (тревожность, страх, нервное напряжение, депрессивно-ипохондрический синдром). В составе комбинированной терапии — инволюционная депрессия; депрессивный синдром, бессонница (в том числе и временная бессонница, связанная с внезапными изменениями режима сна).

Форма выпуска: таблетки по 10 мг, по 20 шт. в упаковке.

Способ применения и дозы: внутрь, по 7,5 мг 2—3 раза в день; при необходимости дозу увеличивают до 10 мг 2—3 раза в день. При временной бессоннице — 7,5 мг за 30 мин до сна. Детям назначают половинные дозы взрослых в зависимости от возраста.

Производитель: Сигнопам — Польфа (Польша).

Психоаналептики

Антидепрессанты:

- неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов — имипрамин (мелипрамин), эфевелон, амитриптиллин, клофранил, людиомил;
- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина — флюоксетин, прозак, опра, паксил, феварин, ципралекс, стимулотон;
- прочие антидепрессанты — азафен, коаксил, велаксин, иксел, симбалта, вальдоксан.

Нередко назначение нейролептиков, антидепрессантов, транквилизаторов происходит «по показаниям персонала», не умеющего разобраться в психологических особенностях пациента. Назначение этих медикаментозных средств детям и подросткам без особой необходимости («потому, что это «классика», «золотое правило»), по нашему мнению, неоправданно и даже опасно.

Антиконвульсанты (анти- + от лат. «convulsio» — судорога) — фармацевтические препараты противосудорожного действия, применяемые для лечения эпилепсии, купирования мышечных судорог различного происхождения (при эпилепсии, эклампсии, интоксикациях, столбняке).

С 1980-х гг. лечение эпилепсии приняло характер монотерапии (использование одного антиэпилептического препарата), что позволило выделить в качестве основного приоритета в фармакотерапии эпилепсии не припадки, а самого больного, уровень качества его жизни.

Основными в лечении судорожных состояний являются **антиконвульсанты** — препараты противосудорожного действия (бензобамил, карбамазепин (финлепсин, тегретол), фенобарбитал, препараты вальпроевой кислоты (депакин, конвулекс), фенитоин (дифенин), бензонал, ламотриджин (ламиктал, ламитор), леветирацетам (кеппра), окскарбазепин (трилептал), топирамат (топамакс), клоназепам). Они также используются для лечения биполярных расстройств (маниакально-депрессивных психозов), так как многие препараты этой группы стабилизируют настроение наряду с нормотимикиами.

В качестве основных препаратов, используемых для подавления пароксизмальной активности на ЭЭГ, применяются так называемые атипичные бензодиазепины — клоназепам (антелепсин, ривотрил) и карбамазепин (финлепсин, тегретол, тимонил). В настоящее время выделено, по крайней мере, два типа бензодиазепиновых рецепторов, медиатором в которых служит ГАМК: БДР-1, ответственные за противотревожное и противосудорожное действие, и БДР-2, ответственные за седативное действие и миорелаксирующие эффекты. Значительная эффективность указанных выше препаратов обусловлена их в три-четыре раза большим (чем у типичных бензодиазепинов) сродством к БДР-1 [А. М. Вейн, С. Н. Мосолов, 1994]. Так как прямой зависимости между клиническим действием и дозой упомянутых препаратов не установлено, производится индивидуальный подбор дозировок по показателям КЭЭГ и самочувствию больного.

Карбамазепины

Карбамазепин (АЛСИ Фарма, Россия), Карбамазепин-Апо (Apotex Inc, Канада).

Международное непатентованное название — карбамазепин.

Синонимы — финлепсин, тегретол, тимонил и т. п.

Синтезирован в 1957 г., введен в лечебную практику в Швейцарии и Англии в 1963 г.

Структурно близок к трициклическим антидепрессантам группы дибензоазепина (например, имипрамину). Оказывает выраженное противосудорожное действие и в умеренной степени антидепрессивное и нормотимическое действие [А. М. Вейн, С. Н. Мосолов, 1994;

М. Д. Машковский, 1997]. Карбамазепин вызывает индукцию ферментов метаболизма клоназепама, альпразолама и некоторых других бензодиазепинов [D. Ciraulo et al., 1998]. Активирует центральную тормозную ГАМК-ергическую систему. Блокирует натриевые каналы мембран нервных клеток, уменьшает активность возбуждающих нейромедиаторных клеток (глутамата, аспартата), взаимодействует с центральными аденозиновыми рецепторами. Психотропный эффект проявляется в устранении эпилептических изменений личности и в повышении коммуникабельности пациентов и их социальной реабилитации.

Так как карбамазепин из всех препаратов, влияющих на судорожную готовность, имеет наименьшее число побочных проявлений, он часто применяется у детей. Из всех разновидностей карбамазепина наиболее мягким влиянием обладает тегретол, а наиболее жестким — финлепсин.

У детей лечение необходимо начинать с дозы 10—15 мг/кг, поддерживающая доза — 10—30 мг/кг в сутки. Принимают внутрь, во время еды. Лекарственная форма: таблетки (1 таблетка содержит 200 мг карбамазепина).

Аналоги карбамазепина.

Тегретол (NOVARTIS PHARMA AG, Швейцария).

Форма выпуска: таблетки по 200 и 400 мг; таблетки-ретард (Тегретол-ЦР) по 200 и 400 мг карбамазепина; сироп 100 мг в 5 мл: флакон 100 мл в комплекте с дозирующей ложкой.

У детей в возрасте 4 лет и младше рекомендуется начинать лечение с применения 20—60 мг/сутки и повышать дозу на 20—60 мг через день.

У детей в возрасте старше 4 лет лечение может быть начато с применения препарата в дозе 100 мг/сут; дозу повышают постепенно — каждую неделю на 100 мг. Поддерживающие дозы для детей составляют 10—20 мг/кг/сут (в несколько приемов).

Таблица 8

Поддерживающие дозы приема препаратов для детей

Возраст	Суточная доза
До 1 года	100—200 мг (в 1 прием)
1—5 лет	200—400 мг (в 1—2 приема)
6—10 лет	400—600 мг (в 2—3 приема)
11—15 лет	600—1000 мг (в 2—3 приема)

Финлепсин (Pliva Hrvatska d.o.o., Хорватия).

Форма выпуска: таблетки по 200 мг; таблетки-ретард — по 200 и 400 мг карбамазепина.

Принимают внутрь, во время или после еды, запивая достаточным количеством жидкости.

Тимонил (Timonil) (Деситин Арцнаймиттель ГмбХ, Германия).

Действующее вещество (МНН) — карбамазепин (carbamazepine).

Фармакологическая группа: нормотимики. Противоэпилептические средства.

Таблица 9

Схема дозирования в детском возрасте

Возрастные группы	Начальная доза, ежедневно	Поддерживающая доза, ежедневно
Детям от 1 года до 4 лет	по 1/4 таблетке 1 раз в сутки	по 1 таблетке 1—2 раза в сутки
Детям от 4 до 6 лет	по 1/2 таблетке 1—2 раза в сутки	по 1 таблетке 1—2 раза в сутки
Детям от 6 до 10 лет	по 1/2 таблетке 2 раза в сутки	по 1 таблетке 3 раза в сутки
Детям от 11 до 15 лет	по 1/2 таблетке 2—3 раза в сутки	по 1 таблетке 3—5 раз в сутки

Производное дибензазепина, лечебное средство против эпилепсии, характеризуемое анальгезирующим (у пациентов с невралгией), антидиуретическим (у пациентов с диабетом несахарным), антиманиакальным и нормотимическим эффектом воздействия на организм.

Действие препарата обусловлено блокадой натриевых потенциалзависимых каналов. При приеме наблюдается стабилизация нейронных мембран, подавление образования разрядов серийных нейронов, уменьшение проведения синаптических импульсов. Тимонил противодействует повторному формированию потенциалов действия в деполяризованных Na+-зависимых нейронах. Уменьшает высвобождение нейромедиаторной аминокислоты глутамата, имеющей возбуждающую активность, увеличивает малый судорожный порог, что приводит к снижению опасности образования эпилептического припадка. Тимонил также повышает К+ проводимость, модулирует потенциалзависимые Са2+ каналы, что, в свою очередь, также обеспечивает противосудорожный эффект данного лечебного средства. Контролирует эпилептические модификации личности пациента, что (за счет повышения коммуникабельности) улучшает его социальную реабилитацию.

У больных с эпилепсией (в частности, у подростков и детей) зафиксировано положительное воздействие тимонила на депрессивную и тревожную симптоматику, а также снижение агрессии и раздражительности. Воздействие на психомоторные показатели и на когнитивную функцию отличается большой вариабельностью.

Показания к применению: эпилепсия (исключая petit mal), маниакальные состояния, профилактика маниакально-депрессивных расстройств, невралгия тройничного и языко-глоточного нервов, диабетическая нейропатия.

Способ применения и дозы: внутрь, вне зависимости от еды с небольшим количеством воды. Взрослым — 100—1600 мг в сутки (в зависимости от показаний и выраженности заболевания), детям — 10—20 мг/кг в сутки в несколько приемов.

Форма выпуска: Timonil (Тимонил) 200 ретард № 100, таблетки.

Клоназепам (POLFA S. F., Польша).

Международное наименование и действующее вещество — клоназепам (clonazepam).

Противоэпилептическое средство, производное бензодиазепина, оказывает также седативно-снотворное и центральное миорелаксирующее действие. Усиливает ингибирующее действие ГАМК (медиатор пре- и постсинаптического торможения во всех отделах ЦНС) на передачу нервных импульсов. Стимулирует бензодиазепиновые рецепторы, расположенные в аллостерическом центре постсинаптических ГАМК-рецепторов восходящей активирующей ретикулярной формации ствола мозга и вставочных нейронов боковых рогов спинного мозга; уменьшает возбудимость подкорковых структур головного мозга (лимбическая система, таламус, гипоталамус), тормозит полисинаптические спинальные рефлексы. Анксиолитическое действие обусловлено влиянием на миндалевидный комплекс лимбической системы и проявляется в уменьшении эмоционального напряжения, ослаблении тревоги, страха, беспокойства. Седативный эффект обусловлен влиянием на ретикулярную формацию ствола головного мозга и неспецифические ядра таламуса и проявляется уменьшением симптоматики невротического происхождения (тревоги, страха). Противосудорожное действие реализуется путем усиления пресинаптического торможения. Подавляется распространение эпилептогенной активности, но не снимается возбужденное состояние очага.

Эксперименты, а также исследования ЭЭГ у человека показали, что клоназепам быстро подавляет пароксизмальную активность разных типов, в том числе комплексы «спайк-волна» при абсансах (petit mal), медленные и генерализованные комплексы «спайк-волна», «спайки» височной и других локализаций, а также нерегулярные «спайки» и волны. Изменения на ЭЭГ генерализованного типа подавляются в большей степени, чем фокального. В соответствии с этими данными клоназепам оказывает благоприятный эффект при генерализованных и фокальных формах эпилепсии. Центральное миорелаксирующее действие обусловлено торможением полисинаптических спинальных афферентных тормозных путей (в меньшей степени и моносинаптических). Возможно и прямое торможение двигательных нервов и функции мышц.

Показания к применению: эпилепсия у детей и взрослых (акинетическая, миоклоническая, генерализованные субмаксимальные, височные и фокальные припадки); синдромы пароксизмального страха, фобии (у пациентов старше 18 лет); маниакальная фаза циклотимии, психомоторное возбуждение при реактивных психозах. У детей: эффективен при абсансах, но, как правило, не является препаратом выбора из-за побочных эффектов и возможности привыкания к нему. Показан в качестве исходной или дополнительной терапии при атипичных абсансах, атонических и миоклонических припадках.

Способ применения и дозы: внутрь, после еды. Детям: начальная доза — 1 мг/сут в 2 приема, затем — повышение на 0,5 мг каждые 3 дня. У детей до 10 лет — 0,01—0,03 мг/кг. В возрасте до года начинать необходимо с 0,25 мг и увеличивать до 0,5—1 мг; 1—5 лет — до 1—3 мг; 5—12 лет — начинать с 0,5 до 3—6 мг. Поддерживающая доза у детей до 5 лет — 1—3 мг/сут., от 5 до 12 лет — 3—6 мг/сут.

Состав и форма выпуска: 1 таблетка содержит клоназепама 0,5 или 2 мг; в блистере 30 шт., в коробке 1 блистер.

Аналоги клоназепама:

Антелепсин (ASTA Medica, Арцнаймиттельверк Дрезден ГмбХ, Германия).

Торговое наименование: антелепсин.

Международное наименование и действующее вещество — клоназепам (clonazepam).

Форма выпуска: таблетки по 0,25 и 1 мг.

Ривотрил (Хоффманн — Ля Рош, Швейцария).

Международное наименование и действующее вещество — клоназепам (clonazepam).

Форма выпуска: таблетки по 0,5 и 2 мг; раствор для инъекций — по 1 мг в 2 мл.

Между отдельными классами психотропных средств существуют многочисленные переходные препараты, которые одновременно обладают отчетливыми свойствами обоих классов. К ним, например, относятся «тимонейролептики» (карпипрамин, сульпирид), «тимотранквилизаторы» (алпразолам, адиназолам), антидепрессанты с нейролептическими (амоксапин) или ноотропными (S-аденозилметионин) свойствами, «транквилоноотропы» (мексидол, фенибут, дипептиды пиролидинкарбоновых кислот). Некоторые транквилизаторы (лоразепам, клоназепам, феназепам) по мощности своего психолептического действия приближаются к малым нейролептикам, а ряд новых препаратов (гепирон, флупразин, перлапин) могут одновременно блокировать серотониновые и дофаминовые рецепторы, оказывая анксиолитическое и умеренное антипсихотическое действие.

Клиническая практика показывает, что так же, как один препарат может быть эффективен при разнообразных состояниях, так и представители различных классов психотропных средств могут с успехом применяться при одном и том же психопатологическом феномене. В первом случае это может объясняться либо широтой диапазона психотропного действия препарата, либо известной общностью патогенеза некоторых состояний. К средствам с широким спектром психотропного действия, например, относятся соли лития и карбамазепин (финлепсин, тегретол), которые эффективны при маниях, агрессивности, болевых синдромах и т. д. Некоторые антидепрессанты (кломипрамин, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина) дают достаточно хорошие результаты не только при депрессивных, но и при обессивно-фобических расстройствах, панических атаках и других тревож-

ных синдромах. С другой стороны, многие феноменологически близкие депрессии (например, тревожные) купируются как применением седативных антидепрессантов, так и транквилизаторов (алпразолам, клоназепам и др.), нейролептиков (левомепромазин, тиаприд, хлорпротиксен), солей лития или карбамазепина. Это может объясняться либо тем, что депрессия является неспецифическим клиническим выражением различных патофизиологических процессов, либо тем, что различные средства воздействуют на разные звенья патогенеза депрессии. Так, купирование феназепамом и некоторыми другими бензодиазепиновыми производными острой психотической симптоматики у больных шизофренией, вероятно, связано не столько с истинным антипсихотическим действием, сколько с прицельным блокированием тревожного аффекта, который провоцирует развитие психоза. Иными словами, клиническая реальность значительно более многообразна, чем любая схема, и психотропные свойства препаратов различных классов в существенной степени пересекаются.

5.3. Комплексный метод лечения

Пограничные психические расстройства выделяются как «пограничные» потому, что находятся на границе между нормальной и патологической работой мозга. Поэтому лечение всех таких расстройств должно иметь общую стратегию, общие подходы. Лечение, во всяком случае, не должно заключаться только в борьбе напрямую с проявляемой симптоматикой заболевания (навязчивостями, судорогами речевых мышц, гиперактивностью, энурезом и т. д.), так как эта симптоматика зачастую является полезной приспособительной реакцией организма и показывает нам, что процесс еще не вышел из-под контроля чрезвычайных регулирующих механизмов мозга. Лечение должно быть системным, то есть включать в себя не только внешние воздействия, но использовать и ставить под контроль включенные мозгом защитные регулирующие механизмы. Наш организм — неимоверно мощная саморегулирующая система, и задача врача, по нашему глубокому убеждению, не вмешиваться в деятельность этой уникальной системы, а создать наиболее комфортные условия для самовосстановления ее нарушенных звеньев.

В настоящее время преобладает общий теоретический подход к психонервным заболеваниям как к устойчивым патологическим состояниям, определяемым работой так называемых детерминантных структур [Г. Н. Крыжановский, 1980; Н. П. Бехтерева, 1988; Н. Н. Данилова, А. Л. Крылова, 2002]. Всякое устойчивое патологическое состояние, как и всякая его определяющая констелляция детерминантных структур, в своем развитии проходят стадию доминанты. Причем этот процесс является динамическим. Закрепившиеся, так называемые «жесткие» связи между структурами, уже прошли стадию доминанты, а связи,

модулирующие работу мозга, так называемые «гибкие» связи, ее еще не прошли. Именно на эти связи может быть оказано внешнее лечебное воздействие, которое может перевести работу мозга на качественно иной, не патологический режим работы.

Исходя из концепции устойчивого патологического состояния, чем в более раннем возрасте поставлен диагноз и начато лечение, тем больше шансов для выздоровления. Действительно, на начальных этапах онтогенеза подключено больше гибких (резервных) связей мозга и существует более широкий выбор их использования. С другой стороны, легче дестабилизировать схему УПС, так как мозг еще развивается, и кирпичики жестких блоков входят во многие формирующиеся системы. На фоне дестабилизации, используя резервные связи, можно создать новую схему, компенсирующую ту или иную утраченную функцию, без существенного нарушения в работе других систем мозга.

Концепция устойчивого патологического состояния (УПС), разработанная школой академика Н. П. Бехтеревой [Н. П. Бехтерева, 1966, 1971, 1988, 1994, 1997; Н. П. Бехтерева, Д. К. Камбарова, В. К. Поздеев, 1978; Н. П. Бехтерева, Г. А. Вартанян и др., 1988], в настоящее время является наиболее перспективной нейрофизиологической гипотезой возникновения всех психонервных расстройств. Исходной точкой становления концепции УПС стал вопрос о механизмах компенсации при поражениях мозга. Многочисленные факты говорили о том, что компенсация нарушений в онтогенезе имеет очень широкий диапазон. Достаточно сказать о наблюдаемом нормальном развитии однополушарных от рождения детей или детей с весьма значительными родовыми травмами головного мозга [Э. Г. Симерницкая, 1985]. Однако с возрастом компенсаторные возможности мозга резко уменьшаются.

Современные нейрофизиологические данные показывают: мозг запрограммирован на большое число параллельных звеньев, предназначенных для выполнения одной и той же функции (двигательной, эмоциональной и т. п.). В процессе онтогенеза эта избыточность сокращается, что является целесообразным, так как уменьшает уровень шума в центральной нервной системе и повышает точность и экономичность ее работы. В конечном итоге в действии остаются только генетически запрограммированные, необходимые для жизнеобеспечения схемы, в терминологии Н. П. Бехтеревой — жесткие звенья всех мозговых систем. Утратившие свое значение схемы получили название гибких звеньев.

Полученные нейрофизиологические данные показали, что во многих случаях гибкие звенья сохраняют свои свойства. В связи с этим пришлось пересмотреть само понятие психонервного заболевания. Как правило, врач имеет дело с хроническим заболеванием, то есть длительно протекающими процессами в центральной нервной системе. До начала лечения организм собственными силами в какой-то степени скомпенсировал патологический процесс, иначе исход болезни был бы летальным. Острая стадия болезни — стадия неустойчивого

равновесия, борьбы организма за выживание, стадия дестабилизации в работе мозга и всех его систем. Хроническая стадия, напротив, характеризуется состоянием устойчивого равновесия, которое достигается, как правило, не за счет пораженных звеньев системы (вспомните: «погибшие нервные клетки не восстанавливаются»!), а за счет формирования новых рабочих схем, использующих резервные гибкие звенья. Создается новая схема, частично компенсирующая патологию, иногда совершенно неприемлемым для выполнения второстепенных функций образом. Эта схема весьма устойчива и включает работу многих непораженных систем и структур центральной нервной системы. Такое состояние получило название устойчивого патологического состояния, так как в клинической практике имеют дело «прежде всего с проявлением гиперактивности этих структур, а не с проявлениями собственно поражения» [Н. П. Бехтерева, 1988, с. 8]. Например, такое известное заболевание, как паркинсонизм (или дрожательный паралич) возникает от первичной недостаточности структурных систем мозга, секретирующих медиатор дофамин. Уменьшение активности дофаминергической системы вызывает увеличение активности холинергической системы, то есть структур, секретирующих медиатор ацетилхолин. Таким образом, в патологический круг включаются совершенно непричастные к первоначальному дефекту структуры и системы компенсации, и для успешного лечения необходимо как повышение активности дофаминергических систем мозга, так и понижение гиперактивности холинергических его структур. Приведенная схема является правилом и при других заболеваниях, в том числе — для пограничных психических расстройств.

Как дестабилизацию, так и формирование новой системы значительно проще проводить, если определено центральное звено патологической системы. В некоторых случаях это явный центральный очаг поражения (например, при очаговой эпилепсии). В других, наиболее распространенных случаях, это нарушение взаимодействия между структурами мозга, вызванное первичными резидуальными поражениями, генетически заложенными нарушениями или психологическими воздействиями.

Все сказанное выше можно обобщить: основу (базу) для возникновения пограничных психических (резидуально-неврологических) и других психических расстройств составляет совокупность неблагоприятных генетических и психологических факторов (например, памяти о родовой травме), а также первичное резидуальное поражение различных структур головного мозга, меняющее их взаимодействие. Совокупность указанных факторов приводит к общей предрасположенности для развития заболевания, которое может инициироваться самыми разнообразными запускающими внешними факторами. Какими бы патогенными по своей силе эти факторы ни были, очевидно, что без благоприятной почвы, подготовленной существующей основой — устойчивым патологическим состоянием, они сами по себе не в состоянии вызвать патологию. Действительно, если вспомнить концепцию первичной родовой травмы, развиваемую Грофом, то практически все без исключения проходят этот путь, но лишь у нескольких процентов людей развиваются психические расстройства, не связанные в явном виде с наследственными генетическими факторами.

Внешние факторы не только запускают первичное проявление патологии, но чаще всего и усугубляют ее развитие, так как первые симптомы развивающейся болезни «замаскированы» обычной неравномерностью психического развития ребенка. Они не настораживают социальное окружение ребенка и не приводят к врачебному вмешательству. Например, первые признаки развивающегося заикания — клонические судороги речи, проявляющиеся в повторении первого слога или первой буквы слова, являются как бы продолжением нормального речевого развития или некоторым его замедлением. Ведь первые слова малыш тоже произносит по слогам. Поэтому насильственное вмешательство в развитие речи ребенка, как со стороны родителей, так и со стороны неосведомленных об этом специалистов, приводит к углублению патологии. В приведенном примере клонический тип судорог переходит в тоно-клонический или в тонический. В некоторых ситуациях ребенок может вообще замолчать. Скрытое развитие болезни переходит в выраженную патологию.

Мы уверены, что наибольших результатов в терапии пограничных расстройств, в том числе и неврозов, можно добиться использованием не какого-либо одного метода (даже самым виртуозным способом), а применением нескольких видов воздействия на комплексной основе, особенно в детском возрасте, когда приходится учитывать все нейрофизиологические особенности развивающегося организма (и головного мозга!) ребенка.

Должны заметить, что приведенная схема не противоречит психологическим гипотезам о возникновении психонервных расстройств, а лишь существенно дополняет их. Мы не сторонники крайней точки зрения некоторых нейрологических школ, утверждающих, что «для всякой ненормальной мысли существует ненормальная клетка мозга» [S. Grof, 1992, с. 233]. Однако мы твердо убеждены в том, что каждый синдром свидетельствует о нарушении взаимоотношений и связей между структурами головного мозга по сравнению с заложенными в нормальной генетической программе, то есть об образовании устойчивого патологического состояния. Данное положение не противоречит некоторым заявлениям критиков современного состояния дел в психиатрии: «...То, о чем психиатрия говорит как о четких диагностических критериях, есть стадии процесса трансформации, на которых пациент почему-либо задержался» [S. Grof, 1992, с. 236]. Именно задержкой на ранних стадиях становления взаимоотношений между ведущими структурами головного мозга объясняется, с наших позиций, развитие пограничных психических расстройств.

Если говорить о нейрофизиологических основах этиологии и патогенеза пограничных психических расстройств, то в наших многочисленных работах было показано, что основной причиной этой группы заболеваний является нарушение межструктурного взаимодействия. На это указывают результаты кросс-корреляционного анализа и наличие патологической пароксизмальной ритмики в определяющих развитие межструктурного взаимодействия зонах полушарий головного мозга (в теменно-височных и теменно-затылочных областях) [М. И. Лохов, Ю. А. Фесенко, 2000, 2005, 2010, 2011; М. И. Лохов, А. А. Скоромец, Ю. А. Фесенко, 2006; Ю. А. Фесенко, 2007, 2009, 2010; М. И. Лохов, Е. В. Фесенко, Ю. А. Фесенко, 2008, 2011].

В существующей сегодня лечебной практике в основном используются три разновидности воздействий на изменение активности мозговых структур. Первый и самый распространенный вид — психофармакологическое воздействие, которое проводится без какого-либо контроля за состоянием мозга и направлено на прямое подавление чрезмерной патологической активности структур-генераторов. К этому виду относится применение для лечения пограничных психических расстройств больших доз транквилизаторов, антидепрессантов и т. п. Результат — временное снижение симптоматики с неизбежным рецидивом после отмены препаратов, а в случае длительного применения препаратов — неизбежное нарушение работы других структур мозга с последствиями, в ряде случаев, более тяжелыми, чем первичное заболевание (зависимость от препарата и т. д.). Путь, где, к сожалению, не используются даже те минимальные знания о взаимодействии структур мозга и его нарушениях при разного рода заболеваниях, которые уже имеются в психофизиологии.

Второй вид воздействий использует активацию возможностей мозга в отношении включения его резервов. Зачастую и здесь без должного контроля за состоянием мозга проводится стимуляция его резервов ноотропами, гомеопатическими средствами или слабым воздействием электромагнитных полей (постоянным или импульсным током). Последний вид воздействий, как считается, может быть локальным, направленным на избирательную активацию тех или иных структур коры головного мозга [Г. А. Вартанян и др., 1981; Э. М. Каструбин, 1995].

Активация резервов мозга необходима практически при всех патологиях, в основе которых лежит первичное поражение мозговых структур. Даже если такое поражение не проявляется непосредственно, оно влияет на взаимодействие между структурами мозга, что фактически составляет патологическую базу многих психонервных заболеваний и, в частности, пограничных психических расстройств. Однако тотальная, не направленная активация в ряде случаев может усугубить и даже закрепить существующие нарушения во взаимодействии между структурами. Поэтому всякое такое воздействие, строго говоря, должно проводиться под тщательным объективным контролем за работой мозга,

а не только на основании интуиции и практических знаний лечащего врача.

Наконец, третьим и наиболее перспективным видом воздействий на мозг является моделирование его собственных защитных механизмов. Такого рода воздействия интенсивно развиваются в последние десятилетия и получили название «адаптивное биоуправление». К ним, например, относится использование внешней обратной связи для усиления собственной альфа-ритмической активности мозга больного, которое применяется для компенсации задержки развития мозга у детей и лечения пограничных психических расстройств у взрослых [E. Barowsky, 1990; M.-A. Tansey, 1993].

Стоит заметить, что блестящим временным успехам в применении этого вида воздействий часто сопутствуют не менее разочаровывающие рецидивы, так как мало «разобщать патологические связи», но надо активно создавать новые, конкурирующие со старой системой. Без этого этапа память о патологии повернет работу мозга в старое русло. Кроме того, объем наших знаний о механизмах работы мозга на сегодняшний день не позволяет полноценно моделировать его защитные механизмы.

Разработанная нами новая методика лечения пограничных психических расстройств, включая неврозы, опирается в основном на использование резервов мозга, его нереализованных гибких связей с целью создания новой доминантной структуры в противовес существующей — патологической. Следует отметить, что все примененные воздействия проводятся под строгим объективным контролем компьютерного ЭЭГ-анализа для каждого больного. Учитывается также статистика нарушений межструктурного взаимодействия в работе мозга, которая набрана по совокупности больных с данным диагнозом. Надо сказать, что наименьший разброс статистических данных присущ именно детскому возрасту с трех до девяти лет. Чем старше больной, тем менее четкими становятся обобщенные нарушения, хотя наиболее характерные черты нарушения во взаимодействии структур остаются в любом возрасте. Можно заключить, что компенсация нарушений в работе мозга протекает сугубо индивидуально, а оставшиеся, наиболее трудно компенсируемые нарушения во взаимоотношениях между структурами как раз и характеризуют данное заболевание и всю нозологическую группу заболеваний в целом (например, неврозы).

Ниже мы описываем комплексный способ лечения неврозов и других пограничных психических расстройств у детей, отмечая, что эта схема не является законченной, что она имеет право на модернизацию, на динамичность, исходя из возможностей тех, кто проводит терапию пограничных психических заболеваний.

Психофармакологическая коррекция

Опираясь на воздействия, использующие активизацию резервов мозга и его механизмы саморегуляции, мы активно используем психофармакологические препараты, в частности те из них, которые вклю-

чают резервные нейроны и избирательно подавляют активность патологических генераторов.

В большинстве случаев обнаруженная пароксизмальная активность в ЭЭГ у больных неврозами имеет стволовое происхождение, о чем свидетельствуют характерные паттерны спектрального анализа. Очаги такой активности наиболее трудно поддаются коррекции как обычными психотерапевтическими методами, так и методами, использующими адаптивное биоуправление.

В качестве основных препаратов, используемых для подавления пароксизмальной активности, нами применяются так называемые атипичные бензодиазепины — клоназепам (антелепсин, ривотрил) и карбамазепин. Мы говорили выше о двух типах бензодиазепиновых рецепторов, медиатором в которых служит ГАМК: БДР-1, ответственные за противотревожное и противосудорожное действие, и БДР-2, ответственные за седативное действие и миорелаксирующие эффекты. Повторимся, значительная эффективность указанных выше препаратов обусловлена их в три-четыре раза большим (чем у типичных бензодиазепинов) сродством к БДР-1. Так как прямой зависимости между клиническим действием и дозой упомянутых препаратов не установлено, нами производится индивидуальный подбор дозировок по показателям КЭЭГ и самочувствию больного. Мы не используем суточных дозировок клоназепама выше, чем 1—1,5 мг, распределенных на три приема. Также большое внимание уделяется плавному увеличению дозы препарата (в течение 1—2 недель) и плавному его снижению при отмене. Общая продолжительность курса не менее 2 месяцев с обязательным (по показаниям ЭЭГ) повтором в течение года.

Усиление мощности бета-ритмической активности в ЭЭГ вызывает также применение анксиолитиков (транквилизаторов). Используемый нами препарат клоназепам, хотя и считается противосудорожным средством, был синтезирован как транквилизатор бензодиазепинового ряда. По нашим данным, его ЭЭГ-профиль при одноразовом применении в рекомендуемой терапевтической дозе соответствует профилю анксиолитиков: повышает мощность ЭЭГ в частотном диапазоне 15—26 Гц.

Для активизации резервов мозга нами используются ноотропы (нейрометаболические стимуляторы) и вещества с ноотропным действием. Основной критерий истинных ноотропных средств — избирательная активация энергетического обмена в нервных клетках. Стимуляция резервов головного мозга ноотропами заключается в вовлечении нейронов (резервных или находящихся ранее под действием медленноволновых процессов) в формирование процессов альфа- и бета-ритмической активности.

Из всей обширной группы ноотропов мы отдаем предпочтение пантогаму. Гомопантеоновая кислота впервые была получена в Японии в ходе исследований веществ — аналогов ГАМК, проникающих через гематоэнцефалический барьер. На этой основе в России был синтезирован в 1965 г. препарат пантогам, некоторые из свойств которого были описаны выше. Противопоказаний к приему практически нет. Основными свойствами этого препарата, определяющими наши предпочтения, являются его нейропротекторное и противосудорожное действие. К тому же, это единственный препарат из группы ноотропов, сочетающий мягкий стимулирующий эффект с умеренным седативным действием, уменьшающим моторную возбудимость, которая, как правило, входит в структуру клинических проявлений практически всех пограничных психических заболеваний детского возраста, и часто становится причиной для отмены других ноотропных средств из-за их выраженного стимулирующего (возбуждающего) эффекта. По нашим наблюдениям, в очень редких случаях (1 из 100) у детей младшего возраста (до 10 лет) при приеме пантогама наблюдалась аллергическая реакция даже при назначении весьма умеренных доз — по 0,25 г два раза в сутки в первой половине дня. Выраженное развитие реакции отмечалось через две-три недели после начала приема, и признаки реакции полностью исчезали через одни-двое суток после отмены препарата.

Курсы терапии — длительностью два-три месяца (в отдельных случаях — до четырех-шести месяцев), обычно — в весенне-осенние периоды. Повторные курсы проводятся через два-четыре месяца.

Назначается детям с первых дней жизни при перинатальной энцефалопатии, умственной отсталости различной степени, при задержках развития (психического, речевого, моторного или их сочетаниях), с различными формами детского церебрального паралича, при гиперкинетических расстройствах (синдроме гиперактивности с дефицитом внимания), неврозоподобных состояниях (при заикании, преимущественно клонической форме, тиках).

Пикамилон. Действующее вещество препарата — никотиноил гамма-аминомасляная кислота и никотиновая кислота (витамин РР). Препарат проникает через гематоэнцефалический барьер, значительно превосходя в этом отношении ГАМК. Хорошо проявил себя при черепно-мозговых травмах, состояниях, сопровождающихся страхом, тревогой, астенических состояниях, обусловленных нервно-психическими заболеваниями или связанных с повышенными физическими или умственными нагрузками, расстройствах мочеиспускания.

Назначаем фенибут, глицин, кортексин, глиатилин, фосфатидилхолин (лецитин), инстенон. В результате лечения этими препаратами у детей с МДМ значительно улучшается как слухоречевая, так и зрительная память, психическая работоспособность и внимание. Улучшаются и эмоционально-поведенческие характеристики: повышается социальная активность, появляется интерес к учебе, улучшается настроение, облегчаются социальные контакты, что способствует и общей социальной адаптации ребенка. Кроме этого, отмечается положительная динамика ЭЭГ-показателей.

Кроме описанных выше препаратов, нами широко применяется фитотерапия. Назначался «Ново-Пассит» (сироп или таблетки

из девяти трав), успокаивающие травяные сборы (валериана, пустырник, хмель, мята и т. п.), комплекс пустырника с душицей и витаминными препаратами, разработанный НИИ биологии РАН. Используюся травные адаптогены — элеутерококк, лимонник, аралия, экстракт алоэ и естественные природные вещества того же класса — апилак, прополис. Фитотерапия применяется длительное время после интенсивного курса лечения, наряду с витаминотерапией.

Транквилизаторы (анксиолитики: феназепам, реланиум, лоразепам; дневные транквилизаторы: мезапам, нозепам; с преобладанием снотворного действия: нитразепам, эуноктин), антидепрессанты (показания к их применению более ограничены при неврозах: это лишь тревожно-фобические, обсессивно-компульсивные расстройства и невротические депрессии), нейролептики (показания к их применению еще более ограничены: при истерических (диссоциативных) расстройствах, в том числе при истероневротических депрессиях) и антиконвульсанты используются в нашем методе комплексной терапии редко. По сути дела, говорить об их применении мы можем, как о вынужденной мере, когда симптоматика становится настолько яркой, мучительной для пациента, когда временное и непродолжительное назначение (короткими курсами) препаратов этой группы направлено на купирование остроты клинических проявлений.

Единственным исключением могут быть препараты, используемые для подавления значительно выраженной пароксизмальной активности (судорожной готовности) на ЭЭГ у наших пациентов (об этом мы говорили выше). Это так называемые атипичные бензодиазепины — клоназепам (антелепсин, ривотрил) и карбамазепин (тегретол, финлепсин), которые, помимо противосудорожного, имеют и седативное, противотревожное, нормотимическое, миорелаксирующее действие, что немаловажно для больных неврозами и другими монополярными пограничными расстройствами.

Так как прямой зависимости между клиническим действием и дозой упомянутых препаратов не установлено [А. М. Вейн, С. Н. Мосолов, 1994, с. 46], нами производится индивидуальный подбор дозировок по показателям ЭЭГ и самочувствию больного, что для детей требует довольно большой практики. Мы не используем суточных дозировок клоназепама больше, чем 1—1,5 мг, распределенных на три приема. Также большое внимание уделяется плавному увеличению дозы препарата (в течение одной-двух недель) и плавному его снижению по окончании срока применения. Общая продолжительность курса не менее двух-четырех месяцев с обязательным (по показаниям ЭЭГ) повтором в течение года. Подход к выбору дозировок остальных препаратов сходен с описанным для клоназепама.

На всех этапах лечения больных с неврозами нами осуществляется взаимосвязь медикаментозной (биологической) терапии и психотерапии, адаптивным биоуправлением и физиотерапевтическим лечением, так как мы считаем, что лишь в комплексе они позволяют осуществить

лечебное воздействие, наиболее близкое к оптимальному. Во время проведения лечебного курса приоритет психофармакотерапии или психотерапии в общем терапевтическом воздействии зависит от динамики состояния. Комплексное и динамичное применение индивидуально подобранных психотропных средств, сеансов биологической обратной связи, физиотерапевтических процедур и психотерапевтических методов дает более выраженные и стабильные результаты лечения по сравнению с их самостоятельным использованием.

Адаптивное биоуправление

Фармакологические виды воздействий, используемые нами, являются, говоря по сути, подготовительными. Включая резервы мозга и подавляя пароксизмальную активность, они создают необходимый фон в работе мозга для наиболее эффективного использования механизмов саморегуляции — адаптивного биоуправления. В качестве обратной связи используются звуковые и световые сигналы на частотах, кратных основной активности мозга, которая определяется на основании кросскорреляционного и спектрального анализа ЭЭГ данного больного. Звуковые сигналы навязываются непрерывно с помощью портативного карманного метронома. Сигналы могут подаваться как через портативные наушники, так и через малогабаритный динамик, встроенный в метроном. Световые сигналы используются кратковременно (не более 30—40 мин) на сеансах психотерапии. Для генерации световых сигналов используется вспышка от серийного электроэнцефалографа (длительность не более 50 мс, мощность 0,3 КДж). При групповых сеансах используется усредненная по всей группе частота обратной связи [Н. В. Черниговская и др., 1982; М. И. Лохов, 1994].

Анализ кросс-коррелограмм и результаты лечения показывают, что в результате использования обратной связи изменяется межполушарная направленность взаимодействия между теменно-височными, теменно-затылочными и лобными зонами головного мозга. Закрепление полученного изменения, скорее всего, происходит при помощи образования новых связей, подключающих активированные резервные клетки мозга. Такие изменения происходят относительно длительное время. Поэтому излечение считается полным не только после устранения основного патологического проявления (тревоги, страхов, нарушений сна, навязчивостей, гиперактивности, нарушений внимания и других), но и на основании результатов ЭЭГ-анализа.

Главной целью использования биологической обратной связи (biofeedback) для лечения неврозов и других пограничных психических расстройств является получение усиления мощности ЭЭГ в диапазоне бета-ритма (12—16 или 16—25 Гц) при одновременном ослаблении мощности ЭЭГ в диапазоне тета-ритма (4—8 Гц). Метод биологической обратной связи применяется нами вместе с фармакологической коррекцией, усиливает ее результаты и позволяет сократить длительность применения фармакологических препаратов. Усиление мощно-

сти бета-ритмической активности в ЭЭГ вызывает также применение анксиолитиков (транквилизаторов). По нашим данным, ЭЭГ-профиль клоназепама при одноразовом применении в рекомендуемой терапевтической дозе соответствует профилю анксиолитиков: повышает мощность ЭЭГ в частотном диапазоне 15—26 Гц.

С конца прошлого столетия мы применяем упрощенный метод обратной связи, основанный на навязывании мозгу ритмической активности в диапазоне 1,2—2,3 Гц посредством портативного фоно-фотостимулятора [Л. З. Андронова, М. И. Лохов, 1983; Ю. А. Фесенко, 1995]. Аналогичный метод развивался в США Брейди [J.-P. Brady, 1975]. Долгое время нейрофизиологическая основа полученного положительного воздействия на мозг низкочастотной активности была непонятна, пока при помощи компьютерного анализа ЭЭГ не было показано, что мозг обладает способностью кратного (основным частотам ЭЭГ данного субъекта) увеличения навязанной частоты. Благодаря этому свойству при навязывании частоты 1,3 Гц происходит усиление мощности ЭЭГ в диапазоне 13 Гц и т. д. В последнее время эти данные подтверждены рядом других исследователей [Е. В. Фесенко, 2009; T.-C. Manschreck et al., 1980; J. Kalinowski et al., 1994; N. Cristenfeld, 1996; J. Armson et al., 1997], которые также отмечают, что введение простой метрономной обратной связи, без сложной аппаратуры по анализу ЭЭГ-ритмов, дает значительный положительный эффект при лечении пограничных психических расстройств.

Применение выбранных нами ноотропных препаратов, как и применение обратной связи, приводит к изменению параметров функционирования коры головного мозга и изменению взаимоотношений между его структурами в направлении восстановления их нормального взаимодействия. Восстановление нормальной цикличности ритмической активности мозга приводит к устранению многочисленных синдромов нарушений такой активности, а именно: устраняет нарушения сна (патологическую двигательную активность во сне, энурез, астму, бруксизм, сноговорение, расстройства засыпания и т. д.), снижает гиперактивность, повышает концентрацию внимания, улучшает память и т. п., что является необходимой базой для успешного применения частных дедуктивных и психологических методик, связанных с устранением конкретной симптоматики (тревоги, страхов, гиперактивности, дисграфии, заикания, недержания мочи и т. д.).

Изменение параметров функционирования коры головного мозга меняет работу стволовых структур в направлении, необходимом для излечения, что было показано в многочисленных исследованиях [М. И. Лохов, Ю. А. Фесенко, М. Ю. Рубин, 2003; И. С. Никишена и др., 2004; Ю. А. Фесенко, 2005, 2009; М. И. Лохов, А. А. Скоромец, Ю. А. Фесенко, 2006; М. И. Лохов, Ю. А. Фесенко, Е. В. Фесенко, 2007; M.-A. Tansey, 1993; J.-F. Lubar, 1998; J.-P. Graham, 1999 и др.].

Кроме психофармакотерапии и адаптивного биоуправления, в комплексном способе лечения мы используем физиотерапевтическое лечение, психотерапевтические и дедуктивные (обучающие) методы, позволяющие развить разнообразные способы саморегуляции и воздействия на пораженные звенья систем мозга и организма в целом. Большинство из таких способов являются общими для лечения всех пограничных психических расстройств. Некоторые из них (дидактические, психологические и психотерапевтические) имеют специфические особенности, связанные с особенностями проявления той или иной патологии, в том числе и неврозов. Организация и применение психотерапевтических приемов в составе комплексной методики лечения будут рассмотрены ниже.

Физиотерапевтическое лечение

Физические методы реабилитации включают в себя следующие способы воздействия.

1. Массаж — общий, локальный, точечный, сегментарный. Учитывая тот факт, что у детей с пограничными психическими расстройствами довольно часто выявляются функциональные блоки в поясном, шейном отделах позвоночника, крестцово-копчикового сочленения, нами применяются упражнения на коррекцию двигательного стереотипа, укрепляющие связочно-мышечный аппарат позвоночника. Используется и стимулирующий массаж мышц спины, груди и шеи.

2. Физические упражнения — рефлекторные, пассивные, активные. Они крайне важны для повышенно возбужденных детей: это естественный способ направить избыточную негативную энергию в нужное русло. Мы советуем родителям повторять эти упражнения в вечерние часы дома.

3. Упражнения в воде — рефлекторные, пассивные, активные, подводный массаж, ванны с настоями и отварами трав.

4. Кинезиотерапия по методу В. Войте. В ее основе лежит подход, согласно которому тело человека рассматривается как целостная система, в которой все элементы взаимосвязаны между собой. На любое патологическое состояние, будь то стресс или болезнь, организм реагирует целостно, подключая все имеющиеся возможности регуляции и компенсации. Данный подход позволяет через тело и его мышцы влиять на состояние всего организма в целом. Это особенно важно в детском возрасте, когда связь между телом и психикой еще более тесная. Все переживания ребенка сразу находят свое отражение в его самочувствии, внешнем облике. Сначала простое движение, а затем все более и более сложное, дает ребенку возможность осваивать мир, общаться с окружающими, учиться и понимать. Метод кинезиотерапии, как показывает наш опыт, является важным звеном при организации полноценной коррекционной работы с ребенком, страдающим неврозом.

Проводимая нами кинезиотерапия, представляет собой программу развития, которая отвечает следующим задачам: развитие чувствительности, нормализация тонуса, формирование адекватных представлений о собственном теле, автоматизация простых двигательных актов, стабилизация функции равновесия, улучшение контроля над собственными движениями, развитие сенсомоторной координации, обучение ребенка выполнению точных движений, формирование навыков внимания.

Занятия проходят в специально оборудованном помещении, продолжительность занятия в среднем составляет 50 минут. На каждом этапе работы родителям даются рекомендации, которые позволяют организовать адекватную лечебную работу с ребенком в домашних условиях.

5. Физиотерапевтические процедуры, из которых наиболее часто используются:

- тепловые процедуры (аппликации парафина или озокерита на шейный отдел, конечности);
- электрофорез, чаще всего со спазмолитиками (эуфиллин, папаверин, никотиновая кислота), на шейный отдел или вдоль позвоночника по методике А. Ю. Ратнера; по общей и воротниковой методике с новокаином, хлоридом кальция;
- общее ультрафиолетовое облучение;
- электросон.

Физические воздействия подбираются индивидуально в зависимости от ведущего клинико-неврологического синдрома, степени зрелости ребенка и периода заболевания [Е. В. Фесенко, 2009].

Необходимо отметить, что применение физиотерапевтических процедур эффективно именно в комплексе терапевтических мер. Изолированное физиотерапевтическое лечение при любом пограничном психическом заболевании не имеет выраженного лечебного эффекта.

Рефлексотерапия

В истории развития человеческой мысли наиболее плодотворные ее периоды зарождались на пересечении двух несхожих идей. Реальная их встреча и поддержание отношений, достаточных для существенного взаимодействия, дают новое, интересное их развитие. Сопоставление акупунктуры (иглотерапии), одного из видов древней медицины, и современной западной психологии и психопатологии, на первый взгляд, может показаться неправомерным. Однако, изучая теорию акупунктуры, можно заметить: это не что иное, как первая модель психосоматики, глубоко разработанная и изученная.

Акупунктура дает описание видов телосложения и темпераментов аналогично психосоматическим моделям античных медиков (Гиппократа, Галена) и ей не чужды воззрения основоположников современной психологии и психоанализа (З. Фрейда, К. Юнга, А. Адлера). Оптимальным вариантом, по нашему мнению, должно стать разумное сочетание теорий древней китайской медицины и современных этиопатогенетических концепций западноевропейской медицины, ведь акупунктура основана на том, что при введении игл раздражение передается в центральную нервную систему, благодаря чему восстанавливается или усиливается регулирующее влияние головного и спинного мозга на пораженный орган.

В. И. Гарбузов в одной из своих книг писал: «Современной медицине известно свыше 10 тысяч синдромов и нозологических форм, и болезни диагностируются и врачуются представителями более 300 медицинских специальностей. Узкая специализация врачей — естественный этап развития медицины, неизбежный и целесообразный... Однако еще Сократ указывал: «Хорошие врачи говорят, что невозможно лечить одни глаза, а необходимо в то же аремя лечить голову... равным образом не имеет смысла лечить голову, не пользуя в то же время всего тела». Гиппократ представлял организм как единую, целостную, гармоничную систему, способную к саморегуляции в здоровье и в болезни. В соответствии с этим представлением он полагал, что лечить следует весь организм — душу и тело, помогая в основном саморегуляции организма в борьбе с болезнью» [В. И. Гарбузов, 1995, с. 3—4].

Для полноценного восприятия концепций теоретиков медицины Древнего Китая необходимо понимать символику, к которой прибегали целители того времени. У них доминировало интуитивное, образное и символическое мышление, что и позволяло им видеть патологические проявления емко и целостно, ясно и просто.

Основы понимания гармонии жизнедеятельности, саморегуляции в организме заложены в теории «инь — ян», согласно которой в природе всё полярно. Существует вечная борьба противоположностей и их неразрывное единство. Одно умеряет другое. Между полярностями есть «золотая середина», именно в этой усредненности и возникла жизнь.

Противоположные полюса в древнекитайской медицине — это и есть ян и инь. Ян — солнце, небо, сила, активность, жар, верх, поверхность, мужское начало. Инь — луна, земля, слабость, пассивность, холод, глубина, женское начало. И ян, и инь присутствуют во всей вселенной (макрокосме) и в каждом живом организме (микрокосме). Они непрерывно связаны, проникая друг в друга. Это отражено в одном из главных символов теории древневосточной философии, получившего название «монада» (от греч. «*monás*» — единица, единое) — понятие, используемое в ряде философских систем для обозначения конститутивных элементов бытия (рис. 2).

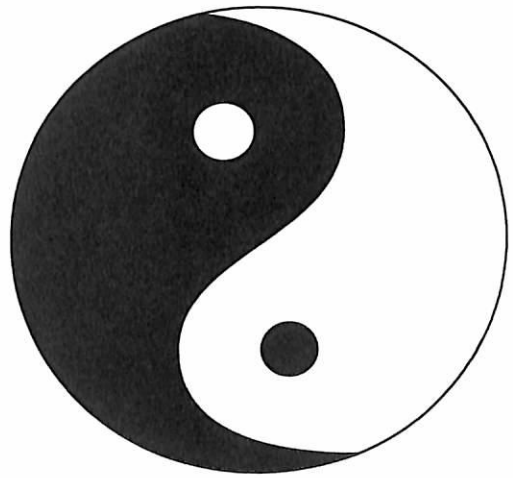


Рис. 2. **«Монада» — понятие, обозначающее конструктивные элементы бытия**

кислорода поступает из легких, легкие поглощают энергию в виде сахаров из печени, при необходимости в печень нагнетается дополнительное количество крови, депо которой является селезенка.

Современная физиология такой тип взаимодействия и взаимосвязей внутренних органов относит к системному подходу, при котором изучение жизнедеятельности организма человека производится в целом, а не отдельных его структур, функционирующих независимо друг от друга (психосоматическая модель китайской медицины — понятие гомеостаза в западноевропейской медицине). С этих позиций концепция у-син представляет собой сложную динамическую модель взаимодействия организма человека с окружающей средой. В настоящее время концепция у-син включается в концепцию инь-ян: первоэлементы металл и вода относят к инь, дерево и огонь — к ян, первоэлемент земля образует как бы поворотный пункт между инь и ян.

Методы воздействия при акупунктуре представлены в табл. 10.

Надо учитывать, что рефлексотерапия детей отличается от таковой у взрослых: и по методикам, и по физиологическим механизмам воздействия, и, конечно же, по восприятию («Колоть иглой — это же больно! Он (она) не даст Вам этого сделать!», — нередко говорят мамы пациентов). Тем не менее, если мы все же «договаривались» с ребенком, то курс лечения проходил успешно, а психотерапевтический компонент такого воздействия, которое представляет собой целое «действо», «ритуал», очень трудно переоценить. Одна гордость маленького пациента собой чего стоит! («Я не боюсь уколов, я взрослый, я смелый и сильный!»).

Кроме этого, известно, что рефлексотерапия способствует восстановлению процессов возбуждения и торможения церебральных нейронов, нормализации нейромедиаторного обмена, повышению уровня эндогенных опиатов, обладает иммуномодулирующим действием, улучшает микроциркуляцию крови, что для детей, страдающих пограничными психическими расстройствами, крайне актуально. Существует устойчивое мнение, что наибольший эффект имеет лечение рефлексотерапией у детей и молодых людей, поскольку в этом возрасте особенно высоки компенсаторные возможности организма.

В таблице 11 представлено время экспозиции (время сеанса акупунктуры) и количество игл, применяемых нами при лечении детей.

Поскольку в китайской медицине каналы — это функциональная неразрывная часть органа, то каждый канал имеет название соответствующего органа. Всего каналов двенадцать: три иньских на руках и ногах и три янских на руках и ногах. Сейчас для обозначения каналов добавлен и международный индекс (первая буква французского названия органа). Считается, что в норме жизненная энергия чи «протекает» по всем каналам без препятствий в течение суток (24 часов), по два часа в каждом из каналов (время максимальной активности чи в канале). Это положение, а также принадлежность канала к первоэлементу, по концепции у-син, учитывается при составлении рецептуры воздействия.

Таблица 10

Методы воздействия при акупунктуре

Количество игл на сеанс и время их экспозиции	Метод воздействия				
	Тормозной I	Тормозной II	Переходный	Возбуждающий I	Возбуждающий II
	До 15 игл, 40 минут и более (до 60 минут)	До 10 игл, 30 минут	8—10 игл, около 25 минут	6—8 игл, от 30 секунд до 2—3 минут	Максимально — 8 игл, 5—10—15—20 минут
Особенности введения иглы	Каноническая глубина введения иглы, максимальные предусмотренные ощущения, дополнительные манипуляции (вращения иглы)	Каноническая глубина введения иглы, умеренные предусмотренные ощущения, без дополнительных манипуляций	Каноническая глубина, умеренные предусмотренные ощущения в месте введения иглы	Каноническая глубина, умеренные кратковременные предусмотренные ощущения, в месте введения иглы, дополнительные манипуляции (пунктирующие и вращательные движения в течение 1—3 секунд	Каноническая глубина, умеренные предусмотренные ощущения, но комфортные для пациента (ломота, тепло, ощущения истомы)

Таблица 11

Время сеанса и количество игл, применяемых при акупунктуре

	Возраст	Метод воздействия		
		Тормозной	Переходный	Возбуждающий
Количество игл на сеанс и время их экспозиции	3—5 лет	5 игл, 6 минут	4 иглы, 4 минуты	4 иглы, 2 минуты
	5—7 лет	7 игл, 10 минут	5 игл, 6 минут	5 игл, 4 минуты
	7—10 лет	9 игл, 15 минут	7 игл, 10 минут	7 игл, 6 минут
	11—15 лет	11 игл, 20 минут	9 игл, 12 минут	9 игл, 8 минут

Это отражено в табл. 12 (французская номенклатура обозначения каналов).

Таблица 12

Принадлежность канала к первоэлементу, по концепции у-син

Канал	Время максимальной активности	Элемент, по концепции у-син
К. печени (F)	1—3 часа	Дерево
К. легкого (P)	3—5 часов	Металл
К. толстого кишечника (GI)	5—7 часов	Металл
К. желудка (E)	7—9 часов	Земля
К. селезенки / поджелудочной железы (Rp)	9—11 часов	Земля
К. сердца (C)	11—13 часов	Огонь
К. тонкого кишечника (Ig)	13—15 часов	Огонь
К. мочевого пузыря (V)	15—17 часов	Вода
К. почек (R)	17—19 часов	Вода
К. перикарда (Mc)	19—21 час	Огонь
К. трех обогревателей (Tr)	21—23 часа	Огонь
К. желчного пузыря (Vb)	23—1 час	Дерево

В специальной литературе можно обнаружить огромное количество рецептов корпоральной акупунктуры (укалывание в точки тела человека, называемые «биологически активными точками» или «биологически активными зонами») для лечения невротических расстройств. Истерию в специальных руководствах связывают с гипофункцией канала почек и нарушениями в системе каналов желудка и толстого кишечника, а неврастению — с нарушениями в системах каналов легких, печени и почек. Мы можем сказать, что при неврозе навязчивых состояний и истерическом неврозе целесообразно использование точек широкого спектра действия (тормозной или переходный методы),

точек задне-срединного канала и «воротниковой» зоны, а при астено-невротическом расстройстве — необходимо воздействовать на точки общеукрепляющего действия вторым возбуждающим методом. При неврастении эффективно воздействие на точки, относящихся к янским каналам (второй тормозной метод, ближе к переходному); при истерии — на точки акупунктуры, относящиеся к иньским каналам, и каналам желудка и толстого кишечника (основные точки — GI4, GI4, E36) I и II тормозным с выраженными предусмотренными ощущениями, а на точки канала почек (R), особенно у девочек — переходным методом. При неврастении, сопровождающейся бессонницей, используют I и II тормозной метод с легкими повторными вращениями иглы. При неврозе навязчивых состояний, сопровождающимся фобиями (особенно нозофобиями) эффективно воздействие II тормозным методом (традиционно при фобиях используются активные точки каналов печени, желчного пузыря и почек, а при навязчивых мыслях — канала селезенки / поджелудочной железы).

У детей младшего возраста, ослабленных больных, пациентов с повышенной чувствительностью или при непреодолимом страхе ребенка перед процедурой вместо игл для воздействия на активную точку применяются мелкие металлические (стальные) шарики диаметром 1 мм или зерна круп (пшено, гречиха) — так называемый метод цубо. Проведение цубо-терапии заключается в следующем: шарик вращательными движениями слегка углубляют в кожу в зоне проекции точки воздействия и фиксируют пластырем 5 × 5 мм. Через каждые два-три дня контролируют состояние больного и тех участков кожи, где фиксируется шарик. По сути, это метод поверхностного пролонгированного воздействия на механорецепторы кожи.

В последние полвека все большую популярность приобретает аурикулярная рефлексотерапия. И хотя применение этого метода насчитывет десятки сотен лет, активное использование его в западной медицине началось с 1950-х гг., когда французский врач Поль Ножье (P. Nogier) опубликовал результаты своей успешной работы при лечении целого ряда заболеваний с помощью воздействия на отдельные пункты (точки) и зоны ушной раковины [P. Nogier, 1972]. С его легкой руки активно стало развиваться отдельное направление рефлексотерапии — аурикулотерапия. На ушной раковине, а особенно на ее передней поверхности сосредоточено большое количество точек акупунктуры (всего, «классических» — более 120), причем плотность их в некоторых зонах неимоверно велика, что осложняет работу рефлексотерапевта, когда речь идет о лечении детей, размер ушной раковины которых меньше, чем у взрослых.

Механизм лечебного действия при воздействии на активные точки ушной раковины связан с ее онто-филогенетическими и анатомо-физиологическими особенностями, а также с ее иннервацией и кровоснабжением. Иннервация ушной раковины уникальна: ветви тройничного нерва (n. trigeminus) и шейного сплетения (plexus cervicalis), которым

принадлежат афферентные нервы соматического происхождения; ветви блуждающего (n. vagus), языкоглоточного (n. glossopharingeus) и лицевого (n. facialis) нервов, которым принадлежат афферентные нервы висцерального происхождения. Кровоснабжение осуществляется из бассейна наружной сонной артерии, а венозный отток — по поверхностно-височной и задне-ушной венам. Кроме этого, ушная раковина имеет обширную сеть лимфатических сосудов [Р. А. Дуринян, 1982; Я. С. Песиков, С. Я. Рыбалко, 1990].

Аурикулярная рефлексотерапия успешно используется для коррекции многих функциональных нарушений, купирования болевых и стрессовых состояний. Многие специалисты отмечают даже большую ее эффективность, чем при корпоральной рефлексотерапии, особенно, если речь идет о болевом синдроме или нарушениях, вызванных стрессовыми факторами. Прекрасно показал себя этот метод и при лечении пациентов с неврозами, особенно при использовании микроигл, которые после введения в активную точку фиксируются на коже ушной раковины лейкопластырем. Это позволяет оставлять иглу в точке уха на продолжительное время (от трех до семи дней), проходящее между сеансами корпоральной акупунктуры (сочетание этих видов рефлексотерапии дает хорошие результаты).

При лечении неврозов хороший эффект достигается использованием следующих аурикулярных точек: 55 (шэнь-мэнь), 25 (ствол мозга), 115 (точка тепла), 82 (точка «зеро», нулевая, по П. Ножье), 83 (разветвление, точка солнечного сплетения по П. Ножье), 87 (желудок), 100 (сердца, первая), 21 (седца, вторая), 25 (ствол мозга), 28 (гипофиз), 29 (затылок), 33 (лоб), 34 (кора головного мозга), 35 (висок), 36 (вершина черепа, точка макушки), 13 (надпочечники), 22 (железы внутренней секреции), 95 (почка), 121 (малый затылочный нерв), 51 (симпатическая нервная система), 78 (верхушка уха). Используются те же принципы укалывания, что и при корпоральной акупунктуре (количество игл, время экспозиции).

Кроме иглоукалывания, в детской практике широко используется метод цзю-терапии, или прижигание (прогревание). Неслучайно метод иглорефлексотерапии называется чжень-цзю-терапией (чжень — иглоукалывание, цзю — прижигание). Первые монографии, посвященные как различным методикам прижигания (использования мокс), так и способам лечения моксами конкретных заболеваний, появились еще во время правления династий Суи (581—618) и Танг (618—907). В древности прижигание совершалось с помощью накаленной металлической палочки, зажженного порошка серы, тлеющего табака, горячей воды, измельченных кусочков чеснока. Сегодня мы используем моксу (полынь обыкновенная (чернобыльник) — Artemisa vulgaris), которая при тлении выделяет приятное тепло. На сеансах прогревания используются специальные полынные сигареты (сигары) и конусы для прижигания (при проведении цзю полынная сигарета устанавливается над

определенной точкой кожи, а конус — на точке и, когда целый полынный конус сгорает, его заменяют другим).

Длительность и частота сеансов определяется самим заболеванием (в случае с неврозами — по аналогии с воздействием иглой). Тем не менее, в настоящее время, как правило, применяют три способа прижигания полынными сигарами (моксами):

- неподвижное тепловое цзю оказывает тормозящее воздействие (тормозной метод). Тлеющий конец сигары устойчиво фиксируют на расстоянии 1—1,5 см над кожей. При этом пациент должен чувствовать приятное тепло. Продолжительность процедуры обычно составляет 15—20 минут и определяется появлением интенсивной эритемы и ощущением глубокого прогревания. При появлении чувства жжения сигару (моксу) быстро отводят. Неподвижное прогревание рекомендуется при неврозах, болевых синдромах;
- метод клюющего цзю оказывает возбуждающий эффект. Этот метод заключается в непрерывном чередовании приближения и удаления от кожи тлеющего конца полынной сигары (моксы) с частотой один раз в секунду («клюющая птица»). Длительность процедуры — от одной до пяти минут. Воздействуют последовательно на несколько точек. Клюющее цзю эффективно при астенических состояниях, часто используется у детей вместо иглоукалывания;
- при утюжащем прижигании зажженная сигара (мокса) движется вдоль канала или патологического очага параллельно коже, при этом больной ощущает приятное легкое перемещающееся тепло. Процедура продолжается в течение 10—15 минут, при этом достигается обширное прогревание с образованием эритемы средней интенсивности (переходный метод или гармонизация). Утюжащее цзю показано при застое энергии в каналах, при различных кожных заболеваниях (экземе, нейродермите) и для лечения невротических расстройств.

Доказано и лечебное воздействие дыма, выделяющегося при тлении полыни (он имеет специфический, приятно-успокаивающий запах). Современные лабораторные исследования лечебных свойств полынного дыма мокс выявили его выраженное бактерицидное действие в отношении целого ряда патогенных микроорганизмов. Выделяют даже отдельный метод цзю-терапии: «сюнь» (копчение) — воздействие на кожу парами целебного дыма полынной сигареты, доказавший свою эффективность при психосоматических расстройствах, особенно при кожной патологии.

Эффективно и использование массажа активных точек, что часто является методом выбора из-за активного противодействия ребенка. Немаловажно, что использовать точечный массаж родители могут самостоятельно, причем в домашних условиях (получив точные и ясные рекомендации от рефлексотерапевта!). В этом случае вреда массаж точек принести не может, а эффект от такой терапии нередок, так как используются точки широкого спектра действия, входящие в рецептуру при многих заболеваниях. При правильном проведении массажа

должен возникать комплекс специфических ощущений, появляющихся при точном попадании в активную точку: ломота, распирание, тепло в месте массируемой точки, иногда распространяющееся вдоль хода канала вверх и вниз.

Рекомендуются следующие приемы массажа: легкое поглаживание активной точки (разогревание); пальцевое разминание — производятся вращательные движения по часовой стрелке, с частотой около двух вращений в секунду и постепенным увеличением давления до получения описанных выше ощущений, без отрыва пальца массирующего от кожи над активной точкой (тормозное воздействие); короткие (около трети секунды) и резкие надавливания на точку с последующим отрывом пальца от кожи, в течение 30—45 секунд (возбуждающее воздействие). У детей активные точки расположены ближе к кожной поверхности. Поэтому давление требует меньших усилий, чем у взрослого. Для самомассажа рекомендуются следующие точки (в скобках указаны рекомендации по применению (цит. по: *Лувсан Г.*, 1986; *Качан А. Т.* и др., 1990).

• Хэ-гу, GI 4 («собрание злаков») — канал толстой кишки; находится в первом межпальцевом промежутке верхней конечности, на уровне вершины кожной складки при приведенном одном пальце, на возвышении первой межкостной мышцы (патология кишечника, дыхательной системы и кожи; головная боль, вегето-сосудистые дистонии по гипотоническому типу; потливость; неврастения).

• Цюй-чи, GI 11 («пруд у изгиба») — на вершине складки при максимально согнутой руке в локтевом суставе (патология кишечника, дыхательной системы и кожи, в том числе аллергические проявления); неврозы, вегето-сосудистые дистонии.

• Шоу-сань-ли, GI 10 («три версты на руке») — на 2 п. о. (пропорциональных отрезка — около 3 см, хотя пропорциональный отрезок (цунь) индивидуален) дистальнее (ближе к кисти) цюй-чи, между группами мышц передней и задней поверхностей предплечья (показания те же, что и для цюй-чи).

• Бай-хуэй, VG 20 («собрание 100 болезней») — заднесрединный меридиан; по средней линии головы, чуть сзади линии, проведенной между верхушками ушных раковин, у детей соответствует малому родничку (при пальпации ощущается ямка), окостенение которого происходит к году жизни (точка общего действия, используется практически во всех рецептах; неврозы; энурез и энкопрез; нарушения сна; вегето-сосудистые дистонии).

• Вай-гуань, TR 5 — канал трех обогревателей; на 2 п. о. проксимальнее (ближе к плечу) лучезапястного сустава, в середине между лучевой и локтевой костями предплечья (патология внутренних органов; вегето-сосудистые дистонии, головные боли; неврозы; расстройства сна.

• Ней-гуань, MC 6 — канал перикарда; на 2 п. о. проксимальнее (ближе к плечу) лучезапястного сустава, напротив вай-гуань, на тыльной поверхности предплечья (вегето-сосудистые дистонии, головные боли; неврозы; патология желудка и поджелудочной железы).

• Сань-инь-цзяо, RP 6 («перекрест трех инь») — канал селезенки / поджелудочной железы; на голени, на 3 п. о. выше верхнего края внутренней лодыжки по заднему краю большеберцовой кости (патология желудочно-кишечного тракта; неврозы; нарушения мочеиспускания (ночное недержание, дискинезии мочевыводящих путей); сексуальные расстройства).

• Цзу-сань-ли, E 36 («три версты на ноге») — канал желудка; на 3 п. о. ниже нижнего края надколенника, латеральнее (кнаружи) на один поперечный палец (указательный) больного от гребешка большеберцовой кости (широкий спектр показаний; при заболеваниях желудочно-кишечного тракта; головные боли; неврозы; хронические вялотекущие процессы).

• Жень-чжун, VG 26 («середина человека») — находится в области верхней трети губного желобка — под носом, в месте перехода верхней челюсти в переднюю ось носа (тики, судороги, истерический припадок).

• Инь-тан, H («встреча с храмом») — внеканальная точка; находится в желобке надпереносья, в месте схождения надбровных дуг (головные боли (сосудистого генеза); гипертензия; судороги у детей).

• Юн-цюань, R 1 — канал почек; находится в центре подошвы, в ямке между второй и третьей плюсневыми костями, проксимальнее (ближе к лодыжке) их головок (дизурические расстройства; истерия; нарушения сна; эпилептический припадок).

• Вэй-ян, V 39 — канал мочевого пузыря; находится на подколенной складке у внутреннего края сухожилия двуглавой мышцы бедра (нарушения мочеиспускания).

Полезен массаж и дополнительных точек, указанных ниже, но он не может проводиться больным самостоятельно.

• Да-джуй, VG 14 («большой позвонок») — точка соединения всех каналов ян; располагается на середине расстояния между остистыми отростками седьмого шейного и первого грудного позвонков (вегето-сосудистые дистонии, вегетолгии; неврозы (особенно истерия), стрессовые состояния, астенизация).

• Мин-мэнь, VG 4 («врата жизни, «судьбы») — находится между остистыми отростками второго и третьего поясничных позвонков (патология органов малого таза; сексуальные расстройства; неврозы; дискинезии кишечника).

• Шэнь-шу, V 23 («почка») — меридиан мочевого пузыря, точка ШУ (расположена сегментарно по отношению к соответствующему внутреннему органу) на спине канала почки; расположена на спине между остистыми отростками второго и третьего поясничных позвонков, в сторону на 1,5 ширины большого пальца (первая боковая линия спины) (патология мочевыводящей системы; заболевания органов малого таза; неврозы).

• Точки ба-ляо («восемь ямок»), четыре парные точки, V 31—34 — находятся в проекции крестцовых отверстий (нарушения мочеиспускания; дискинезия толстого кишечника; патология органов малого таза; неврозы).

Описанные точки массируются в порядке их расположения в списке. Особенно удобны для самомассажа первые 12 точек, поэтому их рекомендуется массировать не менее трех раз в день. Кроме влияния на внутричерепное давление, судорожную и пароксизмальную активность, нарушения в работе внутренних органов, массаж активных точек вызывает увеличение релаксации мышц, снятие внутреннего напряжения.

Завершая этот раздел, считаем нужным отметить, что многие лекарственные препараты (особенно нейролептики, транквилизаторы, гормональные средства) могут существенно изменять (чаще в сторону ослабления) действие рефлексотерапии.

Профессор Р. А. Дуринян пишет: «Рефлекторный принцип регуляции функций в организме человека и животных, начиная от самых простых и кончая самыми сложными, является самым универсальным физиологическим принципом... Рефлекторная реакция может осуществляться и чаще всего осуществляется при участии многих структур мозга с вовлечением нервных и гуморальных механизмов на основе интегративного анализа поступающей информации и использования предшествующего опыта с учетом сенсорной и психической мотивации.

Жизненно важные стандарты (гомеостаз) поддерживаются благодаря безусловным рефлексам на основе специфической для данной системы информации... Рефлекторная теория представляет собой функциональное понятие нервизма — учения об основах регуляции физиологических функций...

В натуральных условиях рефлексы вызываются под воздействием физиологических раздражителей. В условиях патологии центральные механизмы регуляции дезорганизуются и рефлекторные реакции извращаются, усугубляя патологический процесс. Тогда и возникает необходимость применить искусственно вызванный поток сигналов для того, чтобы моделировать натуральные рефлексы и способствовать детерминированным механизмам центральной регуляции нормализовать свои регуляторные эффекты» [Р. А. Дуринян, 1982].

Не перекликаются ли взгляды известного рефлексотерапевта с теоретическими выкладками исследователей патогенеза неврозов?

Индивидуальная психотерапия

Психотерапия неврозов весьма специфична и должна быть действительно патогенетической в том смысле, что должна не столько устранять последствия психической травматизации, сколько корректировать те особенности личности, которые способствовали возникновению невроза. Разрешение какой-то локальной, пусть и актуальной проблемы пациента, впавшего в невроз, без коррекции тех особенностей личности, которые обусловили невротическую реакцию на психотравматизацию, без коррекции невротической системы отношений личности к себе, к другим, к жизни не может привести к полному излечению от невроза, поскольку у подобной личности незамедлительно возникает новая тягостная проблема, приобретает актуальность новое психотравмирующее обстоятельство, возвращающее ее в замкнутый круг невротического реагирования. Невротической личности присуща неспособность продуктивно противостоять вызовам действительности, адекватно воспринимать жизненные трудности и их разрешать.

Поэтому психотерапия неврозов всегда должна быть комплексной, личностно ориентированной, воздействующей на причины его возникновения, а значит — действительно патогенетической. В первую очередь патогенетическая психотерапия должна быть направлена на коррекцию тех характеристик личности, которые составляют преневротический личностный радикал, сам по себе способствующий дезадаптации личности и порождающий ее патопластические переживания. Другими словами, преневротический личностный радикал сам по себе — болезнь и фактор принципиальной готовности к возникновению невроза. И избавить ребенка от невроза можно только тогда, когда у него отпадает нужда в психологической защите. Человек будет излечен от невроза, если сам откажется от психологической защиты, а он сможет сделать это, если будут устранены те характеристики личности, которые составляют преневротический личностный радикал, ибо преневротический личностный радикал и невроз неразрывны!

Основываясь на рациональной патогенетической психотерапии, которая в нашем методе лечения является базисной, мы широко и охотно применяем элементы практически всех прочих методов психотерапии в индивидуальной работе с пациентом. Не случайно ведь, что метод патогенетической психотерапии при его создании В. Н. Мясищевым испытал на себе заметное влияние психоанализа, а также рациональной психотерапии Дюбуа, а в 1990-х гг. развитие патогенетической психотерапии стало происходить путем ее интеграции в другие виды психотерапевтического воздействия. Это, кстати, сделало этот вид психотерапии более привлекательным для современного психотерапевта, потому что, не отходя от основ нейродинамической концепции неврозов, он получил возможность интегрировать отечественную психотерапию, основанную на физиологическом учении И. П. Павлова и его последователей (нейрофизиологические, нейрохимические и психофизиологические аспекты патогенеза неврозов), с западной психологией и психотерапией с применением эффективных технических процедур. В наибольшей степени отвечают задачам интеграции, как уже говорилось выше, методы когнитивно-поведенческого и феноменологического подходов, прежде всего рационально-эмотивная психотерапия А. Эллиса, когнитивная терапия А. Бека, гештальт-терапия Ф. Перлза.

А. А. Александров пишет по этому поводу: «Интегративное движение — не причуда нового времени, а закономерный этап эволюционного развития психотерапии. Многие современные подходы можно

рассматривать как более высокую ступень эволюции психотерапии — в них «в снятом виде» присутствуют предшествующие идеи и концепции. В силу этого интегративную тенденцию психотерапии можно рассматривать как неотъемлемую черту ее развития, как в недавнем прошлом стихийный, а теперь уже целенаправленный творческий процесс на основе накопленного опыта предшественников. Прекрасным примером в этом отношении может служить гештальт-терапия Фредерика Перлза, в которой элементы психоанализа, психодрамы, телесной терапии и дзен-буддизма составляют единый сплав, иллюстрируя известное положение гештальт-психологии о том, что «целое не сводится к сумме составляющих его элементов» [А. А. Александров, 1997].

Использование приемов рациональной психотерапии (детские психотерапевты называют ее «разъясняющей» психотерапией) уже при первой беседе врача с пациентом позволяет установить необходимый психологический контакт, сформировать у пациента представление о сущности заболевания и его симптомов, возможностях избавления от них. В психотерапевтических беседах применяются различные подходы и приемы: ободрение, убеждение, переубеждение, отвлечение.

Обобщая, отметим, что в индивидуальной психотерапии ребенка с неврозом нами в основном используются убеждение, игровая психотерапия, терапия рисунком (психотерапия с помощью изобразительного творчества), внушение, самовнушение с включением элементов метода Куэ и аутогенная тренировка.

Убеждение (по сути — рациональная психотерапия, «разъясняющая» психотерапия) проводится в виде терапии информацией, вступающей в связь и взаимодействие с имеющимися у пациента представлениями, чтобы в процессе «синтеза» подвергнуть их критической оценке и логической переработке. Результатом такого лечения является торможение старых патологических и выработка новых представлений. Техникой убеждения является беседа. Лечебный эффект, хотя и достигается не быстро, как правило, устойчив. Поскольку в процессе терапии активно участвует и сам ребенок, происходит усиление и его интеллектуальных способностей.

Рисование как вид терапии изобразительным искусством в принципе, можно использовать с самого раннего возраста (с трех лет, хотя в некоторых случаях и раньше), потому что уже в этом возрасте имеется возможность достичь нескольких целей: облегчить эмоциональный контакт с малышом, получить дополнительные сведения для установления диагноза, а также достичь терапевтического эффекта (методом «рисования страхов», к примеру). Кроме этого, анализ рисунков, выполненных ребенком спонтанно, во время психотерапевтического приема может дополнить складывающуюся у врача клиническую картину, поскольку зачастую в рисунках прослеживаются нереализованные у пациента желания, выявляются скрытые переживания.

Большое диагностическое значение имеет задание «Нарисуй свою семью», выполняемое ребенком в двух вариантах (по одному члену

семьи в комнате, которые расположены на двух этажах, и «цветную» семью (с помощью разноцветных карандашей) произвольно, без каких-либо инструкций). С помощью такого рисунка можно выявить эмоциональную привязанность пациента, а также его эмоционально целостное восприятие своей семьи, его иерархические представления о семье, о социально-психологических ее особенностях, малозначимых для ребенка членов семьи или, напротив, посторонних лиц, включенных юным художником в состав семьи по каким-то причинам, признаки детской ревности и другое.

Не меньшее значение имеют и другие рисунки: «Я в будущем», «Три заветных желания», «Дом, дерево, человек», «Перемена в школе» или «Прогулка в детском саду».

Внушение представляет собой подачу информации, воспринимающуюся ребенком без критической оценки, но оказывающую влияние на протекание его нервно-психических процессов. Кроме семантической (смысловой) информации, нами активно используются дополнительные ее источники — мимика, жестикуляция, интонация голоса, авторитет психотерапевта. Прямое внушение реализуется сразу же вслед за действием вызвавшего его слова (т. е. источник информации осознается больным), косвенное — когда действует добавочный раздражитель, становящийся условно-рефлекторным благодаря произведенному внушению (к примеру: «Через десять минут после тех слов, что *ты сейчас услышишь от меня, головная боль пройдет*!»). Косвенное внушение наиболее часто применяется при лечении детей младшего дошкольного возраста, так как нередко является для этого возрастного диапазона единственно возможным (оно не осознается и не встречает по этой причине активного сопротивления). Внушается лечебный эффект какой-нибудь процедуры или лекарственного средства (нередко по принципу эффекта «плацебо»), причем врачом особо подчеркивается важность процедуры для достижения успеха в целом.

Интересным видом этого воздействия является игровая методика внушения, когда во время заинтересовавшей ребенка игры психотерапевт (либо участвуя в ней, либо просто находясь рядом, но «занимаясь своими делами») время от времени, неожиданно произносит формулы внушения в виде коротких фраз («ночью сухой», «лишние движения ушли», «смелый», «весело идешь в детский сад», «говоришь свободно и легко», «трусики чистые, сухие» и т. п.), произносимых с примерно равными промежутками времени в течение всей игры.

В. И. Гарбузов с соавторами определяющими характеристиками для вербального внушения называют: направленность (цель внушения, его конкретность), директивность (безоговорочность, категоричность и обязательность внушения, выражаемые в форме повелительного наклонения), быстроту (темповое произношение без длительных пауз), новизну (процедура внушения должна быть необычной для пациента, а смысловая и экспрессивная стороны — неожиданными), краткость (лаконичность внушения), интенсивность (кратчайшее время для пере-

дачи больному оптимальной информации) и специфику речи (форсирование звука речи с особой эмоциональной окраской голоса, ритмичное чередование слов и пауз, нарастание силы голоса в процессе произнесения формулы внушения) [В. И. Гарбузов и др., 1977].

Самовнушение реализуется за счет усиления влияния представлений на вегетативные и психические процессы, вызванные психической активностью лица, проводящего самовнушение. В этом воздействии действует информация, ранее поступившая к нему и далее воспроизводящаяся им самим.

Известный французский ученый Эмиль Куэ (1857—1926) разработал метод сознательного самовнушения (метод Куэ), позволяющий вытеснять болезненные негативные представления и заменять их позитивными. По его мнению, каждый может производить изменения в своем характере и делать это по своему желанию.

Основной формулой его метода является утверждение: «С каждым днем во всех отношениях мне становится все лучше и лучше». Эту формулу необходимо повторять не менее 20 раз. Наряду с общей установкой Э. Куэ разработал большое количество формул (их он называл аффирмациями (от лат. «*affirmatio*» — подтверждение), представляющими собой краткую фразу, содержащую вербальную формулу, которая при многократном повторении закрепляет требуемый образ или установку в подсознании человека) для лечения конкретных заболеваний. Подобные формулы самовнушения каждый может придумывать и сам. Куэ считал, что они работают в нашем организме лучше всяких лекарств. Важно произносить их дважды или трижды в день, не забывая делать это вовремя. Таким образом, главное влияние на функционирование организма, по Э. Куэ, оказывает наше воображение, на которое при необходимости можно и нужно воздействовать.

Индивидуальная психотерапия для наших пациентов строится по схеме: убеждение и прямое внушение наяву — косвенное внушение, что выздоровление наступит, если они будут это внушать себе сами — самовнушение, включающее различные методы, в том числе и аутогенную тренировку (о технике аутотренинга будет сказано ниже).

Специфика психотерапии неврозов, применяемой нами, заключается в том, что она протекает в два этапа.

Первый этап включает действенные мероприятия, направленные на реабилитацию пациета в его собственном мнении о себе (самооценка) и во мнении значимых для него лиц, на его реадаптацию в реальной жизни. С этой целью психотерапевт в первую очередь способствует повышению уровня адаптивности пациента, поскольку без хорошей адаптивности нет (и не может быть!) истинной реадаптации, а значит — и реабилитации, преодоления чувства несостоятельности и ущемленности чувства собственного достоинства.

Только при достижении успеха на первом этапе психотерапии есть смысл приступать к ее второму этапу — «этапу коррекции личностной системы отношений к другим и к жизни, к мудрому философскому отношению к другим и к жизни — к альтруистическому мировоззрению, т. е. к этапу «альтруистической психотерапии», этапу окончательного избавления от преневротического личностного радикала и невроза. Так, путника, пришедшего издалека, измученного и уставшего, вначале обогревают, предоставляют ему возможность умыться, поят, кормят, дают ему возможность отдохнуть душой и телом, а уж потом беседуют с ним» [В. И. Гарбузов, 2001, с. 156].

Гипносуггестивная психотерапия

Гипносуггестия проводится в группе (8—10 человек), причем — в специально выделенные для сеансов дни (один раз в неделю), в количестве 8—10—12 сеансов на курс. Следование принципу гомогенности группы обязательно, так как формулы гипнотического внушения отличаются по содержанию отражающего патогенетический механизм конкретного заболевания. Эти же формулы внушения применяются в так называемой «материнской суггестии», впервые предложенной А. Ц. Гольбиным [А. Ц. Гольбин, 1979, с. 184]. После нескольких сеансов внушения в присутствии матери ей предлагается дома, когда ребенок засыпает, положив руку ему на лоб, тихо проговаривать формулу лечебного внушения. Материнская суггестия особенно полезна детям младшего возраста (2,5—4 года), для которых применение обычных психотерапевтических сеансов затруднительно.

К гипнотерапии не стоит прибегать, если имеет место ярко выраженное нежелание лечиться со стороны ребенка, если он имеет асоциальные установки или девиантное поведение, если испытывает страх перед гипнозом, депрессивно настроен или соматически болен. Не следует спешить с назначением курса гипнотерапии в случае, когда на этом настойчиво настаивают родители пациента, надеясь на этот метод лечения, как на чудо, способное «по мановению волшебной палочки» изменить всё в этой жизни, даже характер их ребенка.

Наиболее эффективна гипнотерапия при невротических расстройствах, сопровождающихся нарушениями сна, вегетативными нарушениями, при астено-невротических состояниях с повышенной утомляемостью, нарушениями эмоций, при разнообразных истерических и моносимптоматических пограничных психических расстройствах, особенно при энурезе, дневном недержании мочи и кала, тиках, в меньшей степени при заикании (в случаях с фобией публичных выступлений).

Проводить гипносуггестивную психотерапию рекомендуют у детей старше пяти лет, при этом, чем младше ребенок, тем тщательнее должна быть его предварительная подготовка к началу лечения. Во всех случаях, а в случае с ребенком младшего возраста особенно, курсовое гипносуггестивное лечение назначается после одного или нескольких курсов внушения наяву. Если получен хотя бы незначительный лечебный эффект при применении внушений наяву, гипнотерапия будет более эффективной, так как фиксация внушения в гипнотическом состоянии всегда сильнее.

Приведем формулу суггестии (внушения), применяемую нами в сеансе гипносуггестивного лечения (после введения пациента в транс): «Отдыхай спокойно. Тяжесть и тепло во всем твоем теле. Веки тяжелые. В голове теплый, густой туман, который закрывает тебя от посторонних звуков: шума улицы, шума машин, чужих голосов. Только мой голос проникает сквозь этот туман, доходит до тебя. Его ты слышишь обязательно. Он лечит тебя. Он будет с тобой и днем, и ночью. С его помощью ночью тебе будут сниться красивые, добрые, красочные сны. Каждую ночь они обязательно тебе будут сниться. Выздоравливаешь раз и навсегда! Болезнь уходит, чтобы никогда больше не вернуться. Ты здоровый, сильный, волевой человек! Ты спокоен, ты уверен в себе, ты сильный и легко справляешься с этой противной, некрасивой болезнью. Выздоравливай. Мои слова, которые ты сейчас слышишь, теперь всегда с тобой. Днем и ночью. Они помогают тебе в трудную минуту. Ты выздоравливаешь с их помощью, становишься все увереннее и увереннее в себе...»

Системный подход к групповой и семейной психотерапии

Прежде всего, необходимо повторить, что все пограничные психические расстройства с их клиническими проявлениями можно рассматривать как составные части минимальной дисфункции мозга (МДМ). Видимо, следует говорить о том, что МДМ является следствием, продолжением первичного проявления «нервной слабости», которая в виде невропатии ограничена лишь возрастными рамками (диагноз считается правомочным до 4—5 лет), и уже у дошкольников и школьников клиническая картина данной патологии разворачивается в «классическом» варианте того или иного моносимптоматического пограничного состояния, что связано с предъявлением таким детям первых серьезных требований в русле целенаправленной деятельности (наиболее уязвимой у них), когда из-за школьных проблем обостряются взаимоотношения в семье больного ребенка.

Из вышесказанного становится понятным, что, помимо психофаракокоррекции, крайне актуальной является применяемая нами (в рамках комплексной терапии) семейная системная психотерапия, подразумевающая комплекс психотерапевтических методов и приемов, направленных на лечение пациента в семье и при помощи семьи. Цель этого вида психотерапии: оптимизация семейных взаимоотношений, роль которых в улучшении исходов любого пограничного психического расстройства не вызывает сомнений.

Восстановление функционального единства семьи посредством нормализации отношений и психического здоровья ее членов являются основой семейной психотерапии. Эти задачи достигаются в несколько этапов: обследованием семьи (результатом которого является постановка семейного диагноза, отражающего совокупность психопатологических, личностных и социально-психологических особенностей семьи), семейным обсуждением (в результате которого происходит понимание родителями источников существующих конфликтов, улучшаются отношения между членами семьи, меняются взгляды родителей (прародителей) на воспитание, улучшается психологическое состояние ребенка, меняются идиосинкразические реакции в его восприятии родителей, т. е., происходит подготовка всех членов семьи к дальнейшей совместной семейной психотерапии) и, наконец, совместной психотерапией больного и его родителей (прародителей).

Структура семейных ролей определяет, что, как, когда и в какой последовательности члены семьи должны делать, вступая в отношения друг с другом. В нормальных семьях структура семейных ролей целостная, динамичная и носит альтернативный характер. По данным Э. Г. Эйдемиллера и В. В. Юстицкого (1990), у 66 % семей, в которых проживают дети с нервно-психическими расстройствами, отмечены либо структура жестко фиксированных патологизирующих семейных ролей, либо структура как таковая отсутствует изначально.

Семейные подсистемы — совокупность семейных ролей, которая позволяет избирательно выполнять определенные семейные функции, обеспечивая жизнедеятельность семьи. Каждый член семьи может быть участником нескольких подсистем — родительской, супружеской, детской, мужской, женской и пр. Одновременное функционирование в нескольких подсистемах обычно малоэффективно.

Границы между подсистемами — это правила, определяющие, кто и каким образом выполняет семейные функции. В нормальных семьях они ясно очерчены и проницаемы. В семьях дисгармоничных они либо жесткие (между подсистемами не происходит обмена информацией), либо размыты (стрессы, переживаемые в одних подсистемах, легко иррадиируют на другие).

Содержанием семейной психотерапии является анализ взаимодействия всех членов семьи, которые собираются вместе в ситуации «здесь-и-теперь». В терапевтическом процессе выделяется два этапа: на первом происходит присоединение психотерапевта к семейной системе, выявление и усложнение когнитивных сценариев, с помощью которых происходит регуляция семейных отношений; указывается на негармоничный тип принятого в данной семье воспитания, на то негативное влияние нарушенных взаимоотношений, которое ведет к утяжелению патологических симптомов; на втором — реконструкция семейных отношений.

На первом этапе создается и усиливается мотивация у обратившихся за помощью. Предоставляется информация о роли семьи в происхождении патологического синдрома у детей и особо подчеркивается, что в любой семье заключен не только патогенный фактор, но и саногенный (путь к выздоровлению). Делается положительное эмоциональное подкрепление самой попытки обратиться за помощью. Огромное значение имеет «присоединение» психотерапевта к семье пациента, причем особая роль принадлежит здесь динамике поведения врача от «наблюдателя», «вершителя судеб», «всесильного волшебника», от роли, приписываемой ему членами семьи, к роли одного из элементов семейной системы — «того, кто говорит, как мы», «того, у кого, оказывается, есть

такие же проблемы, но он их уже решил». Используется специальная программа психотерапевтических упражнений, цель которых развить навыки невербальной коммуникации, эмпатии, экспрессии своих переживаний, развитие и обогащение когнитивных сценариев.

Второй этап — реконструкция семейных отношений. Здесь производится анализ мотивации поведения участников сеансов, их эмоциональных реакций, оценочных суждений о взаимоотношениях в семье. Анализу подвергаются мысли, чувства, поступки, возникающие «здесь-и-теперь». Актуализация и структурирование полученного материала осуществляется с помощью разыгрывания ролевых ситуаций, упражнений гештальт-терапии: «раундов», диалога частей «Я» члена семьи и невербального диалога между участниками разных подсистем семьи. Широко применяется методика с домашними заданиями (в виде прямых директив, метафорических и парадоксальных), семейная психодрама.

Работа по реконструкции семейных отношений способствует установлению границ между подсистемами, усилению функционирования одних и реципрокно связанному с этим ослаблению функционирования других подсистем. Если ранее супруги большую часть времени неосознанно смешивали родительский и супружеский контекст, что приводило их, с одной стороны, к неудовлетворенности супружеством, и, с другой, к появлению проблем или симптомов заболевания у ребенка, то в процессе психотерапии разделение родительского и супружеского контекстов способствует повышению их эффективности и как супругов, и как родителей, что благотворно отражается на самочувствии ребенка [Е. В. Фесенко, Ю. А. Фесенко, 2006; Ю. А. Фесенко, Е. В. Фесенко, 2007; Э. Г. Эйдемиллер, 2007; М. И. Лохов, Е. В. Фесенко, Ю. А. Фесенко, 2008].

Несмотря на уникальность взаимоотношений в каждой отдельно взятой семье, существует ряд общих подходов или стратегий для психотерапии. Задача психотерапевта заменить патологическое поведение ребенка на менее для него разрушительное, не лишая его возможности быть полезным семье. Приведем примеры из книги одного из известных семейных психотерапевтов К. Маданес (методы терапии этого автора широко используются в нашей практической работе), сравнительно недавно переведенной на русский язык [C. Madanes, 1999].

Стратегия 1. Один из родителей (тот, на кого преимущественно направлено компенсирующее семейную ситуацию поведение ребенка) намеренно способствует сохранению патологического поведения, доводя его до абсурда.

Клинический случай. Мальчик 12 лет приведен к психотерапевту с диагнозом энурез. Причины органического характера были исключены тщательными предшествующими обследованиями соматическими врачами. Мать пациента лечилась по поводу депрессии. Она жаловалась на отсутствие интереса к ней со стороны мужа, который был поглощен работой и связью с другой женщиной.

Психотерапевт предположил, что симптом ребенка является одновременно и моделью поведения отца (имеющим отношение к постели), и попыткой помощи обоим родителям (повышенное внимание, обращенное на недуг ребенка, позволяло родителям отвлечься от супружеских проблем). Действительно, из-за болезни сына мать на время забыла о своей депрессии и могла требовать от отца, чтобы тот больше времени проводил в кругу семьи, уделяя внимание сыну. Отец также оказался в выигрыше. Вместо частых ссор с женой по поводу супружеских отношений он мог обсуждать с ней болезнь ребенка. В таких беседах оба родителя получали возможность косвенным образом высказать друг другу свои наболевшие претензии, выговориться, не прибегая к помощи третьих лиц и не переходя границы принятых приличий (не устравая скандалов).

Терапия началась с задания отцу не просто сочувствовать проблеме ребенка, а непосредственно оказать ему реальную помощь. Он (а не мать!) должен был стирать мокрые простыни ночью и следить за тем, чтобы мальчик присутствовал при этом. Отец не выполнил задание (не стал будить ребенка ночью). Поэтому задачу усложнили. Отец должен был каждый вечер заставлять сына выпить большой стакан воды и требовать, чтобы тот написал в постель. После чего, не меняя простыни, должен был уложить ребенка спать в мокрую постель.

Когда несколько раз отец пытался выполнить задание, сын плакал и умолял отца не заставлять его вести себя таким нелепым образом. Они много разговаривали с сыном по поводу его симптома, и несколько раз в течение недели отец из-за этого даже не пошел на работу. Энурез резко сократился, а потом и вовсе исчез.

Благодаря инструкции психотерапевта патологическое поведение сына перестало быть полезным отцу и стало вызывать его тревогу и переживания. Отец стал уделять отношениям с сыном больше времени. Поэтому у сына пропала потребность использовать свой симптом для привлечения к себе внимания и защиты отца. Дальнейшее проведение нескольких терапевтических сессий между мужем и женой позволило значительно улучшить их отношения. В результате курса терапии супруги восстановили свои интимные отношения, мать бросила курить, ребенку перестали давать риталин, который он в течение нескольких лет принимал как средство против гиперактивности. Здоровье ребенка настолько улучшилось, что никто не вспоминал о его бывших проблемах.

Стратегия 2. Родитель (или психотерапевт) просит, чтобы ребенок притворился, будто страдает симптомом. В отличие от предыдущей стратегии, вместо поощрения симптома окружающие побуждают ребенка сделать вид, что он страдает симптомом. Родители тоже делают вид, что помогают псевдобольному так, словно у него действительно в настоящий момент существует проблема.

Клинический случай. Девочка 15 лет направлена к психотерапевту по поводу эпизодических эпилептических припадков. Припадки, как

правило, возникали посреди ночи и не поддавались действию никаких лекарств. Громкие крики девочки будили всю семью. Родители и другие дети собирались вокруг ее кровати, и каждый из них старался выразить свое сочувствие больной.

Терапевт предположил, что болезнь выполняла в семье какую-то защитную функцию. Он попросил пациентку попытаться испытать состояние припадка прямо сейчас, у него на приеме. Остальные члены семьи (мать, отец, брат и сестра) должны были проделать все, что они обычно делали, когда припадок случался дома. Несмотря на видимые усилия со стороны больной, настоящий припадок не состоялся. Тогда терапевт попросил пациентку сделать вид, как будто у нее припадок, а членов семьи — проделать все то, что они обычно делают дома при таких обстоятельствах. Девочка начала биться в конвульсиях с большим энтузиазмом, чем раньше. Семья также усиленно поддерживала ее. Особенно старался отец.

Семье дано было предписание разыгрывать такой сценарий дома каждый вечер, несмотря на усталость или плохое самочувствие родителей, а также кого-либо из других членов семьи.

После первого же выполнения предписания припадки прекратились. Однако девочка из тихого и робкого ребенка, каким она была раньше, превратилась в грубую и непослушную дочь. Она часто стала уходить из дома без предупреждения и грубить старшим. Родителям была дана рекомендация не оставлять нарушения без последствий и обращаться с этим ребенком так же, как и с другими детьми, ничем ее не выделяя.

Через неделю после этого у пациентки начались галлюцинации. Она, как безумная, носилась вокруг дома и кричала, что какой-то мужчина напал на нее, а потом убил ее брата и сестру. Отцу с трудом удалось поймать девочку. Ее поведение при этом было очень близким к прежнему поведению во время припадка.

Терапевт воспроизвел вместе с семьей ту ночь, когда у пациентки возникли галлюцинации, и предложил в дальнейшем ежедневно проигрывать эту сцену дома по знакомой семье схеме. Кроме того, он дал инструкцию родителям установить для девочки строгие правила поведения и требовать от нее их исполнения.

Несколько месяцев все было спокойно. Затем родители опять попросили психотерапевта о встрече, так как у дочери возобновились ночные припадки. Встреча прошла по знакомому сценарию, но в конце родители попросили врача написать справку о плохом состоянии здоровья ребенка, которое требует улучшения жилищных условий семьи (необходимость переселения семьи в более комфортный дом-новостройку). Стало очевидным, что болезнь девочки приносит семье материальную выгоду. Поэтому терапевт заявил супругам и пациентке, что он поможет им с жилищным вопросом вне зависимости от того, страдает ли девочка припадками или нет. Таким образом, пациентка перестала испытывать нужду в болезни, чтобы иметь возможность помогать семье. В последующие годы припадки не повторялись, хотя никаких лекарств бывшая пациентка не принимала. Поведение ее также нормализовалось.

Стратегия 3. Родители (или психотерапевт) просят ребенка сделать вид, как будто он оказывает им помощь. Когда ребенок защищает своих родителей посредством патологического поведения, он помогает им скрытым образом. Такое поведение утрачивает свои защитные функции и, соответственно, свою необходимость, если ребенок получает возможность открыто защищать родителей.

Клинический случай. Родители обратились за помощью по поводу того, что их семилетнего сына часто мучают головные боли. Кроме того, у ребенка были проблемы с поведением в школе и плохие отношения со своей пятилетней сестрой.

У отца семейства также были серьезные проблемы: он лечился от алкоголизма, и его могли уволить с работы. Семья не обсуждала проблемы отца в явном виде, но каждый раз они затрагивались косвенным образом, когда велись разговоры о болезни ребенка. Таким образом, ребенок служил «козлом отпущения», которого родители использовали, чтобы обсудить проблемы отца.

На первой встрече терапевт попросил разыграть сцену, в которой отец должен был представить, что, вернувшись вечером с работы, он испытывает страшную головную боль. Сын должен был утешать его, втягивая в игру и отвлекая от боли. Кроме того, мальчик должен был интересоваться, как у отца прошел день, как он себя чувствует, и т. п. Отец, в свою очередь, должен был рассказывать о воображаемых проблемах на службе, избегая признаний в подлинных неприятностях. Мать и дочь должны были изображать, будто готовят обед. Терапевт дал задание исполнять эту сцену дома каждый вечер в течение недели. Семья добросовестно следовала указаниям терапевта.

Через неделю мальчику стало гораздо лучше, а по прошествии еще трех недель, в течение которых продолжалось разыгрывание описанной сцены, головные боли у ребенка полностью исчезли.

Таким образом, оправдалось предположение терапевта о том, что, во-первых, мальчик защищал отца проявлением симптома, требующего большего проявления родительской заботы. Во-вторых, поведение ребенка обеспечивало патологический гештальт поведения семьи, который давал родителям возможность обсуждать проблемы отца, не затрагивая их прямо и таким образом избегая семейных скандалов. Терапевт дал новый способ помощи отцу со стороны сына: он должен был играть с ним и вести разговоры. Сын перестал нуждаться в головной боли как средстве помощи отцу.

Моделью отцовских проблем стала имитируемая им самим головная боль. Поэтому мальчик с его симптомом перестал использоваться семьей для подпитки патологического гештальта. Родители теперь с большей откровенностью обсуждали свои проблемы и добивались их разрешения. С ребенка была снята непомерная психологическая

нагрузка, требующая большого нервного напряжения, что улучшило его поведение в школе и отношения с сестрой.

Итак, по мнению К. Маданес, основа патологического симптома заключается в возможности ребенка обеспечить посредством такого поведения защиту родителям. Привлекая их усиленное внимание и заботу, он помогает родителям уйти от собственных трудностей и превозмочь их собственные недостатки. Такое поведение дает также некоторую межличностную выгоду самому ребенку. Поэтому применяемые психотерапевтические стратегии, организуя новые возможности, должны сохранять такую выгоду для ребенка при исчезновении патологического симптома.

Хотя индивидуальная психотерапия проводится фактически с момента знакомства с пациентом в процессе обследования, ее отделение от семейной психотерапии в нашей работе является чисто условным, так как на обследование ребенок приходит с одним из родителей, а иногда вместе с ребенком приходит вся семья. Лечить ребенка вне семьи практически невозможно. Психотерапевт может заниматься индивидуально с ребенком, но в план и цели таких занятий необходимо посвящать родителей. Это позволяет давать им домашние задания, а главное — делает их соучастниками лечебного процесса.

Основные этапы психотерапевтического процесса и суть некоторых подготовительных мероприятий (например, использование тех или иных фармакологических препаратов, аппаратуры обратной связи и т. п.) родители должны хорошо понимать. Объяснения могут даваться и в устной, и в письменной форме — в виде печатных инструкций. Кроме того, с родителями (и больными детьми старшего возраста) устанавливается своеобразная обратная связь. Мы настаиваем на том, чтобы родители делали ежедневные записи о поведении и самочувствии ребенка в домашних условиях (своеобразный психологический дневник).

Групповая игровая психотерапия имеет не меньшее значение в коррекции эмоциональных и поведенческих нарушений при неврозах. С помощью групповой игры довольно успешно удается укрепить уверенность ребенка в своих силах, создать непринужденность в контактах и выработать адекватные навыки общения через конструирование игрой взаимодействия со сверстниками. В игре используется драматизация негативных переживаний ребенка, жизненных конфликтных ситуаций (в школе, во дворе, дома), поступков, из-за которых его наказывали или отвергали. Каждое «событие» отражается в виде отдельных фантастических (сказочных) или реальных историй. Истории сочиняются дома (при участии родителей, которые присутствуют и на групповых занятиях), где по желанию ребенка они могут быть проиграны, причем роли он распределяет сам.

Игровая драма в группе проводится либо в виде кукольного спектакля, либо в виде сценок-импровизаций, маленьких пьес, в которых

не запрещается участие взрослых (по желанию любого пациента). Сказкотерапии в нашем комплексном методе отводится особая роль.

Сказкотерапия, как и сама сказка, выполняет три функции: диагностическую, терапевтическую (коррекционную), прогностическую. Диагностически сказка предполагает выявление уже имеющихся жизненных сценариев и стратегий поведения человека. Ребенку предлагают сочинить любую сказку, затем психолог проводит анализ сказки и таким образом выявляет базовый жизненный сценарий либо ставшие привычными способами реагирования поведенческие стереотипы. Терапевтически сказка вызывает собственно позитивные изменения в состоянии и поведении ребенка. На основании того, как сказка обыгрывается ребенком, как он меняется в процессе игры, к каким ролям тяготеет, создается мнение о прогнозе дальнейшего течения заболевания.

В сказкотерапевтической работе применяются различные способы: обсуждение уже существующей сказки; самостоятельное написание (сочинение) ребенком сказки; инсценирование, драматизация уже написанной сказки; психотерапевтическая работа по мотивам сказки; работа с куклами; песочная терапия.

Нами с успехом применяется методика перемены ролей, которая позволяет ребенку оказаться в роли то боящегося, то успешно защищающегося, то агрессивно или недружелюбно настроенного, то миролюбивого, то сильного и благородного. Выступление перед сверстниками и перед присутствующими взрослыми оставляет яркий эмоциональный след в душе маленького человека, что уже само по себе является важным положительным моментом в его борьбе с неуверенностью. По мере привыкания детей к правилам работы в группе все реже используются игровые реквизиты, все чаще игра приобретает вид драматического спектакля.

Здесь особая роль отводится реальным историям, которые всегда актуальны, так как затрагивают жизненные стороны отношений детей. Эти истории имеют уже более конкретный сценарий, определяются постановкой реальных задач и выработкой определенного плана действий на будущее. На этом этапе широко используются примеры из жизни человека, страдающего тем или иным видом нарушений. Обыгрывается эмоциональная сторона страдания (мучительное чувство неуверенности, страха, тревоги, стыда, несправедливо причиненной обиды и другое), вербализируются мысли, переживания и желания больного. С помощью игровых приемов происходит обучение адекватным приемам поведения в сложных жизненных ситуациях, что особенно важно и для детей, не умеющих постоять за себя, и для тех, кто предпочитает силу, агрессивность и грубость иным способам общения. Дети узнают себя как бы в зеркальном отражении («психотерапевт — зеркало для пациента»), что способствует осознанию и перестройке ими нежелательных черт своего поведения.

Групповые сеансы психотерапии для детей самого младшего возраста (три-пять лет) предпочтительно проводить вместе с родителями (или вместе с одним из родителей). Для детей более старшего возраста сеанс может быть смешанным: работа в течение часа отдельно с больными, а затем — совместно с родителями. Участие родителей в каждой сессии групповой психотерапии приносит двойную пользу. Родители лучше видят как успехи, так и неудачи своих детей в достижении промежуточных целей психотерапии. Они сами подвергаются психотерапии, что приносит многим из них существенную пользу.

Выбор игровых методик психотерапии является приоритетным при реабилитационной работе с детьми, страдающими неврозом. В игре ребенок осуществляет базисную потребность человека — самореализацию (самоактуализацию), причем происходит это на фоне повышенного интереса (важный признак любой игры!), что при достижении эффективных норм поведения и выработке его новых продуктивных форм ведет к высоко-эмоциональной фиксации полученного опыта. Игра в группе способствует тому, что ребенок более глубоко и целенаправленно воспринимает себя и окружающий мир, учится строить взаимоотношения между собой и миром, понимает суть неудач и ошибок, возникающих вследствие неверного понимания законов сосуществования. Верно продуманные и проведенные игровые психотерапевтические сеансы, включающие интеллектуальные игры, театральный тренинг, создают все предпосылки плавного перехода от игровой практики к учебной и общественно-полезной деятельности ребенка.

Дети с пограничными психическими заболеваниями очень сильно зависят от собственных эмоций и не умеют их верно проявлять или сдерживать. Они часто не отдают себе отчета в том, что делают, так как не могут предвидеть сложную жизненную ситуацию, обнаружить уже совершенную ошибку, разрядить внутреннее отрицательное напряжение социально приемлемым способом, выбрать адекватную конкретной ситуации роль. И как ни парадоксально это звучит, такие дети играют крайне мало. Причин, объясняющих этот парадокс, несколько, но выделить надо основные. Эти дети попросту боятся играть, заранее предвидя свою неудачу или, напротив, стремятся выиграть любой ценой из-за своего чрезмерного эгоцентризма, из-за чего играть они очень быстро разучиваются. Сверстники сторонятся таких детей, интуитивно или по указке взрослых избегают их. Невротичного ребенка не понимают ни сверстники, ни взрослые, и это непонимание формирует вокруг невротика жесткую капсулу, внутри которой бушуют «гиперстрасти», как правило, негативно окрашенные и агрессивно направленные.

Задачи групповой игровой психотерапии, таким образом, вытекают из того запутанного клубка проблем, которые буквально обволакивают ребенка с пограничным расстройством. Вся работа в группе преследует цель воздействовать на основные составляющие отношений личности: познавательную, эмоциональную и поведенческую. В работе с группой

детей, страдающих неврозом, нами применяется директивная (по сути дидактическая), регламентированная психотерапия, где пациент активен и идет к познанию себя, других, к познанию жизни, к сути всех его проблем (основы методики заложены В. И. Гарбузовым [В. И. Гарбузов, 1994]). Психотерапия в детском и подростковом возрасте всегда, при любом ее виде — это и семейная психотерапия. Поэтому и в проводимых занятиях (сессиях, сеансах) с детьми, страдающими неврозом, принимают участие их родители. Используются различные формы этого участия — от пассивного наблюдения до исполнения роли в тренингах.

В качестве основных механизмов лечебного воздействия групповой психотерапии в этом случае могут рассматриваться: механизмы, корригирующее эмоциональное переживание, конфронтация и научение [А. А. Александров, 1997].

В понятие механизмов, корригирующих эмоциональное переживание, прежде всего, входит эмоциональная поддержка, подразумевающая принятие пациента психотерапевтом и группой, признание его человеческой ценности, значимости и готовность понимать его, исходя из его отношений, установок и ценностей. Эмоциональная поддержка оказывает устойчивое положительное воздействие на самооценку ребенка и, как следствие, производит корригирующее эмоциональное воздействие на отношение его к себе. Ребенок переживает свой прошлый и текущий опыт, анализирует его, перерабатывает, выбирая более адекватные формы эмоционального реагирования.

Конфронтация представляет собой ведущий механизм лечебного воздействия, направленного на личностные изменения. Это не что иное, как «столкновение» пациента с самим собой, со своими проблемами, конфликтами, эмоциональными и поведенческими стереотипами. Осуществляется этот механизм за счет обратной связи между пациентом и психотерапевтом, между каждым из членов группы и группой как целым. Благодаря создаваемой конфронтации ребенок получает информацию о том, какие эмоциональные реакции у окружающих вызывает его поведение, как он воспринимается другими, каковы цели и мотивы его поведения, какие эмоциональные и поведенческие стереотипы характерны для него.

Научение осуществляется как прямо, так и косвенно. Группа выступает как модель реального поведения ребенка, создавая условия для исследования пациентом собственного межличностного взаимодействия, поведения, позволяя вычленить конструктивные и неконструктивные элементы, приносящие удовлетворение или вызывающие негативные переживания. Возникшие изменения позитивно подкрепляются в группе, а пациент, в свою очередь, реально ощущает свою способность к таким изменениям, которые приносят удовлетворение ему самому и положительно воспринимаются окружающими.

Нам кажется, что именно игровая психотерапия должна способствовать полному, продуктивному, позитивному осуществлению самовыражения ребенка с неврозом, возвращая его в естественный для него мир

игры. Тем более, что проигрывать повседневные человеческие роли ему придется еще много лет.

Методика групповой игровой психотерапии органично интегрирует различные приемы исправляющего воздействия, оказывающие заметное влияние на когнитивно-мнестическую, потребностно-мотивационную, социально-коммуникативную сферы личности, что позволяет и родителям ребят приобрести неоценимый эмоциональный, поведенческий и когнитивный опыт межличностного взаимодействия для решения проблем наиболее полной социализации своих воспитанников. Неслучайно нами практикуется комментарий для родителей всего происходящего в группе.

Игровая коррекция в группе проводится нами в течение 12—14 занятий. Периодичность — один раз в неделю. Длительность занятия — около полутора часов. В дни между занятиями проводятся сеансы различных индивидульных психотерапевтических методик, а также даются задания для домашней работы (целенаправленные тренинги для всех социально-значимых членов семьи). Группы формируются по возрастному признаку: дошкольная — из детей 3—6 лет, младшая — 7—11 лет и старшая — 12—16 лет, хотя довольно часто десятилетних ребят мы привлекаем для участия в старшей возрастной группе, а более старших, но инфантильных, не принимаемых сверстниками — в младшей. Количество детей в группе колеблется в пределах от 8 до 12 человек, что, по нашему опыту, обеспечивает наиболее оптимальный режим работы, способствуя достижению главной цели психотерапевта — превращение диффузной группы в психотерапевтический коллектив.

Для каждой из встреч существует специальный сценарий, который не обязательно является догмой и может видоизменяться в зависимости от потребности всей группы или конкретного пациента. Тем не менее, весь цикл занятий (сессий) разделен на три блока, образно названные нами так: «Кто Я?», «Кто Ты?», «Что такое Все (Кто Они)?».

Блок «Кто Я?» — 4 занятия.

Блок «Кто Ты?» — 4—5 занятий.

Блок «Что такое Все (Кто Они)?» — 4—5 занятий.

Перед началом групповых занятий родителям пациентов раздается анкета (видоизменнная Шкала Свойств Личности, разработанная в лаборатории социально-психологических исследований НИПИ имени В. М. Бехтерева [Н. П. Фетискин и др., 2002]). На вопросы анкеты отвечают все члены семьи и сам ребенок (заполняется она дома каждым, тайно друг от друга), ставя отметку в виде галочки или плюса в том ее столбце (напротив соответствующего свойства личности), который, по их мнению, подходит для характеристики этого свойства у их ребенка.

Эту же анкету все члены семьи ребенка и он сам заполнят по окончании групповых занятий (примерно через три месяца), что станет предметом обсуждения с психотерапевтом на индивидуальном приеме.

Фамилия_____ **Пол**_____ **Возраст**_____

	Да	Нет	Зависит от ситуации
1. Аккуратный			
2. Бездеятельный			
3. Благородный			
4. Веселый			
5. Внимательный			
6. Высокомерный			
7. Вспыльчивый			
8. Приветливый			
9. Уверенный			
10. Упорный			
11. Задумчивый			
12. Злой			
13. Искренний			
14. Молчаливый			
15. Слабый			
16. Наивный			
17. Невозмутимый			
18. Обидчивый			
19. Ответственный			
20. Равнодушный			

В качестве примера приведем более подробное описание того, что мы обсуждаем в каждом из блоков сессий в старшей возрастной группе.

Блок «Кто Я?»

Обсуждаются понятия: Личность, индивидуальность, чувство собственного достоинства, физическое, психическое и социальное здоровье, инстинкты, темперамент, характер, адаптация, воля, культура эмоциональности (гнев, зависть, тоска, тягостные раздумья, страх, тревога, уныние, радость), самостоятельность, доброта, благородство, альтруизм, эгоизм, интеллект (ум, разум), интеллигентность, сознание, мировоззрение и миросозерцание.

Даются разъяснения, что такое невроз (с приведением коротких анонимных историй болезни).

Основные вводные блока:

«Темперамент — отработанный за сотни тысяч лет эволюции целесообразный способ защиты (индивидуальной адаптации). Хорош любой темперамент, если он организованный. Оптимально, когда есть сплав основных качеств тем-

пераментов: настойчивость, терпеливость и быстрота. Так, в победном бою битву начинали самые сильные, стойкие и напористые сангвиники, самый страшный удар принимали на себя надежные и выдержанные флегматики, а судьбу сражения решали самые быстрые и яростные холерики.

Характер — сгусток биографии человека, т. е. «скажи мне, какой у тебя характер, и я скажу, как ты жил». Характер воспитывается, формируется (воспитанием и самовоспитанием). Перевод слова «характер» с греческого означает «начертанное на камне». Но «вода камень точит»! (Если вода «живая», а это для нас — воля, доброта, оптимизм, смелость, то исправить «дурные» черты характера можно!).

И главное в этом — поступки и предвидение! «Посеешь поступок — пожнешь привычку, посеешь привычку — пожнешь характер, посеешь характер — пожнешь судьбу!»

Сознание (жизненные замыслы, принципы мировоззрения, ответственность за себя и других) — венец Личности, оно — вершина психического.

Интеллект — это не только знания, но и способность ими пользоваться. Особенно важен высокий речевой интеллект (умение пользоваться словом). Это еще и эрудиция, и хорошая память. Венец интеллекта — предвидение.

Инстинкт альтруизма — единственный из всех, лишенный эгоизма. Обладающий им посвящает свою жизнь опеке, защите слабых, обездоленных, несправедливо обижаемых. Те, у кого он выражен, достойны уважения и даже восхищения!

Человек здоров, если одновременно здоров соматически (телесно), психически и социально. Это присуще тому, о ком говорят, что он личность с большой буквы. Кто-то сказал: «Жизнь — как пирог, начинка у которого — одна-единственная ягодка. Если повезет — откусишь сразу тот кусок, в котором эта ягодка, если нет — придется наесться теста до невозможности, коль хватит сил выдержать до конца. Так вот, ягодка — это счастье в жизни, и оно ко всем приходит по-разному». И все же Личность — не тот, кому манна небесная падает на голову, а тот, кому достанет сил, терпения, настойчивости преодолеть все трудности на пути к совершенству. Личность — это верная самооценка, иерархия ценностей и потребностей, удовлетворенность имеющимся положением дел. Это и индивидуальность, свое «Я», система представлений о себе (каким я себя вижу, каким хотел бы быть и каким был бы, если бы хотел). И еще это совесть и стыд.

Лекарства от невроза нет. Есть одно — самосовершенствование! У гармоничной личности нет неуверенности в собственных силах, но есть сила, воля, самоуважение, т. е. нет невроза! Все в руках самого человека. Все великие сделали себя таковыми сами!»

Блок «Кто Ты?»

Обсуждаются понятия: ролевое поведение, мужественность, женственность, доброжелательность, объективность, благодарность, любовь, сострадание, дружба, принципиальность, семья, поколение, установки, притязания, психологическая защита.

Основные вводные блока:

«Весь мир — театр, а люди в нем — актеры». Важно не ошибиться в выборе роли: можно выбрать роль «шута», «вечно обиженного», «непонятого всеми», «слабого и больного» или, напротив, роль смелого, благородного, доброго человека. И отрицательные, и положительные роли, если человек в них «вжи-

вается», могут стать частью его характера, личности. То, чего от человека ожидают, он начинает непроизвольно ожидать от себя сам. И так поступать. Играя несколько ролей ежедневно (сына/дочери, ученика, покупателя, пассажира, друга/подруги, брата/сестры), непозволительно их перепутать.

Мужественность: упорство, решительность, сила, смелость, воля, организованность, сдержанность, справедливость, логика, обязательность, надежность, благородство, великодушие, уважение к девочкам.

Женственность: доброта, прилежание, аккуратность, нежность, тонкость чувств (особенно эмпатия) и вкуса, изящество во всем, интуиция, высокая культура, домовитость, уважение к мальчикам.

Половой дипсихизм — когда лучшие качества понятия «мужественность» присущи девочке (смелость, к примеру), и наоборот.

От понимания себя самого и точной самооценки легко перейти к пониманию других, для чего нужны доброжелательность и объективность. Надо уметь совмещать доброту и принципиальность. Не стесняйтесь быть благодарными, выражая благодарность словами и поступками. Любовь и сострадание, как и красота, спасут мир.

Светлый символ альтруизма — «избушка охотника», и его антипод: «ты — мне, я — тебе».

О феномене толпы.

Союз разных поколений — во взаимоуважении.

Семья — самые близкие люди, готовые ради друг друга на все (о психологической пуповине между родителями и детьми). Старший брат (сестра) — профессия, роль, образец для подражания. Ответственность за младших.

Все пережитое, важное, потрясшее нас, накапливается в неосознаваемой сфере психики, формируя жизненный опыт, являясь нашими установками (мы четко знаем, осознаем, чувствуем, что такое «хорошо» и что такое «плохо»). Все, к чему мы стремимся, более всего желаем, о чем мечтаем — наши притязания. Если они не расходятся с нашими установками, то это гармония. Этому порукой выступает совесть. Притязания должны быть по силам и способностям, самыми высокими (это естественно для человека), морально чистыми. Чем выше притязания, тем лучше к их осуществлению должен быть подготовлен человек. Трудитесь над собой. Все в ваших руках! По притязаниям человека можно судить о том, каков он как Личность.

Человеку свойственно оправдывать себя, даже если он неправ. Наше бессознательное мышление чаще всего эгоистично (инстинкт самосохранения). Оправдывать свои слабости и недостатки нам помогает психологическая защита. В этом случае она опаснее болезни! Психологическая защита оправдана лишь в тех случаях, когда она спасает организм от катастрофы (неизлечимая болезнь, смерть близкого и т. п.). Если же она унижает других, прикрывает ложь, лень, аморальные поступки, она постыдна!»

Блок «Кто Они (Все)?»

Обсуждаются понятия: жизнь, обстоятельства, реальность, оптимизм, лидерство, отношения с другими, коллектив (школьный класс, секция, кружок, ребята из твоего двора), обида и обидчивость, психогигиена, талант, принятие решения, выбор судьбы.

Основные вводные блока:

«Мое место в жизни. Я хочу занять то место, которого достоин».

На протяжении всей жизни каждый из нас переживает трудности, кризисы, неудачи, конфликты, обан и клевету, наветы и сговор. Надо научиться

разбираться во всем этом, не потерять голову, «не прятать ее в песок», а выстоять и действовать. Нельзя также смотреть на мир «искаженным» взглядом, как говорят, «сквозь розовые очки». Нельзя видеть всё и в черных тонах. Не надо приувеличивать трудности и опасности, но также нельзя их преуменьшать. Самое недостойное для человека — самообман. Больше размышляйте о жизни, о взаимоотношениях между людьми, не стесняясь спрашивать у взрослых, советоваться с ними.

Об оптимизме. Кто уныл в мыслях, тот и неудачлив. Смелый и решительный в глазах других и выглядит оптимистично, и даже ходит иначе, чем нерешительный, смотрит по-другому, его уважают, едва взглянув на него.

Лидер — талантлив, умен и смел, смел до отваги, он находчив, обладает огромной силой воли. Но самое главное — видит в далекой перспективе прекрасную цель, к которой ведет за собой. Он увлекает этим других, и ему верят! Если человек добивается права руководить (умом, смелостью, волей, а не кознями, предательством, враньем), то он приобретает заслуженный авторитет. Уметь руководить — значит брать на себя высокую ответственность за благополучие других.

Подчиняться тоже не зазорно, если кто-то рядом способен руководить лучше, если он ведет к хорошему, к «светлой цели». Но подчиняться надо научиться без злости, зависти, на благо общего дела.

Коллектив — команда единомышленников. Нельзя оскорблять, обижать, высмеивать соратников. Общаться в коллективе необходимо с чувством собственного достоинства, но без эгоизма. Эгоистов не любят. Эгоист одинок. Поступай с другими так, как ты хотел бы, чтобы поступали с тобой.

Взаимопомощь — залог успеха. Сам погибай, а товарища выручай. Один за всех и все за одного. Рука руку моет. Ворон ворону глаз не клюёт. «Круговая порука». О чем это? Задумайтесь!

Обида — плохой советчик. Дружеская критика. Лучше горькая правда, чем сладкая ложь. Враг не снаружи, а внутри нас. Всегда думайте, прежде, чем отвечать на обиду, вас хотели унизить или дружески покритиковали. Умный человек станет разбираться в себе самом, чтобы исправить то дурное, что он в себе отыщет. И помните: на обиженных воду возят.

О психогигиене: психическую травму можно сравнить с травмой телесной (раной, к примеру). Психическая травма (рана) может, как и телесная, заживать первичным и вторичным натяжением, когда на душе остается или незаметный рубчик, или грубый рубец, особенно, если рана нагноится. В отношении психической раны «клыки», ее наносящие, — дурные поступки, унижение, оскорбление, грубость, бестактность, подлость. Человек, таким образом, в ответе за психическое здоровье окружающих.

Вы уже в таком возрасте, когда выбор жизненного пути, выбор формы существования определяют судьбу. Что посеешь, то и пожнешь. По что пойдешь, то и найдешь. Береги честь смолоду. Те, кто ленился во втором периоде жизни, кто не приобрел тех качеств и умений, которые в этот период приобретаются, кто стал на асоциальный (аморальный) путь, рискуют не состояться как Человек, как Личность в третьем периоде жизни, рискуют стать потерянным для общества, потерпеть крах. У вас еще есть время!

Тем более, что с 14 до 22 лет человек неимоверно талантлив! Талант по-гречески означает «природное дарование». Но не каждый, в ком заложен талант Рафаэля, станет им. Знаменитые, выдающиеся люди, суперталантливые ученые, художники, писатели, композиторы сходятся в одном: талант — не дар божий, за всеми великими «озарениями» (таблица Менделеева, «Эврика!» Архимеда и пр.) стоят знания, труд, упорство, терпение. Д. Лихачев писал: «Талант — ненависть к собственной бездарности, умение в ней себе признаться и умение ее из себя вытравить». Проявит ли себя ваше природное дарование или утонет в море благих намерений, зависит только от вашей воли, от ваших знаний и от вашего умения довести начатое дело до конца. Одни станут сильными и избавятся от невроза (не в этом ли талант?), другие останутся такими же, не решат имеющиеся проблемы, остановятся, психозащитно себя оправдают и станут еще более невротичными. Каждый пожнет свою судьбу, приняв то или иное решение, сделав свой выбор».

Беседы и обсуждения не должны занимать более половины (лучше — одну треть) всего времени занятия, так как возбужденность и гиперактивность ребят не позволяет им удерживать внимание длительное время. Мы всегда стараемся каждые 10—15 минут (особенно для детей младших групп) прерывать обсуждения для проведения «минутки расслабления», «бегунка», пляски «танца победы» и т. п.

В конце беседы дается «формула успеха» (в виде прямого внушения), которую пациенты проговаривают вслед за психотерапевтом, а родители записывают в дневник, ведущийся всей семьей с первой до последней встречи (для использования ее на сеансах самовнушения). Формула отражает ту тему, которой было посвящено занятие, запоминается ребятами и используется в повседневной жизни в виде самовнушения (как своеобразный «настрой»).

Формулы внушения/самовнушения:

«Я никогда не соглашусь быть боязливым, безвольным, нерешительным, слабым, хуже других. Я сделаю все, что от меня зависит, чтобы стать умственно развитым, физически сильным, смелым, волевым, чтобы ни в чем не уступать своим сверстникам. Я обязательно добьюсь заслуженного уважения к себе. Отныне мой путь — путь постоянного самосовершенствования. Я так хочу, и так будет! Упорным трудом я сделаю себя сам. От того, выполню я это или нет, зависит мое уважение к себе или презрение. Это сурово, но я сам выбираю этот путь»

«Отныне я действую планово, организованно, тренирую себя на быстрый темп качественной работы: быстрое чтение, быстрый, но хороший почерк. Я всё успеваю. Я занимаюсь темповыми видами физических упражнений. Время требует организованности и быстрого темпа. Я хочу и буду соответствовать требованиям времени!»

«Интеллигентность — это не только и не столько высокое образование, сколько культура мышления, эмоциональности и поведения. Я хочу и стану интеллигентным человеком! Самовоспитанием я укреплю волю, исправлю дурные черты своего характера, я знаю их и уничтожу их! Я всего добьюсь!»

«Я не принимаю бездумную жизнь, умственную лень, отупение. Я знаю, как стать умнее, интереснее для себя и людей. Я сделаю всё, чтобы заслужить уважение других своим умом и разумными поступками. Я отточу свой ум, как клинок. Только умный может рассчиты-

вать на достойное место среди людей. Я рассчитываю на такое место! Я ни за что не пропущу встречу с умным человеком, умной книгой, фильмом и буду анализировать, делать выводы. Неутомимое самосовершенствование развивает ум и прежде всего ум!»

«Я хочу состояться и состоюсь как Личность! Личность формируется в борьбе за большую и достойную цель. Я признаю для себя только такую цель, реальную, с учетом того, что я буду постоянно самосовершенствоваться и трудиться над собой. Я стану уверенным в себе человеком, ведь без этого ничего не добиться. Уверенный — сильный, умный, решительный, ответственный, волевой. Я таким хочу быть и буду!»

«Я всё больше понимаю, что требуется от меня, чтобы стать уверенным в себе человеком. И уже много делаю для этого. С этого дня я выбираю для себя роль уверенного в себе, разумного человека, берегущего свою честь и свое достоинство, знающего, что такое совесть. Я смотрю, хожу и говорю уверенно и решительно, слежу за своей осанкой, речью, взглядом. Все свои жизненные роли я играю достойно. Я родился мальчиком (девочкой) и горжусь своим полом! Я не хочу быть существом среднего рода. Я знаю лучшие черты мужественности (женственности) и буду неустанно их в себе развивать».

«Я человек, живу среди людей и хочу, чтобы меня уважали! Я люблю людей, и хочу, чтобы они любили меня тоже. Своими делами я заслужу уважение и любовь к себе. В каждом человеке я вижу что-то хорошее и помагаю людям избавиться от дурного. Я уважаю любого человека, но и знаю, как себя с ним вести. Другу я — друг, товарищу — товарищ, с хорошим человеком я добр, с нечистоплотным — непримирим и принципиален».

«Психологическая защита — великая обманщица! К ее помощи прибегают слабые и глупые. Я не допущу самообмана! Если я не прав, то пойму это, признаю и исправлю ошибку. Я критичен к себе и всё увереннее выхожу на путь самосовершенствования. С каждым днем мой щит всё крепче, а меч — острее! Я никогда не предам свои принципы, если они умны и справедливы, чем бы сташным мне это ни угрожало!»

«Я талантлив! Мой труд, мои желания и моя воля раскроют его во всех красках. Я умею посмотреть на себя со стороны, умею думать, говорить правду. Я учусь во всех ситуациях оставаться самим собой и иду своим путем, учитывая советы старших и умных. Я благодарен всем тем, кто желает мне добра, ибо знаю, что неблагодарность — тяжкий грех. Я умею не унывать, ибо унылый обречен на неудачи. Я смел, ибо трус обречен на поражение. Я умею распознавать и избегать злых людей, ибо они заразны злом. Я справляюсь с моим неврозом и избегаю с этим многих бед!»

После этого проводятся различные игры (больше времени для них отводится в дошкольной и младшей группах, меньше — в старшей), большей частью подвижные и игры на выявление «чемпиона»: («Мышка без норки», «Петушки», «Ворота», «Армрестлинг», «Перетягивание каната», «Американский футбол», различные эстафеты), театральные

тренинги, сеансы рисования и лепки из пластилина. Часть времени отводится на обсуждение сказок, придуманных самими пациентами, отгадывание загадок, расшифровку смысла пословиц и поговорок.

Прекрасно проявило себя в младших группах упражнение на расслабление, применяемое у детей с заиканием (преображение тела — от «струнки», «деревянного Буратино» до «мокрой тряпки, брошенной на батарею»).

Особенно полезным для возбужденных, тревожных и гиперактивных детей нам представляется «Танец богини победы Ники», призванный для высвобождения ребенка и от тревоги, неуверенности, и от агрессии, раздражения. Дети представляют себя древним воином, в руках которого щит («Для современного человека, ребята, это — устойчивость к неудачам и трудностям, надежность, сила духа и физическая сила») и меч («А это — ловкость, быстрота рук и мысли, находчивость и смекалка»). Перед битвой древние разукрашивали лица воинственным рисунком, оскаливались, показывая острые, крепкие зубы («Сделайте свои лица сейчас злобно-ужасными!»), и издавали душераздирающий «вопль-визг», чтобы «у врага только от одного этого задрожали коленки». Участники группы, становясь в круг, пляшут этот танец 15—20 секунд, оглашая кабинет игровой психотерапии «воинственным кличем» («Ребята, только визжать надо так, чтобы у нас, взрослых, зазвенело в ушах!»).

Последние 10 минут занятия отводится на проведение упражнений нервно-мышечной релаксации (во всех возрастных группах). Нами используются некоторые элементы «прогрессивной мышечной релаксации Джекобсона», предложенной автором в 1922 г. на основании его выводов о том, что эмоциональному возбуждению соответствует мышечное напряжение, причем за определенный тип эмоционального реагирования отвечает определенная группа мышц (угнетенное настроение, к примеру, сопровождается напряжением дыхательной мускулатуры, страх вызывает напряжение круговых мышц рта, языка, гортани и затылочных мышц). Джекобсон использовал серию упражнений на напряжение и последующее расслабление мышечных групп с целью достижения состояния глубокой релаксации [Дж.-Л. Джекобсон, 2004].

Наибольшее предпочтение нами все же отдается аутогенной тренировке (делее — АТ), поскольку дети и их родители, обученные ее приемам на занятиях и специально выделяемых для этого сеансах, применяют данный метод в домашних условиях. Классический вариант АТ предложен Й. Г. Шульцем [I. Schulz, 1964] (на его создание немалое влияние оказал метод внушения Э. Куэ), но из-за его сложности и трудного восприятия детьми нами используется адаптированный к детскому возрасту вариант, который мы с успехом применяем более 20 лет в работе с детьми, как правило, старшей возрастной группы. Методика АТ, как указывают многие специалисты в области нервно-психических

расстройств, наиболее всего подходит для курации больных, проявления заболеваний которых связаны с эмоциональным напряжением в сочетании с речевыми нарушениями, психосоматическими страданиями, больных, имеющих остаточные явления органических заболеваний нервной системы, а также с целью коррекции реакции личности на болезнь. Успешное преодоление тревоги и эмоционального напряжения во время сеанса АТ служит еще одним доказательством целесообразности ее использования при лечении детей с неврозом.

Пациенты рассаживаются в креслах, образуя круг, по периметру которого ходит психотерапевт, произнося формулу расслабления. Мы используем классическую позу положения тела — «позу кучера». При расслаблении определенной группы мышц называется связь этой группы с соответствующим органом (используется канальная теория древнекитайской медицины), например: «Расслабляются, расслабляются мышцы больших пальцев рук, большие пальцы рук расслабляются — становятся теплыми и тяжелыми. Большие пальцы рук — это наши легкие. Большие пальцы рук тяжелые и теплые, а дыхание становится свободным, незаметным, ровным и спокойным... Расслабляются мышцы мизинцев рук, мизинчики тяжелеют и теплеют. Мизинцы рук — это наше сердце. С расслаблением мизинцев успокаивается сердце, оно бьется ровно и спокойно, ритмично и незаметно для тебя...» По окончании расслабления всех мышц тела пациента психотерапевтом проговариваются формулы, смысл которых сводится к вербализации уверенности в своих силах, контроля своего эмоционального и поведенческого реагирования, ощущения прекрасного самочувствия и хорошего, ровного настроения после сеанса, доброго отношения к окружающим, высокой собственной работоспособности, смелости и ответственности за свои действия в сложных жизненных ситуациях. Выход из состояния расслабления («...мышцы начинают наливаться силой, начинаешь ощущать напряжение в кистях, предплечьях, плечевом поясе...») происходит в обратном порядке — от мышц затылка, лица, шеи до пальцев рук.

Пациенты и их родители получают задание проводить сеансы АТ ежевечерне перед сном, причем для более полной релаксации рекомендуется делать это в кровати. По мере усвоения навыков расслабления сеансы в группе проводят сами ребята, получая позитивное подкрепление от психотерапевта.

В завершении надо сказать, что в процессе группового общения формируются некие общегрупповые ценности, которые при интериоризации (формировании внутренних структур человеческой психики посредством усвоения внешней социальной деятельности, присвоения жизненного опыта, становления психических функций и развития в целом) способны стать «новыми» продуктивными свойствами личности, способствующими процессу последующей реабилитации. Поэтому-то и считается, что деятельность группы направлена на решение проблем каждого ее члена, когда личные проблемы каждого и межличностные отношения создают предпосылки для возникновения

«психотерапевтической атмосферы», желательной для психотерапевта и успеха лечения.

Нами успешно применяется сочетание групповой игровой методики, когнитивного и позитивного методов, которые базируются на самой важной части воздействия — системной семейной психотерапии. Отсюда понятно, что преимущество патогенетической психотерапии, к которой относится и групповая игровая психотерапия, состоит в ее открытости к интеграции с другими психотерапевтическими подходами, что отражает современную тенденцию в развитии психотерапии, о чем уже говорилось.

Что касается психоаналитического подхода к проблеме пограничных расстройств, в первую очередь, конечно, к неврозам, необходимо сказать вот что. В. А. Медведев, возглавляющий Санкт-Петербургский гуманитарный институт, психолог-психоаналитик, кандидат философских наук, в недавнем прошлом — председатель правления Всероссийской ассоциации прикладного психоанализа, написал удивительную по своей глубине и одновременно легкости книгу в двух томах «Сны о России. Психоанализ российской действительности и русской судьбы», в котором мы нашли (наконец-то!) то, о чем размышляли много лет. Стало абсолютно понятно, почему психоанализ в нашей стране не приживается, носит какой-то «обрывистый», бессистемный, часто «пафосный», если не сказать грубее, — «снобистский» характер. Почему «среднестатистический» активно практикующий врач-психотерапевт психоанализ полностью не принимает, хотя, конечно же, применяет элементы психоаналитического диагностирования и воздействия на пациента в своей повседневной работе.

Конечно же, и в нашей стране есть ярые приверженцы психоанализа Зигмунда Фрейда, отвергающие все иные виды терапии неврвно-психических расстройств, без тени сомнения говорящие о том, что психоанализ излечивает любые психические заболевания, включая эндогенные психозы. Более того, на прошедшей недавно международной конференции по клинической психологии детства президент Национальной Федерации Психоанализа, ректор Восточно-Европейского института психоанализа (Санкт-Петербург), член Координационного совета РАН и МЗО по психотерапии и медицинской психологии, доктор психологических наук, кандидат медицинских наук, профессор М. М. Решетников [М. М. Решетников, 2010] в своей лекции высказал спорное, на наш взгляд, мнение: «Психиатры давят психику, мы же (психоаналитики) с ней работаем!», основывая его на сугубо отрицательном отношении к психофармакологии (которая в практике современного психиатра и психотерапевта занимает не последнее место!), на том, что не существует объективно доказанных нейрофизиологических, нейроэндокринных изменений при психических расстройствах. Во все века преданные делу, идее люди приветствовались. Благодаря им совершено немало прорывов в науке. Но здесь всегда присутствует и опасность одностороннего подхода к проблеме, когда в поисках (призрачной!)

«панацеи» теряется что-то ценное, научно обоснованное, эффективное, но, по мнению ищущих, главное становится второстепенным, мелким, недостойным внимания.

В начале главы «Русскость на кушетке» В. А. Медведев пишет: «Приступая к супервизионному (супервизия — помощь одного профессионала менее опытному коллеге, но это относительно узкое определение; S. du Plock (1997): «Супервизия не для нахождения ответов (это невозможно без участия клиентов), а для того, чтобы учиться спрашивать» — *прим. авторов*) разбору фрейдистского классического случая, т. е. к деянию, всегда граничащему с кощунством в нашем психоаналитическом сообществе, идеологически построенном по модели закрытого религиозного ордена, хочется попробовать как-то оправдаться... к кому, в конечном счете, обращена подобного рода «супервизия»? Конечно же, не к самому Зигмунду Фрейду — как профессионал он вне подозрений, даже его ошибки и клинические просчеты давно уже стали эталонными элементами классической психоаналитической техники. Речь при подобном супервизировании идет совсем о другом: о способности нас, сегодняшних его последователей, понять и использовать концептуальный и методологический ресурс дошедшей до нас опубликованной части фрейдистского наследия.

Ведь перед нами работа Творца, создателя того мира психоанализа, в котором мы живем и работаем..., т. е. результат креативного усилия нашего с вами психоаналитического Бога. Он сотворил нечто (в данном случае книгу «Из истории одного детского невроза»), произнес сакраментальную фразу: «И это — хорошо!» и предал свое творение нам. Зачем? С какой целью?

Дело в том, что наш Бог был смертен и, как известно, обостренно воспринимал собственную конечность, психологически возведя ее в ранг вселенской катастрофы. Залог собственного бессмертия видел он только в перспективах психоанализа, в который вложил всю свою душу и который сотворил по своему образу и подобию. Не случайно так обострены были реакции Фрейда на любые проявления отступничества от его идей и возможного забвения его имени. Достаточно вспомнить знаменитый мюнхенский инцидент, когда за обедом Фрейд упал в обморок во время рассказа Юнга о том, как великий Эхнатон, сам, став фараоном, приказал сбить со всех памятников имя собственного отца.

Будучи одержимым комплексом «предсмертной откровенности», Фрейд загодя стал готовить нас к своей будущей смерти, закладывая в своих работах своеобразные клады эвристических провокаций, подталкивающих его последователей к личностно окрашенному принятию его мыслей... к воскрешению в себе души Учителя... И выбор тут прост до очевидности. Нужно либо принять эту миссию, возложенную на нас волею Творца, либо смиренно выйти за пределы сотворенной им вселенной психоанализа, создав собственный мир или войдя в зону притяжения иного светила.

Сегодня мы должны откровенно признаться — частично мы предали нашего Бога и отреклись от его Завета. Психоанализ, задуманный им как глобальный исследовательский проект по созданию некой «метапсихологии», объединяющей в себе в виде системного динамического единства знание о сознательном и бессознательном аспектах человеческой психики и призванной вести людей на новые рубежи самопознания, реализации древней дельфийской заповеди «Познай самого себя!», мы ограничили системой платной психотерапевтической практики. И напрасно Творец взывал к избранному им психоаналитическому народу: опомнитесь, психоанализ лишь был открыт на больных, он представляет собой знание о глубинной сущности человека, и превращение его в медицинскую специальность является роковым для самого его будущего...» [В. А. Медведев, 2004, Т. I, с. 9—10].

В. А. Медведев, разбирая работу З. Фрейда с пациентом Сергеем Панкеевым, клинический случай которого (по Медведеву, это даже не клинический случай, а «глубинное метафизическое исследование») и был положен Фрейдом в основание книги «Из истории одного детского невроза», указывает на неэффективность лечения «Человека-Волка» (это псевдоним русского мальчика, под которым он вошел в «аналитическую традицию»). На примере «Человека-Волка» Фрейд пытался понять «русскость», истоки символики и границы ее применимости в данном случае и в контексте культурной среды. В. А. Медведев пишет: «В случае Человека-Волка супервизионное исследование подобного рода явно требуется для постановки и решения проблем несовпадения символического языка детства аналитика и пациента, а также влияния на интерпретационный процесс различий в языковой организации ассоциативных рядов их личного бессознательного. Данный аспект метапсихологического (прикладного) супервизирования особенно актуален в так называемых «новейших» психоаналитических сообществах, к которым обычно причисляют психоаналитические группы стран Восточной Европы». Далее Медведев говорит о том, что при организации профессиональной подготовки неизбежно происходит опора на супервизионную поддержку иноязычных и, что еще важнее, инокультурных коллег, что часто приводит к формированию некой «квазианалитической профанации» [В. А. Медведев, 2004, Т. I, с. 16].

Таким образом, если вернуться к трактовке энкопреза многими исследователями (см. главу 4) как формированию анального типа по Фрейду, то «анальные проявления «русскости» — нонсенс, так как «черты так называемого «анального характера» русским не свойственны» [В. А. Медведев, 2004, Т. I, с. 21]. Надеюсь, понятно, что «русский» в этом контексте — представитель русской культуры, русских традиций, т. е., как принято говорить сегодня, россиянин.

«Но анальная доминанта психики сама по себе еще ничего не определяет; она дает лишь некую массу психического материала, организация которого зависит от тех ритуальных возможностей, от той канализации энергетики анальных желаний, которые предоставляет тип культурной

среды. И вот именно в данном пункте Фрейд обнаружил исток и тайну культурной чуждости русской и западноевропейской цивилизаций. Обе они основаны на коллективном невротическом отреагировании... Но если западноевропейский стандарт организации личного бессознательного (Человек-Пчела) ориентирован на анально-накопительные тенденции и связан с соответствующими характерологическими особенностями — упорством, экономностью и чистоплотностью, то описываемая Фрейдом «русскость» Человека-Волка стоит на совершенно иных, анально-продуктивных основаниях» [В. А. Медведев, 2004, Т. I, с. 33—34].

Заключение

Нам кажется, что любой человек, заинтересовавшийся проблемой неврозов, мгновенно поймет: невроз — это очень серьезно. Именно в этом случае можно согласиться с известным каждому лозунгом: «Болезнь легче предупредить, чем ее лечить».

О мерах профилактики возникновения психических расстройств, а особенно пограничных психических, при которых эти меры наиболее важны, написано много. Нам кажется, что начинать необходимо с самого простого, обыденного.

Дети устают в детском саду или школе по разным причинам. Наиболее распространенный источник напряжения — это публичность, присутствие большого количества чужих людей вокруг. Поэтому хорошо, если после дня, проведенного в детском воспитательном (обратите на это внимание!) учреждении, ребенок имеет возможность уединиться, побыть в отдельной комнате, за ширмой, в кукольном уголке и т. д. Не надо слишком назойливо расспрашивать его о том, что с ним сегодня происходило, — он вспомнит и расскажет сам, когда отдохнет. Ребенок может соскучиться по родителям или братьям-сестрам — поэтому не следует, приведя его домой, сразу же бросаться к выполнению домашних дел. Пусть он побеседует с братом, расскажет ему что-то «тайное, свое», поиграет с ним. Пусть он посидит на коленях у взрослого, пусть расслабится от прикосновений. Не пожалейте немного времени для того, чтобы побыть с ним вдвоем, почитать или поиграть.

Постарайтесь не слишком спешить, забирая ребенка домой (в квартиру, дом), сделайте небольшой круг по окрестным дворам, что позволит ему перейти на вечерний режим, перестроиться с правил поведения в детском учреждении на домашнюю обстановку. Будет лучше при этом, если Ввы не будете сопровождать это беседой с кем-либо из приятельниц или родителей других детей, — как правило, дети очень ценят прогулки вдвоем и разговор «по душам». Если ребенку предстоят дополнительные занятия, то следует иметь в виду, что спортивные скорее способствуют перевозбуждению, а расслабляют занятия в спокойном ритме типа рукоделия, моделирования и другого ручного труда. Музыкальная школа — это тоже большая нагрузка для ребенка, склонного к перевозбуждению. А лучше всего понаблюдать за собственным ребенком, понять, возвращаясь домой, к чему он инстинктивно стремится, что это — музыка, домашние животные, аквариум, брат или сестра, книги. Самостоятельный выбор ребенка и является для него источни-

ком стихийной психотерапии. Чаще всего неизбежные стрессы связаны с расставанием, посещением врача или парикмахера, больницей. Отношение ребенка к этим событиям связано, в первую очередь, с тем, как их переживает взрослый — дети заражаются от тревожности родителей и, наоборот, могут в расслабленном состоянии легче переносить и быстрее забывать все то, чего боятся взрослые. Поэтому необходимо, прежде всего, перестать бояться самим!

Всегда необходимо проводить предварительную ознакомительную работу по поводу того, что ребенку предстоит. При этом информация должна быть избирательной, когда исключаются мрачно-трагические нюансы, а возможные неприятные процедуры приподносятся как обычные для всех людей, короткие по времени и не имеющие «ужасных» последствий. Здесь важно еще одно — еще до неприятного события начинайте выстраивать перспективные жизненные планы на время после того, как это событие произойдет. Это позволит ребенку прочувствовать, что все неприятное кончится, а затем наступит «светлая полоса» жизни.

Крайне важна и атмосфера в семье ребенка, а также то, как его воспитывают, что, надеемся, ясно из изложенного в этой книге. К сожалению, не все знают о типах воспитания, о его патологизирующей роли (если оно неверное). Чаще всего, молодые родители выбирают тот стиль, который применялся в семье, где они сами были детьми (вспомните: «Мы все родом из детства!»). А между тем, семья может выступать в качестве как положительного, так и отрицательного фактора воспитания. Положительное воздействие семьи на личность ребенка состоит в том, что никто, кроме самых близких для него людей (мамы, папы, бабушки, дедушки, брата, сестры) не относится к нему лучше и так сильно не любит его. Отрицательное же в том, что ни один социальный институт не может нанести столько вреда ребенку в процессе его воспитания, сколько члены семьи, имеющие «конституциональное право» на воспитание.

Говоря о неполной семье, не ошибемся, если определим ее как жизненную трагедию. И, прежде всего, трагедию для ребенка, так как зачастую именно он винит себя в состоявшемся разрыве между родителями. Для детей это психологическая травма на всю жизнь. Тягостные переживания по данному поводу нередко выявляют таившееся где-то в глубине, скрытое пограничное психическое расстройство. Усугублять эту травму недопустимо! Ребенок должен иметь и отца, и мать, в каких бы отношениях между собой они ни находились. Об этом оба родителя должны помнить. И тем более, они не должны унижать друг друга в присутствии ребенка. Родитель, который в угоду своим мелочным обидам и амбициям запрещает ребенку видеться с другим родителем, совершает «психологическое преступление». Конечно, бывают чрезвычайные обстоятельства (алкоголизм, психические болезни), мешающие нормальным взаимоотношениям, но это уже другая история. Чем старше ребенок, тем глубже травма и больше вероятность его заболе-

вания. Западное законодательство довольно четко определяет права каждого из родителей. Хотя и там практически не учитываются права самого ребенка, его желания, его переживания, и, наконец, его чувства, его любовь к одному из родителей (это мы видим довольно часто в последнее время, наблюдая за громкими процессами разводов иностанных граждан с нашими соотечественницами). Потерянная любовь, вытесненная в подсознание, может перейти в компенсированное чувство мести, в агрессию, направленную на всех и вся, на поиски таких же обездоленных светлыми чувствами людей, таких же отверженных, готовых крушить все попавшееся на своем недолгом жизненном пути.

С другой стороны, говоря о важности гармоничного воспитания нашего подрастающего поколения, глупо обвинять в недостатках воспитания только лишь родителей маленького человека. Не ошибемся, если скажем о не менее значимой роли общества, в котором приходится «вариться» и этим же родителям, и этим же детям, тем более, что в последние два десятка лет общество это претерпело такие революционные, катастрофические изменения, что чаще и чаще слышишь ностальгическое: «А вот в наши времена...»

Конечно, времена меняются. Но мы можем вспомнить отзывы известных исторических личностей и обычных людей разных эпох о современной для них молодежи. Так, египетский жрец (около 2000 лет до н. э.) писал: «Наш мир достиг критической стадии. Дети больше не слушаются своих родителей. Если сегодняшняя молодежь возьмет бразды правления в свои руки, то я утрачу все надежды относительно будущего, ибо эта молодежь невыносима, невыдержанна, посто ужасна! Видимо, конец света уже недалек». Житель Вавилона (VI век до н. э.): «Наша молодежь растленна до глубины души. Молодые люди злокозненны и нерадивы. Никогда не будут они походить на молодежь былых времен!». Сократ (469—399), знаменитый античный философ, учитель Платона, писал: «Наша молодежь любит роскошь, она дурно воспитана, она насмехается над начальством и нисколько не уважает стариков. Наши нынешние дети стали тиранами, они не встают, когда в комнату входит пожилой человек, перечат своим родителям. Они очень плохие!» Сегодня мы тоже слышим подобное, правда, в основном сожаления о прошлом «золотом поколении» относят к советским годам нашей жизни. Как здесь не вспомнить персидскую поговорку: «Дети больше похожи на свое время, чем на своих родителей»? Именно непохожестью на предыдущие поколения и схожи молодые люди всех эпох.

Преемственность поколений всегда избирательна: одни знания, нормы и ценности усваиваются (категории морали, законы общежития, достижения науки и т. д.), другие, не соответствующие изменившимся условиям, отвергаются или трансформируются (особенно — мода, досуг, развлечения, так как именно они имеют тесную связь с возрастом).

Несмотря на то, что сегодняшние времена часто называют «временем подмен», основной задачей старшего поколения нам представля-

ется воспитание своих детей в духе «вечных ценностей», когда честность, справедливость, человеколюбие, доброта, готовность придти на выручку становятся основным законом в жизни подрастающего человека, несмотря на общественное мнение сегодняшнего дня о «засилье вороватых олигархов, инородцев и иноверцев», «всемирном заговоре», «дураках, дорвавшихся к власти», «козлах и уродах» на дорогах, на работе (о которых мы, взрослые, так часто говорим, а наши дети от нас — сверхавторитетных для них родителей — слышат). Все же главное не только в том, что вокруг нас, главное — гармония с самим собой: «Я знаю, чего я хочу, и я знаю, что я это могу!» Никита Михалков сказал в одном из интервью: «Подлость и подмены в нашей жизни ведут к тому, что мы теряем иммунитет, а значит, — те проблемы, которые ничего не стоят, не значат, вдруг становятся архипроблемами, меняя всю нашу жизнь». Добавим — приводя и к неврозу.

Если все же ребенок неврозом заболел, то лечение его непременно должно быть комплексным. Это относится и к сочетанию различных методов терапии и к выбору «мишеней» лечения (кроме самого ребенка, «лечение» его семьи, коррекция его отношений с социальным окружением).

В. И. Гарбузов написал когда-то: «Однако невроз излечим, но только индивидуально, у каждого по-своему, в сотрудничестве родителей с врачом-психотерапевтом». Мы надеемся, что, прочитав эту книгу, родители будут подготовлены к такому сотрудничеству. Заметим лишь, что ребенку, страдающему неврозом, никогда не говорят: «Возьми себя в руки». Как раз этого он и не может сделать без преодоления самого невроза, и такое требование только усиливает у него чувство несостоятельности. Это то же самое, как тысячу раз сказать слабому, что он сильный, а также заявить человеку, что у него все хорошо, когда у него все плохо. Сильным от этого не становятся, а «хорошо» в таком случае воспринимается как издевательство, равнодушие или глупость.

Если ребенок тучен и его дразнят «пузо» или «тюфяк», не надо его утешать и советовать ему не обращать внимание на прозвище. С помощью физкультуры, разумной диеты его можно привести к весовой норме, и прозвище само собой отпадет. Ребенка, ободряя, уводят от основного в неврозе — чувства несостоятельности. Упорно преодолевается отставание в обучении, укрепляются мышцы, вырабатывается ловкость. Чтобы привнести в сознание ребенка струйку гордости собой, его учат плавать и ездить на велосипеде, хорошо владеть своим телом, играть в мяч, уметь не только то, что умеют другие, но дополнительно и еще что-то. Его учат жизни, равноправному общению со сверстниками.

Подготовленный, обученный, окрепший, он постепенно обживается среди сверстников, и тогда убеждается: он действительно сильный, у него на самом деле все хорошо. Только при соблюдении этих условий чувство несостоятельности ослабевает и, в конце концов, изживается. Только успехи побеждают робость. Только преодоленные неудачи и трудности ликвидируют страх неудачи, страх перед трудностями

и порождают мужество и оптимизм. Кто же не способен достойно защитить свое достоинство, тот прибегает к психологической защите.

Родители детей, страдающих неврозом, нередко уповают на «гипнотизера». Но если кто-то, пусть и «гипнотизер», тысячу раз скажет слабому: «Ты сильный, ты здоров!», разве слабый станет суперменом? Люди в данном случае уповают на чудо, на моментальное, без собственных усилий исцеление. Конечно же, в случаях, когда утратил уверенность в себе умный и сильный, для преодоления невроза достаточно психотерапевтически открыть ему глаза: «Оцени, наконец, свои успехи, сравни себя с другими, встань перед зеркалом, оцени свою внешность, свои физические данные!». И если у «заколдованного» неверием в себя, но сильного откроются глаза, если вдохнуть в его душу мужество, он излечится от невроза. Но слабому — и другого пути нет — остается одно: упорной работой над собой совершить истинное чудо превращения «гадкого утенка» в «лебедя», действительно стать умным, сильным, ловким и умелым! И только тогда его можно будет поставить перед зеркалом, и только тогда он будет излечен от невроза.

Ребенка ведут по такому пути, ободряя его и укрепляя его способности, силы, обучая его всему, что знают и умеют его сверстники, и еще чему-то, что сверстники не знают и чего не умеют, преисполняя его гордостью и отвагой, уверенностью в себе, подготавливая его к равноправному, достойному общению со сверстниками. Если речь идет о ребенке, то наличие и причины невроза осознают его родители, а значит, они же должны и увести его от невроза.

Невроз, как у мальчика, так и у девочки, — свидетельство дефицита мужественности как духовной категории. Мужественность и оптимизм, воспитываемые в ребенке примером жизни родителей, их поступками, — лучшая профилактика невроза для сына и дочери. Невроз — это болезнь воспитания, и лечится более всего воспитанием или, вернее, перевоспитанием.

Резюмируя проблему невроза, проблему его профилактики, излечения, скажем: невроза не бывает у уверенных в себе, у подготовленных к реальной жизни, у способных нормально и достойно адаптироваться в жизни, а главное, у людей, лишенных эгоцентричности! Ребенок должен любить себя, в нем естественна струя эгоизма, но не такого, когда он равнодушен ко всем вокруг себя, когда все мысли и чаяния только о себе, когда интересует только одно: а что это даст мне? Тот, кто интересуется всем вокруг себя, кто любознателен, кто чувствует чужую боль, кто искренне сочувствует чужой боли, кто любит и бережет природу, кто оптимистичен, способен любить других так же, как себя, — невроза не имеет, как не имеет он и предневроза!» [В. И. Гарбузов, 2001].

Важным обстоятельством в обучении и лечении детей с неврозами является соблюдение строгого режима: принимать лекарственный препарат по часам, вовремя гулять и делать уроки, ложиться спать и вставать в одно и то же время. Соблюдение режима способствует улучшению работы всего организма в целом, в чем легко убедиться, начав

такой режим выполнять. Строгая организация режима дня чрезвычайно важна (вне зависимости от приема лекарств) при лечении всех пограничных психических расстройств у детей. Работа мозга у таких ребят дезорганизована. Им трудно остановиться в выполнении какого-либо вида деятельности, как и трудно ее начать. Поэтому им необходимы контрольные вехи в течение дня. Вот в это время, чтобы там ни случилось (а у них постоянно что-нибудь случается!), я должен ложиться спать. А вот в это время я обязательно пойду гулять и т. д. Ни в коем случае нельзя нарушать этот режим специально, в качестве наказания. Что-то не выполнил, или что-то не так сделал — гулять не пойдешь. Такие меры приводят еще к большему непослушанию и наносят вред здоровью ребенка. Помним основное правило: меры наказания обязательно должны сочетаться с методами поощрения, и положительные мероприятия должны опережать отрицательные.

Конечно, наказывать иногда приходится. Это относится и к больным, и к здоровым детям. Неправильное поведение должно быть детально разобрано, объяснено ребенку (в чем именно его ошибки) доступным ему способом, проанализировано вместе с ним. Желательно все это делать сразу после проступка, так как память детей не хранит детали поведения, а хранит лишь образ сделанного в целом. Поэтому отсроченный анализ событий может не состояться не потому, что ребенок притворяется и врет, а просто потому, что он действительно не помнит того, что сделал. Если ребенок хорошо понял, в чем он не прав, и исправить поведение в его силах (на что особенно обращаем внимание!), но продолжает повторять поступок, должно последовать наказание такой же степени, какой оно применяется к любому здоровому ребенку. Однако в случае с больным ребенком следует обязательно убедиться, что он может выполнить требуемое. Например, бессмысленно требовать от гиперактивного ребенка, чтобы он перестал прыгать, бегать, а от ребенка с неврозом страха — перестать бояться и т. п. Это так же бессмысленно, как требовать, чтобы у ребенка не болела голова, не было насморка и т. д. Надо постараться организовать его двигательную активность в более социально приемлемые способы выражения (делать вместе с ним специальную гимнастику, заниматься бегом трусцой или быстрой ходьбой, плавать в бассейне, записать его в спортивную секцию, на бальные танцы).

Как для больного, так и для здорового ребенка существует правило: лучше лишний раз погладить по голове, похвалить, чем наказать. Погладить — это не значит побаловать, выполнить его каприз и т. п. Это должно показать ребенку, что его любят, и уж если и не понимают до конца, то стараются понять. И еще: это должно означать, что мы, взрослые, так или иначе попросим прощения за то, что в суете современной жизни, за взрослыми заботами, забываем уделить ребенку так необходимое ему внимание, обделяем его своим общением, не вникаем в его детские заботы и сомнения. У ребенка своя жизнь, свои проблемы, свои страдания и переживания. И они для него не менее значимы, чем

наши для нас — взрослых. Ребенок более прочих зависим от окружающего его мира, в том числе и от нас. Поэтому в его мире больше страхов, больше неуверенности, больше сомнений, которые мы должны понять и сопережить вместе с ним. Только в этом случае мы будем друзьями, и это не так уж трудно понять, обратившись к своему собственному жизненному опыту. Просто надо относиться к ребенку серьезно. Поверьте, он этого заслуживает!

И, конечно же, наказание не должно быть физическим! В запале можно ударить по голове — «самому слабому месту», как говорил герой одной комедии (и это справедливо для детей с нарушениями в работе головного мозга!), а если попытаться отшлепать по «мягкому месту», можно промахнуться и ударить в область почки. Это — во-первых. А во-вторых, один умный человек когда-то сказал: «Знаете, почему нельзя бить ребенка? Потому что это нечестно: он не может дать вам сдачи, а значит — бой неравен!». Кстати, мы не раз видели, как, вырастая, подросток сполна отыгрывается на пьющем отце, регулярно «лупившим» его в детстве, будучи, как правило, «под мухой», возвращая «папаше» все тумаки, причем часто в более выраженной форме.

Говоря о неврозах у детей, важно остановиться и на самом сложном периоде детства — на подростковом возрасте, так называемом пубертатном периоде, который является своеобразным водоразделом детства и взрослости. И пусть сегодня детский возраст в отечественной медицине определен границами от рождения до 18 лет, сложным временем в жизни ребенка практически всеми специалистами-педиатрами считается возраст от 11 до 15 лет. Причин для того, чтобы выделять этот возрастной период, множество. Это (со своей точки зрения) вам подтвердят и практические педиатры (терапевты), и эндокринологи, и ортопеды, и неврологи, и, конечно же, психотерапевты и психиатры.

Известна тибетская хронология возраста. Согласно ей, человек живет периодами по 12 лет. В каждом двенадцатилетнем периоде жизни наиболее активна его середина, так как начало периода (два года) — нервность, «взбудораженность рождения», а конец его (тоже два года) — пассивность стремлений, обдумывание пройденного, «старение». При этом особая роль отводится трем первым периодам жизни. В первом (активном с трех до десяти лет) происходит усвоение опыта предыдущих поколений, начинают оформляться основы личности: самостоятельность, ответственность, уверенность в себе, принятие «сверхправил» — «хочу, но нельзя», «не хочу, но надо», «хочу, но стыдно». Второй период (активный с 14 до 22 лет) — период обучения, но, конечно же, не азам, а именно процессу обучения, умению мыслить на перспективу, накопление знаний в широком смысле этого слова (эрудиция), а также умениям. Здесь человек становится Личностью. Но Личности необходимо, как говорят, состояться. И это, если удается «собрать урожай, засеянный ранее», происходит в третьем периоде, периоде, в котором заявили о себе, став известными всему миру, Петр Великий, Колумб, Наполеон Бонапарт, Ньютон, Христос!

Подросток 11—15 лет, таким образом, «захватывает» конец первого возрастного периода, когда благоприобретенные личностные качества могут быть осознаны, обдуманы, могут стать фундаментом будущего самосовершенствования, и начальные годы второго — два «нервных» и от того — малопродуктивных, и год активного времени. Это и есть «кризис подросткового возраста», по Л. С. Выготскому. От того, как пройдет этот кризисный период жизни, зависит, каким станет молодой человек, разовьет ли он свой талант или «зароет его в землю». Мы всегда говорим своим пациентам: «С 14 до 22 лет человек неимоверно талантлив! Но проявит ли он себя или утонет в море благих намерений, зависит только от самого человека». И нельзя забывать, что именно в этом возрасте определяется, останется ли невроз у нашего пациента «детской» болезнью, либо он пойдет далее по жизни невротической личностью.

Важно не упустить это время и нам: родителям, воспитателям, тренерам, учителям, врачам, всем тем, кто участвует (прямо или косвенно) в процессе формирования личности подростка. Да, они «противные», «наглые», «вредоносные», «трудные», «самовольные». Но они в таком возрасте — кризисном! Любой подросток хочет как человек — быть понятым, как особь — быть любимым, как личность — реализованным. Но концентрируется он все же только на любви, так как это пока единственное, что он может себе позволить. И не забудем, что «подростки больше всего злятся на тех и обижают тех, кого любят» (американский психолог и писатель Орсон Кард). В этом их душевном метании не должны исказиться и пропасть те крупицы «разумного, доброго, вечного», какие им удалось собрать (и с нашей помощью тоже!) к «кризисным временам». И здесь, наверное, важней уже не запреты и ограничения, а предоставление подростку возможности сделать свой выбор, наметить свой собственный путь, что и определяет, в конце концов, свободу личности и ее индивидуальность.

В 1990-х гг. в США получила огромную популярность система воздействия на обучающихся в школе — «STAR» («ЗВЕЗДА»). Различные проекты с общим смыслом: «Как стать звездой?» в последние десятилетия наполнили и российское телевидение — новыми «звездами» эстрады, сцены, различных ток-шоу. В американской же программе «STAR» главными постулатами стали, помимо успеха, — честность, доверие, уважение, а также отсутствие жестких запретов. В основе программы — «могу!», а не «должен», и «выбор» (принимай решение сам). Выглядит это таким образом:

S	T	A	R
Success	Though	Acepting	Responsibility
Успех	через взятие на себя		ответственности,

или

Stop	Think	Akt	Review
Остановись,	подумай,	действуй,	проанализировав накопленный опыт

В рамках программы «STAR» в школах избегают объявлений такого типа: «Не бегать, не шуметь, не сорить!», а пишут так: «Бережное отношение к школе делает ее местом, где приятно находиться». А, допустим, в музее вывешивают: «В музее РАЗРЕШАЕТСЯ: рассматривать картины, задумчиво прохаживаться, беседовать вполголоса, кричать, бегать (эти два слова аккуратно зачеркнуты), наслаждаться прекрасным, есть (зачеркнуто), расслабиться, трогать экспонаты (зачеркнуто), делать записи карандашом, чернилами (зачеркнуто)», давая возможность ученику сделать выбор, задуматься, почему кто-то и зачем-то зачеркнул определенное слово.

Вместе с тем, не злоупотребляя словом «не», педагоги и врачи разработали еще одну программу: «Умей сказать НЕТ!: алкоголю, табаку, наркотикам, подозрительному человеку (человеку с плохим взглядом)». А ведь это тоже «могу!»

Задачей психотерапевта, психолога, психиатра является предотвращение у ребенка комплекса неполноценности (неверие в свои силы и возможности), или, как его образно называют, «комплекса гадкого утенка». Ее решение возможно только при искренней заинтересованности и поддержке людей, окружающей маленького человека: родителей, педагогов. В совместной работе должно быть выполнено несколько условий.

- Ребенок ни в коем случае не должен оказаться в положении «последнего» физически. Во-первых, он должен уметь защитить себя в неизбежных стычках со сверстниками, а во-вторых, он должен быть уверенным в том, что сможет защитить более слабого, младшего, несправедливо обижаемого. Для этого необходимо сделать максимум возможного, ничем не пренебрегая: от утренней зарядки, которая должна стать нормой существования, до спортивного уголка в квартире (спортивные снаряды важнее для слабого, чем для сильного), бега-ходьбы по вечерам, бассейна, спортивной секции, студии танцев, не забывая при этом о личном примере.
- Нельзя допустить, чтобы ребенок в любом детском коллективе испытал чувство интеллектуальной ущербности, оказался в положении «последнего по уму». Ребенок не должен ощущать, что он «хуже других из-за того, что не разбирается в материале, не справляется с каким-либо предметом». Необходимо придти на помощь немедленно, как только выявляются значительные трудности в какой-то дисциплине. Это могут быть и дополнительные занятия, и разъяснения, и работа с логопедом, если возникли трудности с письмом. Для осуществления этого ребенка освобождают от дополнительных, часто необязательных нагрузок, заполняя появившееся время занятиями по проблемному предмету. Неприемлемо использование негативных оценок умственных способностей ученика, тем более, — публично или в грубой форме, чем нередко грешат невыдержанные взрослые.
- Самое пристальное внимание должно быть уделено умению маленького человека полноценно, с достоинством и уважением, адек-

ватно общаться с ребятами. Это не менее важный фактор, чем успешность в учебе. Общение с младшими, сверстниками и старшими — первая модель существования в человеческом сообществе. Если родители не в состоянии самостоятельно научить своего ребенка верному общению, усилия практикующего психотерапевта, психолога не окажутся здесь лишними.

• Нельзя ни на секунду забывать о личном примере во всем, учитывая, что ребенок ежечасно наблюдает за тем, как вы ведете себя дома, на прогулке, в театре, что и как говорите, каким образом реагируете на приятные и не очень события. Ребенок подмечает и впитывает все, причем с точностью, о которой остается только мечтать. И делает выводы, в большей степени — подсознательно, руководствуясь ими в своей дальнейшей жизни.

• Корить ребенка за его недостатки можно только в том случае, если Вы сможете ему помочь — иначе Вы лишь умножаете его страдания.

Это потом, когда ваш ребенок повзрослеет, он выберет путь, которого достоин. Но вектор этого пути на десятки процентов зависит от усилий тех взрослых, которые принимают участие в воспитании сначала — малыша, а потом — отрока, подростка, юноши. С их немалой помощью, став взрослым, человек обретает гармоничность личности, равновесие характера, наличие чувства достоинства, самостоятельность, самосознание и, как результат, удовлетворенность тем, как он живет в этом мире. И теперь уже он станет ответственным за воспитание следующего поколения. «Только в молодом возрасте человек стремится к независимости, а чем он старше, тем больше понимает, что смысл в жизни только в том, чтобы быть кому-то нужным», — говорил один умудренный опытом человек.

Одно из многочисленных высказываний величайшего произведения древнеиндийского эпоса «Махабхарата» («Великое сказание о потомках царей Бхараты») звучит так: «Да возвысит человек себя сам, да не унизит он сам себя! Ибо только он один себе друг и нет большего ему врага, чем он сам себе!». Ему вторит персидская поговорка: «Если тебе нужна рука помощи, то ищи ее на конце собственной руки».

Не оспаривая важность взаимовыручки, бескорыстной помощи другому, скажем еще раз: все-таки «кузнецом» своего счастья (и, увы, несчастья!), благополучия, своих успехов в перую очередь является сам человек.

И все же не будем забывать, что дети учатся жить у жизни:

(–)

• если ребенок живет во вражде, он учится агрессивности;
• если ребенка постоянно критикуют, он учится ненавидеть;
• если ребенка высмеивают, он становится замкнутым;
• если ребенок растет в упреках, он учится жить с чувством вины;
• если у ребенка культивировать чувство вины, он учится ненавидеть («Люди склонны ненавидеть тех, перед кем виноваты», Ж. Лабрюйер).

(+)

• если ребенка подбадривают,он учится доверять людям;
• если ребенок растет в обстановке терпимости, он учится понимать других;
• если ребенка хвалят, он учится быть благодарным;
• если ребенок растет в безопасности, он учится верить в людей;
• если ребенок растет в атмосфере честности, он учится быть справедливым;
• если ребенка учат радоваться вещам, независимо от того, принадлежат они ему или нет, ему незнакомо чувство зависти.

И еще: в каких бы грехах ни винили ребенка, как бы ни были сильны его прегрешения, как бы ни отклонялось его поведение от нормы, в нем всегда найдется что-то такое, за что его можно похвалить, в чем он сможет добиться успеха.

В одной из своих книг один из авторов написал: «Человечество в последние сто лет с каким-то саморазрушающим упорством ухудшает экологию на планете (объясняется это всегда одним: «Технологический прогресс — это неибежно!») Это уже привело к тому, что только около 20 % новорожденных не имеют той или иной патологии. Пища и лекарства содержат в себе все больший процент веществ химического производства. Телевидение и персональные компьютеры почти полностью заменили собой книги и живое человеческое общение. Да и лечение сейчас в западной медицине (к которой мы относим и отечественную) симптоматическое, то есть направленное на лечение симптома, а не причины заболевания. Я же на страницах этой книги старался показать, что делать что-то за мозг (особенно тогда, когда мы говорим о пограничных состояниях) не имеет смысла — он «умнее и сильнее нас». Не надо ему мешать! А вот помогать ему мы должны (например, средствами, направленными на включение резервов головного мозга, питающих его). В этом мудрость врача, как мне представляется. И мудрость природы!» [Ю. А. Фесенко, 2010].

Можем к этому добавить только: и мудрость древних мыслителей. Потому что, сколько ни говори о смене эпох, о научно-техническом прогрессе, принципиально мы (современные люди) не отличаемся от древних — те же оттенки отношений, те же страсти (низменные и высшие). Единственное, пожалуй, что отличает нас от людей прошлого — более высокая «вооруженность»: современной диагностической и лечебной аппаратурой и знаниями (возможностью использовать в своих исследованиях то, о чем думали и писали наши великие предшественники), и как будет замечательно, если это пойдет на пользу поколениям будущим.

Список литературы

Аверин, В. А. Психология детей и подростков : учеб. пособие / В. А. Аверин. — 2-е изд., перераб. — СПб. : Издательство Михайлова В. А., 1998.

Аверин, В. А. Психология Личности / В. А. Аверин. — М. : Издательство Михайлова В. А., 2001.

Адлер, А. Практика и теория индивидуальной психологии : пер. с нем. / А. Адлер. — М., 1995.

Александров, А. А. Современная психотерапия / А. А. Александров. — СПб. : Академический проспект, 1997.

Александров, А. А. Интегративная психотерапия / А. А. Александров. — СПб. : Питер, 2009.

Александровский, Ю. А. Клиническая фармакология транквилизаторов / Ю. А. Александровский. — М. : Медицина, 1973. — С. 3.

Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. — М. : Медицина, 2000.

Александровский, Ю. А. Некоторые узловые вопросы современной пограничной психиатрии / Ю. А. Александровский // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2006. — Т. 11. — № 2. — С. 4—14.

Александровский, Ю. А. Психофармакотерапия пограничных психических расстройств / Ю. А. Алекандровский, Л. М. Барденштейн, А. С. Аведисова. — М. : ГЭОТАР Медицина, 2000.

Андронова, Л. З. Использование методов дестабилизации устойчивого патологического состояния в клинике и лечении заикания / Л. З. Андронова, М. И. Лохов // Физиология человека. — 1983. — Т. 9. — С. 854—859.

Аугустинавичюте, А. Социон / А. Аугустинавичюте. — М. : Чёрная белка, 2007.

Ахапкина, В. И. Спектр фармакологических эффектов Фенотропила / В. И. Ахапкина, Т. А. Воронина // Фарматека. — 2005. — № 13. — С. 19—25.

Бадалян, Л. О. Невропатология / Л. О. Бадалян. — М. : Академия, 2000.

Баскаков, В. Ю. Свободное тело / В. Ю. Баскаков. — М. : Институт Общегуманитарных Исследований, 2004.

Бек, А. Т. Когнитивная психотерапия расстройств личности / А. Т. Бек, А. Фриман. — СПб. : Питер, 2002.

Березин, Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф. Б. Березин. — Л. : Наука, 1988.

Берн, Э. Трансакционный анализ и психотерапия / Э. Берн. — СПб. : Братство, 1992.

Бехтерев, В. М. Внушение и его роль в общественной жизни / В. М. Бехтерев. — СПб. : Питер, 2001.

Бехтерева, Н. П. Некоторые принципиальные ворпросы изучения нейрофизиологических основ психических явлений человека / Н. П. Бехтерева // Глубокие структуры головного мозга человека в норме и патологии. — М. — Л. : Наука, 1966. — С. 18—21.

Бехтерева, Н. П. Нейрофизиологические аспекты психической деятельности человека / Н. П. Бехтерева. — Л. : Медицина, 1971.

Бехтерева, Н. П. Здоровый и больной мозг человека / Н. П. Бехтерева. — 2-е изд., перераб. и доп. — Л. : Наука, 1988.

Бехтерева, Н. П. О мозге человека / Н. П. Бехтерева. — СПб. : НОТАБЕНЕ, 1994.

Бехтерева, Н. П. 20 век и его последняя декада в науке о мозге человека / Н. П. Бехтерева. — СПб. : НОТАБЕНЕ, 1997.

Бехтерева, Н. П. Устойчивое патологическое состояние при болезнях мозга / Н. П. Бехтерева, Д. К. Камбарова, В. К. Поздеев. — Л. : Медицина, 1978.

Бехтерева, Н. П. Механизмы деятельности мозга человека / Н. П. Бехтерева [и др.] — Л. : Наука, 1988.

Библия. — М., 2002.

Биология. Современная иллюстрированная энциклопедия / под ред. А. П. Горкина. — М. : Росмэн, 2006.

Бирман, Б. Н. Сущность и классификация неврозов в свете учения академика И. П. Павлова / Б. Н. Бирман // Советская психиатрия. Ленинградские сборники / отв. ред. В. П. Осипов. — Вып. II. — М. ; Л. : Медгиз, 1939. — С. 358—367.

Бодров, В. А. Информационный стресс / В. А. Бодров. — М. : ПЕР СЭ, 2000.

Бойко, С. С. Фармакокинетика ноотропных лекарственных средств / С. С. Бойко, Г. Ю. Вицкова, В. П. Жердев // Экспериментальная и клиническая фармакология. — 1997. — Т. 60. — № 6. — С. 60—70.

Большая медицинская энциклопедия. — М. : АСТ, Хранитель, 2008.

Брагинский, Г. М. Некоторые аспекты теории и практики лечения ожирения методом рефлексотерапии : учеб. пособие / Г. М. Брагинский, А. Т. Качан, Ю. А. Фесенко. — СПб. : СПбМАПО, 2001.

Брязгунов, И. П. Непоседливый ребенок, или Все о гиперактивных детях / И. П. Брязгунов, Е. В. Касатикова. — М. : Изд-во Института психотерапии, 2001.

Буль, П. И. Техника гипноза и внушения. Теория и практика гипнотерапии / П. И. Буль. — М. : Сентябрь, 2001.

Буянов, М. И. Недержание мочи и кала / М. И. Буянов. — М. : Медицина, 1985.

Бэндлер, Р. Рефрейминг. Ориентация личности с помощью речевых стратегий / Р. Бэндлер, Дж. Бриндер. — М. : МОДЭК, 2001.

Варга, А. Я. Системная семейная психотерапия : Краткий лекционный курс / А. Я. Варга.— СПб. : Речь, 2001.

Вартанян, Г. А. Организация и модуляция процессов памяти / Г. А. Варданян [и др.] — Л. : Медицина, 1981.

Вартанян, Г. А. Функциональная асимметрия мозга / Г. А. Вартанян, Б. И. Клементьев. — Л. : Наука, 1990.

Вейн, А. М. Неврозы в эксперименте и в клинике / А. М. Вейн, М. Г. Айрапетянц. — М. : Наука, 1982.

Вейн, А. М. Антиконвульсанты в психиатрической и неврологической практике / А. М. Вейн, С. Н. Мосолов. — СПб. : Медицинское информационное агенство, 1994.

Виктор Франкл. Человек в поисках смысла // Сборник : пер. с англ. и нем. / общ. ред. Л. Я. Гозмана и Д. А. Леонтьева. — М. : Прогресс, 1990.

Витакер, К. Танцы с семьей. Семейная терапия: символический подход, основанный на личностном опыте / К. Витакер, В. Бамберри. — М. : Класс, 2001.

Воронков, Б. В. Детская и подростковая психиатрия / Б. В. Воронков. — СПб. : Наука и Техника, 2009.

Вострокнутов, Н. В. Медико-социальная помощь детям с пограничными психическими расстройствами в структуре дневного стационара и образовательных учреждений : Руководство для врачей / Н. В. Вострокнутов, В. Ф. Шалимов, Г. Р. Новикова. — М. : ФГУ ГНЦССП имени В. П. Сербского, 2011.

Газман, О. С. Каникулы: игра, воспитание: о педагогическом руководстве игровой деятельностью школьников : Книга для учителя / О. С. Газман, З. В. Баянкина, В. М. Григорьев. — М. : Просвещение, 1988.

Ганнушкин, П. Б. Психика истеричных / П. Б. Ганнушкин // Современная психиатрия. — 1909. — Январь. — С. 1—9.

Ганнушкин, П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика / П. Б. Ганнушкин. — М. : Север, 1933.

Гарбузов, В. И. Неврозы у детей и их лечение / В. И. Гарбузов, Д. Н. Исаев, А. И Захаров. — Л. : Медицина, 1977.

Гарбузов, В. И. От младенчества до отрочества : Размышления врача о развитии и воспитании ребенка / В. И. Гарбузов. — Л. : Интер-полиграфцентр, 1991.

Гарбузов, В. И. Практическая психотерапия, или Как вернуть ребенку и подростку уверенность в себе, истинное достоинство и здоровье / В. И. Гарбузов. — СПб. : Сфера, 1994.

Гарбузов, В. И. Человек — жизнь — здоровье : Древние и новые каноны медицины / В. И. Гарбузов. — 2-е изд., перераб. и доп. — СПб. : Комплект, 1995.

Гарбузов, В. И. Концепция инстинктов и психосоматическая патология / В. И. Гарбузов. — СПб. : СОТИС, 1999.

Гарбузов, В. И. Неврозы и психотерапия. — СПб. : СОТИС, 2001.

Гарбузов, В. И. Инстинкты и судьба человека / В. И. Гарбузов. — СПб. : АСТ, Астрель-СПб, 2007.

Гарбузов, В. И. Энкопрез — синдром «фигового листка» / В. И. Гарбузов, Е. В. Фесенко, Ю. А. Фесенко // Успехи детско-подростковой психиатрии и психотерапии (исторический и междисциплинарный подход)/ Материалы конференции «Мнухинские чтения» 19 ноября 2007. — СПб, 2007. — С. 51—56.

Гарбузов, В. И. Энкопрез как проявление синдрома «Фигового листка» / В. И. Гарбузов, Ю. А. Фесенко, Л. П. Чурилов // Мариинская больница 1803—2008. 205 лет плодотворной работы. Труды Мариинской больницы. — 2008. — Вып. VI. — С. 116—121.

Гельниц, Г. Проблемы психоневрологии детского возраста / Г. Гельниц, Е. Курт, Г. Кнаапе. — М., 1964.

Гиндикин, В. Я. Лексикон малой психиатрии / В. Я. Гиндикин. — М. : КРОН-ПРЕСС, 1997.

Гиндин, В. П. Светлый сон аббата Фариа : Очерки интервенционной психологии / В. П. Гиндин. — М. : ПЕР СЭ, 2003.

Голубев, В. Л., Вейн, А. М. Неврологические синдромы / В. Л. Голубев, А. М. Вейн. — М. : Эйдос медиа, 2003.

Гольбин, А. Ц. Патологический сон у детей / А. Ц. Гольбин. — Л. : Медицина, 1979.

Гольденберг, С. И. К проблеме «неврастенических» состояний / С. И. Гольденберг, Т. И. Гольдовская // Проблемы неврастении и неврозов. — Биомедгиз, 1935. — С. 20—30.

Гордеев, М. Н. Классический и эриксоновский гипноз : Практическое руководство / М. Н. Гордеев. — 3-е изд. — М. : Издательство Института Психотерапии, 2005.

Горизонтов, П. Д. Гомеостаз / П. Д. Горизонтов. — М. : Медицина, 1975.

Горизонтов, П. Д. Гомеостаз, его механизмы и значение / П. Д. Горизонтов ; под ред. П. Д. Горизонтова. // Гомеостаз. — М., 1981. — С. 5—28.

Горовой-Шалтан, В. А. Неврозы / В. А. Горовой-Шалтан // Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг. — М. : Медгиз. — Т. 26. — 4. II. — 1949. — С. 39—43.

Гуревич, М. О. Компоненты психомоторики / М. О. Гуревич // Психология аномального развития ребенка : хрестоматия. В 2 т. / под ред. В. В. Лебединского, М. К. Бардышевской. — М. : Издательство Московского университета, 2002. — Т. 1. — С. 412—436.

Давыдовский, И. В. Неврозы и нервно-психические заболевания / И. В. Давыдовский // Проблема причинности в медицине (этиология). — М. : Государственное издательство медицинской литературы, 1962. — С. 90—96.

Данилова, Н. Н. Физиология высшей нервной деятельности / Н. Н. Данилова, А. Л. Крылова. — М. : Феникс, 2002. — 480 с.

Детская психиатрия : учебник / под ред. Э. Г. Эйдемиллера. — СПб. : Питер, 2005.

Джекобсон, Дж.-Л. Секреты психиатрии / Дж.-Л. Джекобсон. — М. : МЕДпресс, 2004.

Добридень, И. В. Психолого-педагогическая коррекция элективного мутизма у детей дошкольного и младшего школьного возраста : автореф. дис. ... канд. пед. наук / И. В. Добридень. — М., 2000.

Добряков, И. В. Клинико-психологические методы определения типа психологического компонента гестационной доминанты / И. В. Добряков / Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей : сборник материалов конференции под редакцией И. В. Добрякова, Н. П. Коваленко. — СПб. : НИИ акушерства и гинекологии имени Д. О. Отта, Межрегиональной ассоциации перинатальной психологии и медицины России, 2001. — С. 39—48.

Добряков, И. В. Перинатальная психиатрия, психотерапия и психосоматические расстройства / И. В. Добряков // IX Мнухинские чтения. Современные аспекты клиники, диагностики и лечения психопатологических синдромов в детской психиатрической практике. — СПб., 2010. — С. 51—57.

Доскин, В. А. Инстенон в лечении минимальных мозговых дисфункций у детей / В. А. Доскин [и др.] // Инстенон: Опыт клинического применения. — СПб., 1999. — С. 98—105.

Дуринян, Р. А. Атлас аурикулярной рефлексотерапии / Р. А. Дуринян. — Ташкент : Медицина УзССР, 1982.

Духновский, С. В. Психологическое сопровождение подростков в критических ситуациях : учеб. пособие / С. В. Духновский. — Курган : Издательство Курганского государственного университета, 2003.

Заваденко, Н. Н. и др. Лечение минимальных мозговых дисфункций у детей: терапевтические возможности инстенона / Н. Н. Завиденко // Русский медицинский журнал. — 2005. — Т. 13. — № 12. — С. 828—835.

Заика, Е. В. Комплекс игр для развития воображения / Е. В. Заика // Вопросы психологии. — М. : Школа-Пресс, 1993. — № 2. — С. 54—62.

Захаров, А. И. Неврозы у детей и подростков: Анамнез, этиология и патогенез / А. И. Захаров. — Л. : Медицина, 1988.

Захаров, А. И. Как помочь нашим детям избавиться от страха / А. И. Захаров. — СПб. : Гиппократ, 1995.

Зелинский, С. А. Манипуляции массами и психоанализ. Манипулирование массовыми психическими процессами посредством психоаналитических методик / С. А. Зелинский. — СПб. : ИТД Скифия, 2008.

Исаев, Д. Н. Психосоматические расстройства у детей / Д. Н. Исаев. — СПб. : Питер, 2000.

Исследование личности в клинике и в экстремальных условиях / под ред. В. Н. Мясищева, Б. Д. Корвасарского. — Л. : Издательство ЛГУ, 1969.

Карвасарский, Б. Д. Неврозы / Б. Д. Карвасарский. — М. : Медицина, 1990.

Карвасарский, Б. Д. Интегративные аспекты психотерапии: Основные понятия и перспективы развития / Б. Д. Карвасарский // Интегративные аспекты современной психотерапии / под ред. Б. Д. Карвасарского, В. А. Ташлыкова, Г. Л. Исуриной. — Л., 1992. — С. 7—13.

Каструбин, Э. М. Ключ к тайнам мозга / Э. М. Каструбин. — М. : Триада, 1995.

Качан, А. Т. Анатомо-топографическое расположение корпоральных точек акупунктуры и показания к их применению / А. Т. Качан [и др.] — Воронеж : Издательство Воронежского университета, 1990.

Кемпински, А. Психопатология неврозов / А. Кемпински. — Варшава : Польское медицинское издательство, 1975.

Кербиков, О. В. Избранные труды / О. В. Кербиков. — М. : Медицина, 1971.

Китаев-Смык, Л. А. Психология стресса / Л. А. Китаев-Смык. — М. : Наука, 1983.

Князева, М. П. Медико-социальные аспекты проблемы девиантного поведения у детей и подростков. К проблеме клинико-патогенетического анализа и коррекции нарушений поведения подростков / М. П. Князева, О. А. Трифонов // Журнал невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. — 1982. — № 10. — С. 1517—1523.

Ковалев, В. В. Психиатрия детского возраста : Руководство для врачей / В. В. Ковалев. — М. : Медицина, 1979.

Ковалев, Г. В. Ноотропные средства / Г. В. Ковалев. — Волгоград : Нижневолжское издательство, 1990.

Ковалевский, П. И. Неврастения. Компендиум по нервным и душевным болезням / П. И. Ковалевский. — 2-е изд. — Харьков, 1894. — С. 121—125.

Ковлер, М. А., Авакумов, В. М. Пантогам — новое психофармакологическое средство / М. А. Ковлер // Химико-фармацевтический журнал. — 1980. — № 9. — С. 118—122.

Кожевников, А. Я. Неврозы : Курс нервных болезней / А. Я. Кожевников. — М. : Товарищество скоропечатания А. А. Левинсон, 1904. — С. 295—365.

Кокс, Т. Трансактный подход к изучению производственного стресса / Т. Кокс, К. Маккей // Психология труда и организационная психология: современное состояние и перспективы развития : хрестоматия / под ред. А. Б. Леоновой, О. Н. Чернышевой. — М., 1995. — С. 18—34.

Кон, И. С. В поисках себя / И. С. Кон. — Киев : Политиздат, 1984.

Корсаков, С. С. Неврастения и неврастенические психозы : Курс психиатрии / С. С, Корсаков ; под ред. Комиссии общества невропатологов и психиатров, состоящего при императорском Московском университете. — Т. 2. — М., 1913. — С. 260—277.

Кортексин. Пятилетний опыт отечественной неврологии / под ред. А. А. Скоромца, М. М. Дьяконова. — СПб. : Наука, 2005.

Краткий психологический словарь / под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. — 2-е изд., испр. и доп. — Ростов-на-Дону : ФЕНИКС, 1998.

Кровяков, В. М. Психотравматология / В. М. Кровяков. — М. : Наука, 2005.

Крыжановский, Г. Н. Детерминантные структуры в патологии нервной системы / Г. Н. Крыжановский. — М. : Медицина, 1980.

Лазарус, Р. Теория стресса и психофизиологические исследования / Р. Лазарус ; под ред. Л. Леви // Эмоциональный стресс. — Л. : Медицина, 1970. — С. 178—208.

Лазарус, Р. С. Индивидуальная чувствительность и устойчивость к психологическому стрессу / Р. С. Лазарус // Психологические факторы на работе и охрана здоровья. — М. — Женева, 1989. — С. 121—126.

Лазурский, А. Ф. Классификация личностей. Психология индивидуальных различий : хрестоматия / А. Ф. Лазурский ; под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер и В. Я. Романова. — М. : ЧеРо, 2000.

Лебедев, Б. В. Справочник по неврологии детского возраста / Б. В. Лебедев [и др.] / под ред. Б. В. Лебедева. — М. : Медицина, 1995. — С. 362—364.

Лейтц, Г. Классическая психодрама Я. Л. Морено / Г. Лейтц ; под общ. ред. Е. В. Лопухиной, А. Б. Холмогоровой. — М. : Прогресс, 1994.

Леонгард, К. Акцентуированные личности / К. Леонгард. — 2-е изд. — Киев : Вища школа, 1981.

Либих, С. С. Коллективная психотерапия неврозов / С. С. Либих. — Л. : Медицина, Ленинградское отделение, 1974.

Литвак, М. Е. Психотерапевтические этюды / М. Е. Литвак. — М. : Пайк Год, 1996.

Личко, А. Е. Подростковая психиатрия / А. Е. Личко. — Л. : Медицина, 1979.

Личко, А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко. — Л. : Медицина, 1983.

Лохов, М. И. Психофизиологические механизмы коррекции речи при заикании / М. И. Лохов. — СПб. : Наука, 1994.

Лохов, М. И. Заикание и логоневроз. Диагностика и лечение / М. И. Лохов, Ю. А. Фесенко. — СПб. : СОТИС, 2000.

Лохов, М. И. Плохой хороший ребенок / М. И. Лохов, Ю. А. Фесенко, М. Ю. Рубин. — СПб. : ЭЛБИ СПб., 2003.

Лохов, М. И., Фесенко, Ю. А. Роль нижне-теменной корковой зоны правого полушария при пограничных расстройствах у детей (по данным кросс-корреляционого анализа ЭЭГ) / М. И. Лохов, Ю. А. Фесенко // Клиническая и социальная психиатрия. — 2005. — Т. 14. — Вып. 2. — С. 50—53.

Лохов, М. И. Заикание: неврология или логопедия? / М. И. Лохов, Ю. А. Фесенко, Л. М. Щугарева. — СПб. : ЭЛБИ СПб, 2005.

Лохов, М. И. Задержка развития функционального взаимодействия между структурами коры головного мозга как основа патогенеза пограничных психических (резидуально-неврологических) расстройств детского возраста / М. И. Лохов, А. А. Скоромец, Ю. А. Фесенко // Медицинский академический журнал. — 2006. — Т. 6. — № 3. — С. 64—79.

Лохов, М. И. О пограничных психических расстройствах детского возраста / М. И. Лохов, Ю. А. Фесенко, Л. П. Чурилов // Медицина. XXI век (Журнал Санкт-Петербургского университета), 2006. — № 2. — С. 56—67.

Лохов, М. И. Профилактика нарушений интеллектуального развития ребенка — восстановление межструктурных взаимоотношений головного мозга // Успехи детско-подростковой психиатрии и психотерапии (исторический и междисциплинарный подход) / М. И. Лохов, Ю. А. Фесенко, Е. В. Фесенко // Материалы конференции «Мнухинские чтения». 19 ноября 2007. — СПб. — 2007. — С. 59—62.

Лохов, М. И. Интеллект ребенка / М. И. Лохов, Е. В. Фесенко, Ю. А. Фесенко. — СПб. : ЭЛБИ СПБ, 2008.

Лохов, М. И. Коррекция заикания и других речевых расстройств детского возраста / М. И. Лохов, Ю. А. Фесенко. — СПб. : ИЗДАТЕЛЬСТВО ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2010.

Лохов, М. И. Речь ребенка: формирование, нарушение и коррекция / М. И. Лохов, Ю. А. Фесенко. — Saarbrücken : LAMBERT Academic Publishing, 2011.

Лохов, М. И. «Нестандартный» или «Плохой хороший ребенок» / М. И. Лохов, Е. В. Фесенко, Ю. А. Фесенко. — СПб. : КАРО, 2011.

Лувсан, Г. Традиционные и современные аспекты Восточной рефлексотерапии / Г. Лувсан. — М. : Наука, 1986.

Лэндрет, Г.-Л. Игровая терапия: искусство отношений : пер. с англ. / Г.-Л. Лэндрет ; Пред. А. Я. Варга. — М. : Международная педагогическая академия, 1994.

Мазур, Е. С. Экзистенциально-соматический подход в работе с психологической травмой / Е. С. Мазур ; под ред. В. П. Зинченко, Т. С. Леви // Психология телесности. — М. : АСТ, 2005. — С. 674—700.

Малинина, Е. В. Применение глицина в комплексном лечении психоорганического синдрома у детей / Е. В. Малинина // Актуальные вопросы терапии психических заболеваний. — Челябинск, 2000. — С. 43—44.

Маньян, В. Клинические лекции по душевным болезням / В. Маньян. — М. : Московская больница № 67, 1995.

Машковский, М. Д. Лекарственные средства / М. Д. Машковский. — Харьков : Торсинг, 1997. — Т. 1.

Медведев, В. А. Сны о России. Психоанализ российской действительности и русской судьбы / В. А. Медведев. — СПб., 2004. — Т. I, II.

Менделевич, В. Д. О некоторых психологических механизмах неврозогенеза / В. Д. Менделевич // Психологический журнал. — 1990. — № 6. — С. 113—117.

Менделевич, В. Д. Психология девиантного поведения : учеб. пособие / В. Д. Менделевич. — М. : МЕДпресс, 2001.

Менделевич, В. Д. Современные представления о психологических механизмах неврозогенеза / В. Д. Менделевич // Российский психиатрический журнал. — 2005. — № 3. — С. 4—7.

Фетискин, Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. // Методика личностного дифференциала (вариант, адаптированный в НИИ имени В. М. Бехтерева). — М. : Издательство Института психотерапии, 2002.

Микиртумов, Б. Е. Клиническая психиатрия раннего детского возраста / Б. Е. Микиртумов, А. Г. Кощавцев, С. В. Гречаный. — СПб. : Питер, 2001.

Молохов, А. Н. Актуальные вопросы психиатрии и невропатологии / А. Н. Молохов. — М., 1963. — С. 242—246.

Морено, Я. Психодрама / Я. Морено ; пер. с англ. Г. Пимочкиной, Е. Рачковой. — М. : ЭКСМО-Пресс, 2001.

Мосолов, С. Н. Основы психофармакотерапии / С. Н. Мосолов. — М. : Восток, 1996.

Мосолов, С. Н. Биологические основы современной антипсихотической терапии / С. Н. Мосолов // Российский психиатрический журнал. — 1998. — № 6. — С. 712.

Мосолов, С. Н. Метаболические нарушения при лечении больных шизофренией / С. Н. Мосолов [и др.] // Русский медицинский журнал. — 2008. — Т. 16. — № 15. — С. 1028—1039.

Мур, Б.-Э. Психоаналитические термины и понятия / Б.-Э. Мур, Б.-Д. Файн. — М. : Класс, 2000.

Мясищев, В. Н. О патогенезе и структуре психоневрозов / В. Н. Мясищев // Труды Первого украинского съезда невропатологов и психиатров. — 1935. — С. 498—505.

Мясищев, В. Н. Личность и неврозы / В. Н. Мясищев. — Л. : Издательство Ленинградского университета, 1960.

Мясищев, В. Н. Клинико-психологические исследования личности / В. Н. Мясищев. — Л., 1971. — С. 5—9.

Мясищев, В. Н. Психология отношений / В. Н. Мясищев. — М.— Воронеж, 1998.

Нахимовский, А. И. Практическая психотерапия / А. И. Нахимовский, В. В. Шишков. — СПб. : Питер, 2001. — 512 с.

Никишена, И. С. Топография изменений спектральной мощности ЭЭГ в ходе сеанса биологической обратной связи по бета-ритму / И. С. Никишена [и др.] // Физиология человека. — 2004. — Т. 30. — № 4. — С. 19—24.

Николайчук, О. М. Краткосрочная семейная психотерапия как современный метод лечения в детско-подростковой психотерапии / О. М. Николайчук // Междисциплинарный подход в детской неврозологии. Материалы конференции «Мнухинские чтения». — СПб. — 2008. — С. 93—94.

Никольская, И. М. Психологическая защита у детей / И. М. Никольская, Р. М. Грановская. — СПб. : Речь, 2006.

Никольская, О. С. Аутичный ребенок: пути помощи / О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. — М. : Теревинф, 1997.

Ожегов, С. И. Словарь русского языка / С. И. Ожегов. — М. : Оникс 21 век, 2005.

Павлов, И. П. Ответ физиолога психологам / И. П. Павлов // Полн. собр. соч. — М. ; Л., 1951. — Т. III. — Кн. 2.

Пальчик, А. Б. Эволюционная неврология / А. Б. Пальчик. — СПб. : Питер, 2002.

Пезешкиан, Х. Основы позитивной психотерапии / Х. Пезешкиан. — Висбаден-Архангельск : Архангельский государственный университет, 1993.

Песиков, Я. С. Атлас клинической аурикулотерапии / Я. С. Песиков, С. Я. Рыбалко. — М. : Медицина, 1990.

Пивоварова, Г. Н. Влияние разных биологических и социальных условий на формирование личностных особенностей у детей / Г. Н. Пивоварова. — М. : Просвещение, 1978.

Платонов, К. И. Гипноз (гипноз и внушение в практической медицине) / К. И. Платонов. — Харьков : Научная мысль, 1925.

Пограничная психиатрия / под ред. Ю. А. Александровского. — М. : РЛС-2006.

Пограничная психическая патология в общемедицинской практике / под ред. академика РАМН А. Б. Смулевича. — М. : Издательский дом «Русский врач», 2000.

Подласый, И. П. Педагогика: 100 вопросов — 100 ответов : учеб. пособие для вузов / И. П. Подласый. — М. : ВЛАДОС-пресс, 2004.

Попов, Ю. В. Лечение обсессивно-компульсивного расстройства у детей и подростков / Ю. В. Попов // Психиатрия и психофармакотерапия, 1999. — Т. 1. — № 2. — С. 24—25.

Психиатрия : пер. с англ. / под ред. Р. Шейдера. — М. : Практика, 1998.

Психиатрия детского и подросткового возраста : пер. со швед. / под ред. К. Гиллберга, Л. Хеллгрена. — М. : ГЭОТАР-МЕДИА, 2004.

Психокоррекция. Теория и практика / под ред. Ю. С. Шевченко, В. П. Добриденя, О. Н. Усановой. — М. : Коррекция, 1995.

Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб. : Питер, 2000.

Райх, В. Характероанализ. Техника и основные положения для обучающихся и практикующих аналитиков : пер. ; общ. ред. и вступ. ст. А. В. Россохина / В. Райх. — М. : ТЕРРА-Книжный клуб; Республика, 1999.

Ранк, О. Травма рождения и ее значение для психоанализа / О. Ранк. — М. : Когито-Центр, 2009.

Ратнер, А. Ю. Неврология новорожденных / А. Ю. Ратнер. — Казань : Издательство Казанского университета, 1995.

Решетников, М. М. Элементарный психоанализ / М. М. Решетников. — СПб. : Издательство Восточно-Европейского института психоанализа, 2003.

Решетников, М. М. Психическая травма / М. М. Решетников. — СПб. : Издательство Восточно-Европейского института психоанализа, 2006.

Решетников, М. М. Психическая травма / М. М. Решетников // Материалы международной конференции по клинической психологии детства ; под общ. ред. проф. В. А. Аверина, проф. А. Н. Корнева. — СПб. : Издательство СПбГПМА, 2010.

Роджерс, К. Становление человека / К. Роджерс. — М. : Прогресс, 1994.

Романов, А. М. Особенности эмоциональной сферы у младших школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности : автореф. дис. ... канд. псих. наук / А. М. Романов. — СПб., 2011.

Рудестам, К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика / К. Рудестам. — М. : Прогресс — Универс, 1993.

Самуэльс, М. Неврология : пер. с англ. / М. Самуэльс. — М. : Практика, 1997.

Свядощ, А. М. Неврозы и их лечение / А. М. Свядощ // В кн. Философские вопросы физиологии высшей нервной деятельности и психологии. — М., 1963. — С. 684—685.

Свядощ, А. М. Неврозы и их лечение / А. М. Свядощ. — М. : Медицина, 1971.

Свядощ, А. М. Неврозы / А. М. Свядощ. — 3-е изд. — М. : Медицина, 1982.

Свядощ, А. М. Психотерапия : пособие для врачей / А. М. Свядощ. — СПб. : Питер, 2000.

Селье, Г. На уровне целого организма / Г. Селье. — М. : Наука, 1972.

Семейная психотерапия при нервных психических заболеваниях / под ред. В. К. Мягер, В. А. Зачепицкого. — Л. : Издательство Ленинградского психоневрологического института, 1978.

Семке, В. Я. Истерические состояния / В. Я. Семке. — М. : Медицина, 1988.

Сербский, В. П. Неврастения. Руководство к изучению душевных болезней / Издание студенческой медицинской издательской комиссии Московского университета. — М., 1905. — С. 251—252.

Сергеев, И. И. Психофармакотерапия невротических расстройств / И. И. Сергеев // Психиатрия и психофармакотерапия, 2003. — Т. 5. — № 6. — С. 25—28.

Симерницкая, Э. Г. Мозг человека и психические процессы в онтогенезе / Э. Г. Симерницкая. — М. : Издательство МГУ, 1985.

Симсон, Т.-П. Неврозы у детей, их предупреждение и лечение / Т.-П. Симсон. — М. : Медгиз, 1958.

Симсон, Т.-П. Психопатологические «эпизоды» в анамнезе детей и подростков, больных шизофренией / Т.-П. Симсон // Актуальные проблемы психиатрии. — М., 1959. — С. 174—179.

Скобло, Г. В. Пограничная психическая патология в раннем детстве: проблемы распознавания и терапии / Г. В. Скобло, С. В. Трушкина // Материалы международной конференции по клинической психологии детства ; под общ. ред. проф. В. А. Аверина, проф. А. Н. Корнева. — СПб. : Издательство СПбГПМА, 2010. — С. 49—51.

Скоромец, А. А. Нервные болезни : учеб. пособие / А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец. — М. : МЕДпресс-информ, 2005.

Спиваковская, А. С. Психотерапия: игра, семья, детство. Т. 1, 2 / А. С. Спиваковская. — М. : ЭКСМО-Пресс, 1999.

Сухарева, Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста / Г. Е. Сухарева. — М., 1959. — Т. II.

Сухомлинский, В. А. О воспитании / В. А. Сухомлинский. — М. : Политиздат, 1975.

Табеева, Д. М. Иглотерапия / Д. М. Табеева. — М. : Ратмос, 1994.

Тржесоглава, З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте / З. Тржесоглава. — М. : Медицина, 1986.

Тукаев, Р. Д. Гипноз. Механизмы и методы клинической гипнотерапии / Р. Д. Тукаев. — М. : Медицинское информационное агентство, 2008.

Узнадзе, Д. Н. Психологические исследования / Д. Н. Узнадзе. — М. : Наука, 1966.

Ушаков, Г. К. Детская психиатрия / Г. К. Ушаков. — М. : Медицина, 1973.

Ушаков, Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства / Г. К. Ушаков. — М. : Медицина, 1978.

Фарбер, Д. А. Формирование психофизиологических функций в онтогенезе / Д. А. Фарбер, Н. В. Дубровинская // Механизмы деятельности мозга человека. — Л. : Наука, 1988. — С. 426—454.

Фенихель, О. Психоаналитическая теория неврозов / О. Фенихель. — М. : Академический проект, 2004.

Фесенко, Е. В. Диагностика и лечение синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) у детей : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е. В. Фесенко. — СПб., 2009.

Фесенко, Е. В. Методы психотерапии при синдроме нарушения внимания с гиперактивностью / Е. В. Фесенко, Ю. А. Фесенко // СДВГ и родственные формы когнитивных нарушений, эмоциональных дисфункций и поведенческих расстройств ; Материалы конференции «Мнухинские чтения». 19 мая 2006. — СПб., 2006. — С. 52—56.

Фесенко, Е. В., Фесенко, Ю. А. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей / Е. В. Фесенко, Ю. А. Фесенко. — СПб. : Наука и техника, 2010.

Фесенко, Ю. А. Психофизиологический анализ функционального состояния мозга при заикании и некоторых пограничных расстройствах у детей 5—8 лет : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ю. А. Фесенко. — СПб., 1995.

Фесенко, Ю. А., Лохов, М. И. Энурез у детей: традиционные и нетрадиционные методы терапии / Ю. А. Фесенко, М. И. Лохов. — СПб. : ЭЛБИ СПб, 2003.

Фесенко, Ю. А. Исследование резидуально-неврологических синдромов у детей (новые подходы к диагностике и лечению заикания, гиперактивности, тиков и энуреза) : автореф. дис. ... докт. мед. наук / Ю. А. Фесенко. — СПб, 2005.

Фесенко, Ю. А. Монополярные пограничные психические расстройства у детей / Ю. А. Фесенко. — СПб. : НАУКА-ПИТЕР, 2007.

Фесенко, Ю. А. Системный подход к групповой и семейной психотерапии / Ю. А. Фесенко, Е. В. Фесенко // Современное общество и специальное образование ; Материалы Международной научной конференции. 25—26 апреля 2007 г. — СПб., 2007. — С. 387—394.

Фесенко, Ю. А. Между здоровьем и болезнью (клинические и психолого-педагогические аспекты диагностики и коррекции нарушений у детей с ограниченными возможностями здоровья) : монография / Ю. А. Фесенко. — СПб. : ЛГУ имени А. С. Пушкина, 2009.

Фесенко, Ю. А. Пограничные нервно-психические расстройства у детей / Ю. А. Фесенко. — СПб. : Наука и техника, 2010.

Фесенко, Ю. А. Энурез и энкопрез у детей / Ю. А. Фесенко. — СПб. : Наука и техника, 2010.

Фетискин, Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н. П. Фетискин [и др.]. — М. : Издательство Института психотерапии, 2002.

Франкл, В. Основные понятия логотерапии / В. Франкл // Доктор и душа. — СПб. : Ювента, 1997. — С. 242—279.

Франкл, В.-Э. Основы логотерапии. Психотерапия и религия / В.-Э. Франкл. — СПб. : Речь, 2000.

Фрейд, З. Лекции по введению в психоанализ / З. Фрейд. — М., 1922. — Т. 1—2.

Фрейд, З. Печаль и меланхолия / З. Фрейд // В кн.: Влечения и их судьба. — М., 1999. — С. 151—176.

Фридман, Б. Д. Л. М. Розенштейн как клиницист-методолог / Б. Д. Фридман // Проблемы неврастении и неврозов. — М. : Биомедгиз, 1936. — С. 44.

Фролькис, В. В., Мурадян, Х. К. Экспериментальные пути продления жизни / В. В, Фролькис, Х. К. Мурадян. — Л. : Наука, 1988.

Хорни, К. Невроз и личностный рост/ К. Хорни ; под ред. проф. М. М. Решетникова. — СПб. : Восточно-Европейский институт психоанализа и Б. С. К., 1997.

Хорошко, В. К. Учение о неврозах / В. К. Хорошко. — М. : Медгиз, 1943. — С. 5—19, 123—130.

Хризман, Т. П. Развитие функций мозга ребенка / Т. П. Хризман. — Л. : Наука, 1978.

Хризман, Т. П. Функциональное развитие ассоциативных отделов неокортекса: механизмы эмоций и речи ребенка : автореф. дис. ... докт. мед. наук / Т. П. Хризман. — Л., 1989.

Цыганков, К. В. Неврозы, функциональная асимметрия головного мозга человека и связь с солнечной активностью / К. В. Цыганков [и др.] ; под ред. В. Ю. Куликова // Гелиогеофизические факторы и здоровье человека : Материалы международного симпозиума. — Новосибирск : РИЦ, 2005. — С. 125—126.

Черниговская, Н. В. Клиническое значение адаптивного управления / Н. В. Черниговская, С. А. Мовсисянц, А. Н. Тимофеева. — Л. : Медицина, 1982.

Черников, А. В. Системная семейная терапия: Классика и современность / А. В. Черников. — Класс, 2005.

Чиж, В. Ф. Истерическое помешательство, психоистерия, истерические психозы : учебник психиатрии / В. Ф. Чиж. — Киев : Книгоиздательство «Сотрудник», 1911. — С. 338—345.

Шабалов, Н. П. Ноотропные и нейропротекторные препараты в детской неврологической практике / Н. Н. Шабалов [и др.] // Вестник российской Военно-медицинской академии, 2001. — № 1 (5). — С. 24—29.

Шамансуров, Ш. Ш. Детская неврология : Руководство для врачей / Ш. Ш. Шамансуров, В. М. Трошин, Ю. И. Кравцов. — Ташкент : Медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, 1995.

Шанько, Г. Г. и др. Энкопрез неорганической природы у детей : учеб.-метод. пособие / Г. Г. Шанько [и др.] — Минск : БелМАПО, 2007.

Шевченко, Ю. С. Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков / Ю. С. Шевченко. — СПб. : Речь, 2003.

Шерешевский, А. М. Фактор доверия к врачу и его роль в психотерапии / А. М. Шерешевский. — В кн. : Вопросы психотерапии. — М., 1977. — С. 73—75.

Шмаков, С. А. Игры учащихся — феномен культуры / С. А. Шмаков. — М. : Новая школа, 2004.

Шпиц Р.-А. (Spitz R.-A., 1946) Первый год жизни / Р.-А. Шпиц ; пер с англ. Л. Б. Сумм ; под ред. А. М. Боровикова. — М. : ГЕРРУС, 2000.

Эдмин, П. И. К теории и методам изучения неврозов / отв. ред. А. И. Понизовская / П. И. Эдмин // Невро-психиатрия на Северном Кавказе/ Сб. I. — Ростов н/Д.: Азово-Черноморское краевое книгоиздательство, 1934. — С. 125—129.

Эйдемиллер, Э. Г. Семейная психотерапия / Э. Д. Эйдемиллер, В. В. Юстицкий. — Л. : Медицина, 1990.

Эйдемиллер, Э. Г. Семейная системная когнитивно-поведенческая психотерапия: эклектика или новый интегративный подход? / Э. Г. Эйдемиллер // Интегративные аспекты современной психотерапии. — СПб. : НИПНИ имени В. М. Бехтерева, 1992. — С. 51—57.

Эйдемиллер, Э. Г. Возрастные аспекты групповой и семейной психотерапии при пограничных нервно-психических расстройствах : научн. доклад по матер. публ., представл. на соиск. уч. степ. докт. мед. наук. — СПб. : НИПНИ имени В. М. Бехтерева, 1994.

Эйдемиллер, Э. Г. Методы семейной диагностики и психотерапии : метод. пособие / Э. Г. Эйдемиллер. — М. — СПб. : Фолиум, 1996.

Эйдемиллер, Э. Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия / Э. Г. Эйдемиллер [и др.]. — СПб. : Речь, 2006.

Эйдемиллер, Э. Г. Семейная психотерапия : хрестоматия / Э. Г. Эйдемиллер. — СПб. : Речь, 2007.

Экслайн, В. Игровая терапия / В. Экслайн. — М. : Апрель-Пресс, 2007.

Эльконин, Д. Б. Детская психология / Д. Б. Эльконин. — М. : Педагогика, 1960.

Эмоциональный стресс / Под ред. Л. Леви. — Л. : Медицина, 1970.

Ясперс, К. Общая психопатология / К. Ясперс ; пер. Л. О. Акопян. — М. : Практика, 1997.

Adler, A. The individual psychology of Alfred Adler: A systematic presentetion of selections from his writings / A. Adler. — New York : Basic Books, 1956.

Ainsworth, M.-D. Attachment and exploratory behaviour in one-year-olds in a strange situation. In Determinants of Infant Behaviour Methuen / M.-D. Ainsworth, B.-A. Wittig. — London, 1969. — Vol. 4. — P. 111—136.

Allen, F. Therapeutic work with children / F. Allen // American Journal of Orthopsychiatry. — 1934. — Vol. 4 (2). — P. 193—202.

Armson, J. et al. Effect of frequency altered feedback and audience size on stuttering / J. Armson, S. Foote, C. Witt // Europ. J. Disord. Communic., 1997. — Vol. 32. — № 3. — P. 359—366.

Barowsky, E. The use of biofeedback in the treatment of disorders of childhood / E. Barowsky // Ann. N. Y. Acad. Sci., 1990. — Vol. 602. — P. 221—233.

Beck, A.-T. Cognitive Therapy / A.-T. Beck, M.-E. Weishaar // Corsini R. J. Current psychotherapies (4 ed.). Itasca, III.; Peacock, 1989. — P. 285—320.

(*Bleuler, E.*) *Блейлер, Э.* Аффективность, внушение, паранойя / (*E. Bleuler*) *Э. Блейлер.* — М. : Издательство ВИНИТИ, 2001.

Brady, J.-P. Metronome-conditioned speech retraining / J.-P. Brady // Behavioural therapy and health care. — N. Y. : Pergamon Press, 1975. — P. 287—310.

Cannon, W.-D. The James-Lange theory of emotions: A critical examination and an alternative / W.-D. Cannon // Amer. J. of Psychol., 1927. — Vol. 39. — P. 106—124.

(*Ciraulo D., et al.*) *Сироло, Д.* Лекарственные взаимодействия психотропных средств / (*D. Ciraulo*) *Д. Сироло, Р. Шейдер, Д. Гринблат* // Психиатрия. — М. : Практика, 1998. — С. 190—211.

Christenfeld, N. Effects of a metronome on the filled pauses of fluent speakers / N. *Christenfeld* // J. Speech Hear. Res., 1996. — Vol. 39. — № 6. — P. 1232—1238.

Coyne, J.-C. Cognitive style, stress perceptions an coping / J.-C. Coyne, R.-S. Lazarus // Hand book on stress and anxiety: Contemporary knowledge, theory and treatment./ Eds. I. L. Kutash & L. B. Schlesinger. — San Francisco, 1980. — P. 144—158.

Delay, J. Métodes chimiothérapiques en psychiatrie: les nouveaux médicaments psychotropes / J. Delay, P. Deniker. — Paris : Masson, 1961. — P. 14—17.

Dubois, P. (Дюбуа, П.) Психоневрозы и их психическое лечение / P. Dubois (П. Дюбуа). — СПб., 1912.

Dugas, M., Gueriot, C., Abbosh, J. Symptomes neurotiques et neuroses chez l'enfant / M. Dugas, C. Gueriot, J. Abbosh // Progr. Med., 1972. — T. 100 — № 9. — P. 327—336.

Ellis, A. Rational — Emotive Therapy / A. Ellis // Corsini R. J. Current psychotherapies (4 ed.). Itasca, Ill., Peacock, 1989. — P. 197—238.

(*Erikson, E.-H.*) *Эриксон, Э.-Г.* Детство и общество / (E.-H. Erikson) Э.-Г. Эриксон. — СПб. : Летний сад, 2000.

Eysenck, H.-J. Behavior therapy and the neuroses: readings in modern methods of treatment derived from learning theory/ H.-J. Eysenck ; by H. J. Eysenck Oxford, London-New York, 1960.

(*Freund, Z.*) *Фрейд, З.* Я и Оно / (Z. Freund) З. Фрейд // Христоматия по истории психологии. — М. : Издательство Московского Университета, 1980. — С. 184—210.

Goldman, M. et al. Diagnosis and treatment of attention-deficit / M. Goldman // Hyper-activity disorder in children and adolescents. JAMA. — 1998. — Vol. 279. — № 14. — P. 1100—1117.

Graham, J.-P. Improved neuronal regulation in ADHD: An application of fifteen sessions of photicdriven EEG neurotherapy / J.-P. Graham // Internet doc., 1999. — http://www.neur.reg.ADHD. htm.

(*Grof, S.*) *Гроф, С.* За пределами мозга / (S. Grof) С. Гроф. — М. : Соцветие, 1992.

(*Grof, S.*) *Гроф, С.* Области человеческого бессознательного: опыт исследований с помощью ЛСД / (S. Grof) С. Гроф. — М. : МТМ, 1994.

(*Grof, S.*) *Гроф, С.* Холотропное сознание / (S. Grof) С. Гроф — М. : Издательство трансперсонального института, 1996.

(*Haley, J.*) *Хейли, Д.* Терапия испытанием / (J. Haley) Д. Хейли. — М. : Класс, 1998.

Horney, K. Self-analysis / K. Horney. — N. Y. : Norton, 1942.

(*Jung, C.-G.*) *Юнг, К.-Г.* Эмоциональные психологические типы / (C.-G. Jung) К.-Г. Юнг // Психология эмоций. — М. : Издательство МГУ, 1984. — С. 238—251.

(*Jung, C.-G.*) *Юнг, К.-Г.* Дети с отклонениями / (C.-G. Jung) К.-Г. Юнг. — Кишинев : Штиица, 1987.

(*Jung, C.-G.*) *Юнг, К.-Г.* Тэвистокские лекции / (C.-G. Jung) К.-Г. Юнг. — Киев : СИНТО, 1995.

Kalinowski, J. et al. Effect of frequency-altered feedback on stuttering frequency at normal and fast speech rates / J. Kalinowsky, J. Armson // J. Speech Hear. Res., 1994. — Vol. 37. — P. 6—17.

Lazarus, R.-S. Psychological stress and the coping process / R.-S. Lazarus. — New York : McGraw, 1966. — № 11. — P. 258.

Lazarus, R.-S., Folkman, S. Stress, appraisal and coping / R.-S. Lazarus. — N. Y. : Springer, 1984. — P. 218—255.

(*Lubar, J.-F.*) *Любар, Дж.-Ф.* Биоуправление, дефицит внимания и гиперактивность / (J.-F. Lubar) Дж.-Ф. Любар // Биоуправление-3. Теория и практика. — Новосибирск, 1998. — С. 142—162.

(*Madanes, C.*) *Маданес, К.* Стратегическая семейная терапия / (C. Madanes) Маданес. — М. : Класс, 1999.

Magnan, V., Legrain, M. (*Маньян, В., Легрэн, М.*). Вырождающиеся / V. Magnan, M. Legrain (В. Маньян, М. Легрэн ; пер. с фр. Ю. В. Португалова. Les Dégénéres, 1995). — Склад издания у К. Л. Риккера. — СПб., 1903.

Manschreck, T.-C. et al. Utility of electromyographic biological feed-back in chronic stuttering: a clinical study with follow up / T.-C. Manschreck // Percept. Mot. Skills, 1980. — Vol. 51. — P. 535—540.

Marks, I.-M. Different ages of onset in varieties of phobia / I.-M. Marks, M.-G. Gelder. — Am. J. Psychiatry, 1966. — Vol. 123. — № 2. — С. 218—221.

Maslow, A.-H., Frager, R.-H. Motivation and Personality / A.-H. Maslow, R.-H. Frager. — Addison-Wesley Pub Co, 1987. — P. 293.

McGrath, J.-E. Forces affecting success in negotiating groups / J.-E. McGrath // Behavioral Science, 1970. — Vol. 15. — P. 154—163.

Nogier, P. Treatise of Auriculotherapy / P. Nogier. — Maisonneuve : Moulins les Metz, 1972. — 321 p.

(Oaklander, V.) Оклендер, В. Окна в мир ребенка / (V. Oaklander) В. Оклендер. — М. : Класс, 1997.

Orton, S. Reading, writting and speech problems in children / S. Orton. — Plen. Press, N. Y., 1937.

Perls, F. Gestalt therapy verbatim / F. Perls. — Lafayette, CA : Real Peaple Press, 1969.

Plutchik, R., Kellerman, H. Emotion: Theory, research, and experience / R. Plutchik, H. Kellerman. — San Diego, CA : Academic Press, 1989. — Vol. 4. — P. 1—35.

Rank, O. Truth and reality / O. Rank. — N. Y. : W. W. Norton, 1936.

(*Remschmidt, H.*) *Ремшмидт, Х.* Психотерапия детей и подростков / (H. Remschmidt) Х. Решмидт. — М. : Мир, 2000.

Rogers, C.-R. Client-centered therapi / C.-R. Rogers. — San Francisco, 1986.

Schimmelpenning, Q.-W. Zur Frage des Gestaltwandels psychogener Krankheitsbilder / Q.-W. Schimmelpenning. Med. — Welt., 1963. — № 45. — S. 2296—2298.

Schneider, K. Die psychopa-thiscben Persnnlichkeiten, Lpz. / K. Schneider. — Wien, 1928.

Schneider, K. Klinische psychopathologie / K. Schneider. — 4 Aufl. — Stuttgard, 1955.

Schultz, J.-H. Das Autogene Training / J.-H. Schultz. — II. Aufl. Stuttgart., 1964.

Shinn, M. Coping with job stress and bumout in the human services / M. Shinn (at al.) // II Journal of Personality and Social Psychology, 1984. — Vol. 46. — P. 864—876.

Selye, H. The Stress of Life / H. Selye. — New York : McGrawHill, 1956.

Sommer, R. Intimacy ratings in five countries / R. Sommer // International Journal of Psychology, 1968. — Vol. 3. — P. 109—114.

Stern, H.-P.; Stroh, S.-E. at al. Increased plasma levels of pancreatic polypeptide and decreased plasma levels of motilin in encopretic children / H.-P. Stern, S.-E. Stroh // Pediatrics, 1995. — P. 111—117.

Strauss, A.-A. Psychopatology and education of the brain injured child / A.-A. Strauss, L.-C. Lethinen.— Plen. Press, N. Y., 1947. — 325 p.

Strauss, A.-A. et al. Psychopatology and education of the brain injured child / A.-A. Strauss. — London : Acad. Press, 1955. — 412 p.

Stutte, H. Kinder- und Jugendpsychiaatrie / H/. Stutte / Psychiatrie der Gegenwart. Bd II: Klinische Psychiatrie. Berlin, Gottingen, 1960. — P. 678—779.

Sullivan, H.-S. The interpersonal Theory of Psychiatry / H.-S. Sullivan. — New York, 1953.

Tansey, M.-A. Righting the rhythms of reason. EEG biofeedback training as a therapeutic modality in clinical office setting / M.-A. Tansey // Medical Psychother., 1993. — Vol. 4. — P. 57—68.

(*Whitaker, C.*) *Витакер, К.* Полночные размышления семейного терапевта / (C. Whitaker) К. Витакер. — М. : Класс, 1998.

Wolff, H.-G. Life stress and Disease / H.-G. Wolff. — Thomas, Springfield III. — 1953. — Vol. 4 (6). — P. 401—405.

Новые издания по дисциплине «Клиническая психология» и смежным дисциплинам

Астапов, В. М. Клиническая психология. Коморбидность тревоги и подростковой депрессивности : учеб. пособие для бакалавриата и специалитета / В. М. Астапов, А. Н. Гасилина. — 2-е изд. — М. : Издательство Юрайт, 2018.

Венгер, А. Л. Клиническая психология развития : учебник и практикум для бакалавриата и магистратуры / А. Л. Венгер, Е. И. Морозова. — М. : Издательство Юрайт, 2018.

Демьянов, Ю. Г. Основы психиатрии : учебник для вузов / Ю. Г. Демьянов. — М. : Издательство Юрайт, 2018.

Детская и подростковая психотерапия : учебник для бакалавриата и магистратуры / Е. В. Филиппова [и др.] ; под ред. Е. В. Филипповой. — М. : Издательство Юрайт, 2018.

Зверева, Н. В. Патопсихология детского и юношеского возраста : учеб. пособие для бакалавриата и специалитета / Н. В. Зверева, О. Ю. Казьмина, Е. Г. Каримулина. — 2-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2018.

Колесник, Н. Т. Клиническая психология : учебник для академического бакалавриата / Н. Т. Колесник, Е. А. Орлова, Г. И. Ефремова ; под ред. Г. И. Ефремовой. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2018.

Руководство практического психолога. Психолог в школе : практ. пособие / И. В. Дубровина [и др.] ; под ред. И. В. Дубровиной. — 2-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2018.

Наши книги можно приобрести:

Учебным заведениям и библиотекам:
в отделе по работе с вузами
тел.: (495) 744-00-12, e-mail: vuz@urait.ru

Частным лицам:
список магазинов смотрите на сайте urait.ru
в разделе «Частным лицам»

Магазинам и корпоративным клиентам:
в отделе продаж
тел.: (495) 744-00-12, e-mail: sales@urait.ru

Отзывы об издании присылайте в редакцию
e-mail: gred@urait.ru

Новые издания и дополнительные материалы доступны на образовательной платформе «Юрайт» urait.ru, а также в мобильном приложении «Юрайт.Библиотека»

Учебное издание

Фесенко Юрий Анатольевич,
Гарбузов Вилен Исаакович

ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ: НЕВРОЗЫ У ДЕТЕЙ

Учебник для вузов

Формат 70×100 $^{1}/_{16}$.
Гарнитура «Charter». Печать цифровая.
Усл. печ. л. 25,60

ООО «Издательство Юрайт»
111123, г. Москва, ул. Плеханова, д. 4а.
Тел.: (495) 744-00-12. E-mail: izdat@urait.ru, www.urait.ru



Юрайт.Библиотека
Установите мобильное приложение и читайте книги даже без доступа к интернету

Google play Available on the App Store



Медиаучебники
Интерактивные курсы с использованием видео и аудиоматериалов позволяют успешнее освоить дисциплину



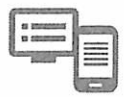
Умное тестирование
Проверьте, усвоен ли материал учебника с помощью онлайн-тестирования. Система сама предложит материалы для повторения



Шаблоны рабочих программ
Генерируйте и скачивайте рабочие программы к самым популярным и востребованным учебникам

Получите доступ к подписке вашего учебного заведения

1 Зарегистрируйтесь на urait.ru → 2 Подтвердите свою принадлежность к организации → 3 Читайте книги из коллекции организации с компьютера и мобильного телефона!



Подробнее на https://urait.ru/info/how-to-read

Нет подписки? Отправьте заявку!

Авторизуйтесь на urait.ru и перейдите в каталог

Выберите нужную книгу и нажмите «В заявку»

В разделе «Заявка» укажите количество книг или электронных доступов

Выберите ваше учебное заведение и отправьте заявку в библиотеку





ЮРАЙТ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА

111123, Москва, ул. Плеханова, 4а
тел. +7 (495) 744 00 12 доб. 123

urait.ru
help@urait.ru

Детская и подростковая психотерапия: неврозы у детей



ФЕСЕНКО Юрий Анатольевич

профессор, доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической психологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, профессор кафедры специальной педагогики и специальной психологии Ленинградского государственного университета имени А. С. Пушкина, академик и заслуженный деятель науки и образования РАЕ, главный детский специалист-психиатр Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга.



ГАРБУЗОВ Вилен Исаакович

профессор, кандидат медицинских наук, психоневролог, психотерапевт, врач высшей категории.

«Наряду с традиционным психотерапевтическим и психофармакологическим подходом к лечению неврозов, авторами приводятся интересные данные и о нетрадиционной терапии неврозов – с помощью рефлексотерапии»

Ю. В. Попов, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации, заместитель директора Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического институт имени В. М. Бехтерева, руководитель отделения подростковой психиатрии

«Значительная часть книги посвящена историческому аспекту изучения неврозов как выдающимися зарубежными исследователями, так и учеными отечественной школы. Авторами проанализированы понятия о стрессе и психической травме»

И. В. Добряков, кандидат медицинских наук, доцент кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Северо-Западного государственного медицинского университета имени И. И. Мечникова

В книге рассмотрены вопросы изучения пограничных психических расстройств, в том числе и неврозов, в историческом аспекте, освещены основные компенсаторные механизмы головного мозга ребенка, проанализированы понятия о стрессе и психической травме. Авторами дана подробная характеристика методам терапии неврозов: психофармакотерапии, психотерапии, представлен собственный комплексный метод лечения детей с пограничными психическими заболеваниями, включающий психофармакотерапию, адаптивное управление, рефлексотерапию, физиотерапевтическое лечение, различные виды психотерапии.

КУПИТЬ ЭЛЕКТРОННУЮ КНИГУ В ЮРАЙТ электронная библиотека biblio-online.ru

ISBN 978-5-534-07308-9

