**Лекция №4: Стресс**

*План лекции:*

• Стресс и фрустрация

• Стратегии преодоления стресса

• Стратегии совладания

• Механизмы психологической защиты

**Стресс и фрустрация**

Понятие стресса прочно вошло в обиход и часто используется как профессионалами, так и обывателями. Автор этого термина Ганс Селье использовал его для обозначения универсального физиологического ответа живых организмов на чрезвычайные нагрузки. При длительном существовании стресса возможно развитие функциональных и органических заболеваний (дистресс), однако Селье стремился продемонстрировать защитную и приспособительную функции стресса. Он считал, что напряжение может быть не только безобидным, но и полезным, и даже приятным (эустресс).

Специалисты по психосоматической медицине отмечают, что люди существенно различаются по своей способности противостоять стрессу. Было предложено понятие выносливости, которое означает способность переживать фрустрацию (блокаду доминирующих потребностей) и значительные изменения в жизни без ухудшения здоровья. Какие факторы способствуют выносливости?

Психологи отмечают, что одиночество положительно коррелирует с низкой выносливостью. Особенно заметно ухудшение здоровья у людей, потерявших супруга. В частности, специальные исследования указывают на значительную частоту обострений у вдовцов и высокую вероятность летального исхода в случае потери партнера. Такое же значение, как семья, имеют контакты с близкими друзьями и коллегами. Так, у домохозяек психосоматические расстройства встречаются существенно чаще, чем у работающих женщин.

Удовлетворенность своей работой также рассматривают, как важный фактор, повышающий устойчивость к стрессу. Если люди чувствуют, что они неверно выбрали профессию или что занимаемая должность не позволяет им полностью реализовать свой внутренний потенциал, то это часто негативно отражается на состоянии здоровья.

Неблагоприятно влияют на выносливость человека чрезмерная осторожность и страх перемен. В этом случае любые нововведения рассматриваются как дополнительные преграды, трудности, а неожиданные события воспринимаются как источник угрозы или повышенной ответственности. Напротив, люди, которые видят в переменах источник новых возможностей, стремятся к тому, чтобы «половить рыбку в мутной воде», будут воспринимать любую стрессовую ситуацию как шанс продвинуться на пути к самореализации. Это позволяет им выдерживать значительные нагрузки, сохранить высокую адаптацию, работоспособность и хорошее здоровье.

Высокой выносливостью отличаются и люди с внутренним локусом контроля. Нацеленность на самостоятельное преодоление неблагоприятных обстоятельств, вера в свои силы помогают этим людям справляться со всеми сложными ситуациями. Было показано, что психотерапевтическая помощь, направленная на интернализацию локуса контроля, на повышение уверенности человека в своих силах, улучшает результаты лечения многих заболеваний (в частности, сердечно-сосудистых, артрита, булимии, а также усиливает иммунную систему организма).

Искренняя религиозность часто является защитой от внутриличностного конфликта и повышает устойчивость человека к стрессу. В одном наблюдении было отмечено, что за 3 года наблюдений среди лиц, регулярно посещающих церковь, цифры смертности были в 2 раза ниже, чем в остальной популяции.

Итак, высокая выносливость к стрессу коррелирует с:

• широкими социальными связями, наличием семьи и друзей;

• убежденностью в важности и значимости собственной деятельности, в истинности поставленных целей;

• уверенностью в возможности контролировать ситуацию и противостоять нежелательным обстоятельствам (внутренний локус контроля);

• духом соревновательности, ожиданием перемен, верой в то, что неожиданные события открывают пути к росту и прогрессу;

• религиозностью.

Люди часто стремятся к повышению напряжения, испытывая свои силы в спортивных состязаниях, экстремальных аттракционах и походах. Сексуальная близость также является значительным стрессом для человека (при наличии заболеваний сердца может привести к опасным для жизни последствиям). В принципе, физиологические изменения при стрессе, связанном с эмоционально приятными и неприятными событиями, весьма сходны. Холмс и Райх (1967) составили примерный перечень различных жизненных событий с указанием их потенциальной стрессогенности.

Каждому жизненному событию приписывается определенный и выраженный в баллах коэффициент. На основании суммы баллов предлагается судить об интенсивности психического воздействия жизненных событий. Наивысшее количество баллов приписывается смерти супруга (100 баллов), далее следуют: развод (73 балла), разлука супругов (65), тюремное заключение (63), смерть родных (63), женитьба (50), примирение супругов (45), выход на пенсию (45), и т.д., включая даже заем денег (до 10 тыс. долларов – 17 баллов, свыше 10 тыс. – 31 балл).

**Шкала жизненных событий** (Холмс Т., Райх Р., 1967)

Жизненные события Значение события в баллах

Смерть супруга 100

Развод 73

Разъезд супругов (без оформления развода) 65

Тюремное заключение 63

Смерть близкого члена семьи 63

Серьезная травма или болезнь 53

Женитьба 50

Увольнение с работы 47

Примирение супругов 45

Добровольный уход с работы (на пенсию, в отставку) 45

Серьезное изменение в состоянии здоровья члена семьи 44

Беременность 40

Сексуальные проблемы 39

Появление нового члена семьи (рождение, усыновление, уход за пожилым и пр.) 39

Серьезные преобразования на работе (реорганизация, банкротство, объединение компаний и пр.) 39

Серьезное изменение финансового положения (резкое ухудшение или резкое улучшение) 38

Смерть близкого друга 37

Резкое изменение профиля работы 36

Резкое изменение количества споров с супругом (намного чаще или намного реже возникают разногласия по поводу воспитания детей, личных привычек и пр.) 35

Ссуда или заем на крупную покупку (например, дома) 31

Окончание срока выплаты ссуды или займа 30

Резкое изменение должностных обязанностей (повышение или понижение по службе, переезд в другой отдел) 29

Сын или дочь покинули дом (уехали на учебу, переехали к партнеру) 29

Проблемы с родственниками мужа (жены) 29

Выдающееся личное достижение 28

Супруг бросает работу (или приступает к работе) 26

Начало или окончание обучения в учебном заведении 26

Существенное изменение условий жизни (строительство нового дома, капитальный ремонт, разрушение дома) 25

Пересмотр индивидуальных привычек (в одежде, манерах, круге общения) 24

Проблемы с начальством 23

Изменение условий или часов работы 20

Перемена места жительства 20

Смена места обучения 20

Изменение привычек, связанных с проведением досуга или отпуска 19

Изменение привычек, связанных с вероисповеданием (существенно больше или меньше посещений церкви) 19

Существенные изменения в социальных контактах (посещение клубов, кино, вечеринок, походы в гости) 18

Ссуда или заем для покупки более крупных вещей (машины, телевизора, холодильника и пр.) 17

Изменение индивидуальных привычек, связанных со сном (спал больше, меньше, не в то время суток) 16

Семейные праздники отмечаются в непривычном составе (существенно больше или меньше членов семьи) 15

Изменение привычек, связанных с питанием 15

Отпуск 13

Рождество 12

Незначительное нарушение правопорядка (штраф за езду без билета, нарушение дорожных правил, беспокойство соседей и пр.) 11

Однако, к сожалению, указанные оценки нельзя считать точными, поскольку одно и то же событие может иметь для разных людей противоположное значение. Кроме того, в списке приведены уже свершившиеся события, в то время как на практике людей чаще всего беспокоят переживания по поводу возможных, ожидаемых, но пока не наступивших жизненных изменений (так, волнение пациента по поводу планируемой операции намного превышает его переживания, связанные с болью и неудобством, после проведения хирургического вмешательства). Несмотря на субъективность и недостоверность, шкала Holmes-Rahe до сих пор широко используется в научных исследованиях.

**Фрустрация**

Понятие фрустрации (от лат. frustratio – обман, тщетное ожидание) характеризует степень эмоционального напряжения. Фрустрация – психическое состояние, обусловленное невозможностью удовлетворения актуальных и доминирующих потребностей. Проявлениями фрустрации могут быть различные отрицательные эмоции (досада, обида, разочарование, тревога, раздражение, злоба, отчаяние).

Длительная блокада актуальных потребностей человека (фрустрация) может привести к возникновению тяжелых психических и соматических расстройств. Существует множество приемов по преодолению стресса (поведение, поступки людей в ситуации стресса весьма различны), Не все приемы одинаково эффективны, какие-то из них помогают приспособиться к жизни, какие-то мешают достичь адаптации.

**Стратегии преодоления стресса**

Поведение человека в состоянии фрустрации определяется не столько реальными обстоятельствами и возможностями, а по большей части его собственными взглядами на то, какова причина ситуации и возможно ли ее преобразование в лучшую сторону, его привычками и убеждениями.

При возникновении угрозы или препятствия можно:

• напасть, преодолеть препятствие самостоятельно;

• убежать;

• собрать побольше информации;

• обратиться за помощью к другим;

• сделать вид, что ничего не случилось.

Саул Розенцвейг (род. 1907) считает, что склонность действовать определенным образом в ситуации фрустрации является устойчивой чертой личности. Он описывал людей, склонных к:

• *экстрапунитивным* реакциям (обвиняют других и требуют от них компенсации),

• *интрапунитивным* (обвиняют во всем самого себя и стремятся исправить свою ошибку) и

• *импунитивным* реакциям (считают, что виноватых нет, все обойдется само по себе).

Данные черты личности можно выявить с помощью соответствующего теста.

Наиболее подробно способы совладания со стрессом (**копинг-стратегии**) были изучены Ричардом Лазарусом (род. 1922). Он составил подробную классификацию стратегий преодоления и разработал соответствующий опросник. Среди возможных вариантов поведения в ситуации стресса Лазарус выделял активные и пассивные способы совладания.

Примерами *пассивного совладания* являются:

• дистанцирование (стремление поскорее забыть о несчастье),

• избегание (надежда на чудо),

• принятие ответственности (самообвинение и самокритика).

*Активными стратегиями* считаются:

• конфронтация (настойчивость, стремление противостоять препятствиям),

• поиск социальной поддержки (обращение за помощью к другим людям),

• планирование (поэтапное планомерное преодоление проблемы).

Действия человека в условиях стресса также можно разделить на стратегии, направленные на:

• *инструментальное решение* (они предполагают, что предпринятые действия помогут преодолеть все препятствия и достичь желаемой цели) и стратегии, направленные на:

• *эмоциональное отреагирование* (приводят к тому, что достигается временное спокойствие при том, что актуальная потребность остается неудовлетворенной).

Например, требование больного выдать полагающееся по закону льготное лекарство – это поиск инструментального решения, а оскорбления лечащего врача, который сообщил, что этого лекарства нет в наличии – это эмоциональное отреагирование.

Было показано, что люди, использующие активные стратегии совладания, ориентирующиеся на результат, а не на эмоциональную разрядку, имеют более высокое качество жизни, и течение многих заболеваний у них оказывается более благоприятным.

Крайне неконструктивным вариантом совладания является употребление алкоголя и наркотиков (избегающее поведение, уход от проблемы).

Выбор активной или пассивной стратегии совладания во многом зависит от постоянных, стойких черт личности. В частности, показана его связь с локусом контроля.

**Локус контроля** – это склонность людей рассматривать причины неудачи как контролируемые или неконтролируемые. Локус контроля считается:

• внешним (*экстернальность*), если человек считает, что ситуация контролируется внешними, не зависящими от него обстоятельствами, другими более влиятельными людьми, чьим-то злым умыслом или божественным провидением, или:

• внутренним локусом контроля (*интернальность*) проявляется уверенностью человека в том, что все находится в его власти, что он сам может влиять на ситуацию, бороться с обстоятельствами, добиваться справедливости.

В ситуации болезни экстернальная позиция («я болезненный человек») определяет пассивность, отказ от рискованных мероприятий, отсутствие веры в эффективность лечения и профилактики. Внешний локус контроля часто определяет пониженную самооценку, чувство безысходности, депрессивный фон настроения. Напротив, интернальная позиция («здоровый образ жизни») заставляет человека компенсировать недостатки своей физической конституции, добиваться улучшения качества жизни даже при наличии неизлечимой болезни.

Этот выбор активной или пассивной стратегии совладания происходит подсознательно (автоматически), но человек может проанализировать свое поведение, осознать его последствия, использовать как полезный опыт в будущем. Это открывает большие возможности для психотерапевтической работы врача.

Неосознаваемым психическим процессам большое внимание уделяется в рамках психоаналитического направления психотерапии. Зигмунд Фрейд был пионером в описании специфических форм эмоционального преодоления внутренних конфликтов. Им была сформулирована концепция психологической защиты.

**Механизмы психологической защиты**

Психологическая защита – это присущий всем здоровым людям неосознаваемый психологический прием, благодаря которому эмоционально неприятная информация изгоняется из сознания и становится недоступна чувственному переживанию и логическому анализу.

Сам Фрейд подробно описал лишь несколько примеров психологической защиты (вытеснение, регрессия, рационализация, сублимация). В работах его последователей, особенно его дочери Анны Фрейд (1895-1982), теория психологических защит была рассмотрена во всех подробностях. В психологической литературе приводятся описания огромного числа механизмов психологической защиты, точное их количество даже не определено. В действительности все защитные механизмы в какой-то степени эквивалентны, поскольку все они заключаются в сокрытии реальности от сознания, то есть они являются формой невольного самообмана.

Этот самообман определяет и положительную роль защит (сохранение положительной самооценки, поддержание спокойствия и организованности, необходимых для адаптации) и множества отрицательных последствий (неверное восприятие реальности, отказ от удовлетворения актуальных потребностей, сохранение внутреннего напряжения, приводящего к возникновению неврозов и соматических заболеваний). При этом человек не имеет возможности управлять защитными механизмами, поскольку они действуют на бессознательном уровне. Обычно чем более актуальная потребность блокируется стрессом, тем сильнее и энергичнее действует психологическая защита.

Выделяют следующие варианты психологических защитных механизмов:

• *Отрицание* – исключение тех аспектов внешней реальности, которые, будучи очевидными для окружающих людей, тем не менее не принимаются, не признаются. Неосознавание тех событий, переживаний, ощущений, которые причинили бы человеку боль при их осознании (человек годами ожидает приход давно погибшего родственника);

• *Вытеснение* – проявляется в забывании, игнорировании очевидных фактов неправильного поведения или симптомов болезни, вплоть до полного неприятия. Неприемлемые для личности импульсы, мысли, желания, чувства, вызывающие тревогу, становятся бессознательными (разочаровавшаяся в браке женщина утверждает, что хочет иметь семью, но при этом отказывает всем претендентам, находя в них массу недостатков);

• *Регрессия* – использование более простых и привычных способов поведения (беременная жена, надув губки, требует у мужа покупки дорогой шубы, хотя знает, что в данный момент он в трудном финансовом положении). Возвращение в условиях стресса к онтогенетически более ранним и менее зрелым формам поведения;

• *Компенсация* – стремление к достижению успеха в какой-то области, компенсируя неудачи в другой области (женщина, считающая себя некрасивой, все время посвящает работе и действительно достигает хороших успехов, но завидует семейным женщинам, имеющим детей. Подросток с низкой успеваемостью усиленно занимается спортом). Интенсивные попытки исправить или восполнить собственную реальную или воображаемую физическую или психическую неполноценность;

• *Проекция* – приписывание другим своих неблагоприятных черт характера (приписывание агрессивности окружающим, чтобы оправдать собственную агрессивность. Ханжа приписывает другим собственные аморальные поступки). Неосознаваемое отвержение собственных неприемлемых мыслей, установок или желаний и приписывание их другим, окружающим людям;

• *Замещение* – разрядка подавляемых эмоций (гнев, враждебность) на объектах, представляющих меньшую опасность или более доступных (рассерженный нотациями матери ребенок пинает ногой кошку. Получивший выговор от начальства мужчина устраивает дома скандал с женой по поводу подгоревших котлет);

• *Рационализация* – стремление к самооправданию, к объяснению правдоподобными доказательствами причин и мотивов своих поступков из-за угрозы потери самоуважения (лиса, не доставшая виноград, утверждает, что он еще зеленый). Неосознаваемый контроль над своими эмоциями за счет рациональной интерпретации ситуации;

• *Реактивные образования* – неосознаваемое отвержение собственных эмоционально неприемлемых мыслей, установок, желаний, особенно сексуальных или агрессивных, благодаря развитию противоположных этим желаниям установок и форм поведения (мальчик дергает за косичку девочку, которая ему нравится).

Для определения данных типов психологических защит существует опросник Келлермана-Плутчика.

Можно условно разделить психологические защиты на более и менее зрелые. В процессе роста человека можно видеть, что ребенок использует преимущественно *примитивные защиты*. Например, чтобы спрятаться от пугающего его человека, ему достаточно закрыть глаза руками («Я тебя не вижу – значит, тебя нет»). Такие незрелые защитные механизмы подчеркивают слабость, беспомощность, несовершенство человека. Взрослый человек, активно использующий примитивные защиты, обрекает себя на зависимое положение в обществе, на жалость и снисходительное отношение окружающих.

Более сложно устроены защитные механизмы, называемые невротическими. Заболевания, называемые неврозами, во многом определяются неадаптивными психологическими защитами (симптомы истерического невроза соответствуют вытеснению и конверсии, симптомы невроза навязчивых состояний – замещению и рационализации).

*Зрелые защитные механизмы* обеспечивают наибольший уровень адаптации, так как основаны на формах поведения, одобряемых обществом, а это позволяет повысить социальный статус человека, гарантирует ему высокий уровень самоуважение.

Наиболее известным механизмом из группы зрелых является сублимация. Она выражается в том, что человек удовлетворяет свою доминирующую потребность не напрямую, а в символической форме, так что это вызывает уважение и восхищение окружающих. Фрейд считал, что творческие успехи многих знаменитых писателей, художников, ученых были формой символического удовлетворения сексуальной потребности. Действительно, талант и высокая продуктивность часто сочетаются с отсутствием семейного счастья (и наоборот). Есть даже точка зрения, что выбор профессии нередко бывает основан на стремлении в скрытой форме удовлетворить свои скрытые потребности (писатель, создающий триллеры, возможно, наслаждается своей трусостью; художник, изображающий обнаженную натуру, удовлетворяет свою страсть к подглядыванию; мусорщик стремится удовлетворить свою потребность в унижении). При всей изощренности зрелых защит они также не рассматриваются как путь к счастью, поскольку ограничивают свободу человека, лишают его возможности получать наслаждение простыми и доступными всем средствами (от секса, еды, отдыха, движения).

Слово «защита» предполагает наличие какой-либо угрозы (стресса). Однако Анна Фрейд обратила внимание на то, что защитные механизмы у некоторых людей работают непрерывно, вне зависимости от наличия или отсутствия стресса, то есть они образуют как бы защитный панцирь («броня характера»). Примером постоянной защиты считают аутизм (замкнутость): ведь человек, который глух к чужому мнению, не может чувствовать себя оскорбленным или униженным кем-то. Педантизм тоже выступает как постоянная защита от страха преобразований, изменений. Альтруизм гарантирует человеку защиту от чувства вины.

Какова должна быть тактика врача в случае выявления защитных форм поведения? Разрушение психологической защиты всегда приносит страдание человеку и может лишить его опоры в жизни. Однако вскрытие в процессе психотерапии внутреннего конфликта позволяет вылечить невроз или депрессию.

В то же время не следует нарушать сложившуюся систему психологических защит, если не имеется четкого плана психологической поддержки и реабилитации пациента. Слом, разрушение психологической защиты является чрезвычайно ответственным шагом, следует четко представлять себе цели и последствия такого действия.

**Лекция №5: Неврозы**

*План лекции:*

* Представления о причинах возникновения неврозов
* Классификации неврозов
* Неврастения
* Истерия
* Невроз навязчивых состояний

Неврозы относятся к так называемой "малой психиатрии", которая изучает болезни вне психотического состояния. Эти болезни характеризуются не только малой интенсивностью, но и малой продолжительностью. Они подходят под определение "пограничные состояния". В отличие от психопатии, при неврозах страдает лишь часть личности, сохраняется критическое отношение к болезни, определяющее воздействие принадлежит влияниям окружающей среды.

Понятие "невроз" было введено в медицину шотландским врачом Кулленом (W.Cullen) в 1776 году.

В настоящее время в понятие "невроз" вкладывается разное содержание. Различаются и представления о причинах возникновения неврозов.

**Представления о причинах возникновения неврозов**

Некоторые исследователи считают, что невротические феномены вызваны определенными патологическими механизмами чисто биологической природы: "Неврозы - это незнание, возведенное в степень нозологической группы". То есть, предполагается, что при соответствующих достижениях техники, биологии, медицины можно будет найти морфологические субстраты, адекватные любому нарушению функции.

С точки зрения бихевиористов, реально существуют лишь отдельные невротические симптомы как результат неправильного научения (H. Y. Eysench, J. Wolpe, S. Rachman): "Нет невроза, скрывающегося за симптомом, это просто сам симптом".

Экзистенциалисты (R. May) вообще не считают неврозы болезнью: "Невроз - это форма отчужденного существования больного".

Приверженцы гуманистический психологии (C. Rogers) говорят, что невроз - это неудовлетворенная потребность в самоактуализации.

Представители течения "Антипсихиатрия" утверждают, что неврозы - "нормальное поведение в ненормальном обществе".

В.Н.Мясищев считает, что невроз имеет психогенную природу. Они характеризуются следующими чертами:

• Связь с личностью больного, с психотравмой; неспособность больного самостоятельно адекватно разрешить психотравмирующую ситуацию.

• Возникновение и течение невроза более или менее связано с патогенной ситуацией и переживаниями личности: наблюдается определенное соответствие между изменениями психотравмирующей ситуации и динамикой состояния больного.

• Клинические проявления по содержанию связаны с психотравмирующей ситуацией и переживаниями личности, с основными наиболее сильными и глубокими ее стремлениями, представляя собой аффективную реакцию, патологическую фиксацию тех или иных ее переживаний.

• Отмечается высокая эффективность психотерапии в сравнении с медикаментозным лечением.

Таким образом, невроз - это "психогенное (как правило, конфликтогенное) функциональное нервно-психическое личностное расстройство, которое возникает в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека и проявляется в специфических клинических феноменах (эмоциональные нарушения, нарушения поведения и нарушения нейровегетативной регуляции внутренних органов) при отсутствии психопатологических явлений".

Для невроза, по Мясищеву, характерны следующие особенности:

• обратимость патологических нарушений независимо от длительности;

• психогенная природа;

• специфичность клинических проявлений, состоящих в доминировании эмоционально-аффективных и сомато-вегетативных расстройств.

По данным Б. Д. Петракова и Л. Б. Петраковой, уровни распространения и темпы "накопления" больных в большинстве стран мира высоки и продолжают расти. Некоторые авторы полагают, что нынешнее поколение страдает психическими заболеваниями не чаще, чем предыдущее, но другие считают, что количество неврозов увеличивается в связи с техническим развитием общества.

**Классификации неврозов**

Существует множество классификационных делений неврозов. Это результат отсутствия единого взгляда на этиологию и патогенез. В основе классификаций могут лежать разные признаки: по признакам профессии - неврозы руководящих кадров, неврозы актеров и т.д.; по событиям в жизни общества - военный, окопный и т.д.

Большинство отечественных авторов выделяли три классические формы неврозов: неврастению, истерию и невроз навязчивых состояний (Г. К. Ушаков, А. А. Портнов, Д. Д. Федотов, Б. Д. Карвасарский, Ю. Я. Тупицын, Н. К. Липгарт, В. Ф. Матвеев, М. Г. Арапетянц, А. М. Вейн, Ф. И. Случевский).

Сама психотравмирующая ситуация при неврозах оказывает патогенное влияние лишь при наличии определенных особенностей личности, придающих значимость неблагоприятному воздействию (не все люди заболевают неврозами, хотя у всех имеются «детские психотравмы» – конфликтные отношения в семье, наблюдение драматических событий и прочее). На фоне взаимодействия психической травмы и особенностей личности формируется интрапсихический невротический конфликт – ключевое звено патогенеза неврозов. По мнению В.Н.Мясищева (1960), в большинстве случаев при неврозах речь идет о конфликтах между потребностью в самоуважении и мотивами, которые противоречат этому представлению о себе и поэтому неприемлемы для субъекта.

**Неврастения**

Неврастения - буквально "слабость нервов" (греч. asthenos - "слабый"). Впервые описано американским невропатологом Джорджем Бирдом в 1869 году.

Выделяют три стадии заболевания:

• в начальной стадии нарушено активное торможение, что проявляется преимущественно в виде раздражительности и возбудимости.

• в промежуточной стадии имеет место лабильность возбудительных процессов с преобладанием раздражительной слабости.

• в заключительной стадии развивается охранительное торможение, преобладает истощаемость, слабость, вялость, апатия, повышенная сонливость, пониженное настроение.

У больных с неврастенией отмечаются все признаки астенического синдрома (утомляемость, раздражительность, перебои в работе сердца, головокружение, потливость, головные боли и пр.).

Появившаяся слабость носит характер постоянного чувства усталости. Больной чувствует себя как после тяжелой физической работы или после тяжелого заболевания, жалуется на мышечные боли, особенно в поясничной области (повышенное напряжение этих мышц), на сердцебиения, боли в животе, расстройства половой сферы (преждевременная эякуляция, импотенция у мужчин, аноргазмия у женщин).

Головные боли проявляются в виде сжимающего обруча (неврастенический шлем), ощущается чувство давления внутри головы ("вата в голове"), сумбур в голове ("вода переливается, треск").

Отмечаются трудности концентрации внимания и запоминания - эти нарушения являются проявлением психической усталости. С утра характерно чувство усталости, к вечеру - оживление. Больные плохо засыпают, видят кошмарные, поверхностные сны. Испытывают раздражительность, злобу, чувство исчерпанности, "вулканические" извержения гнева.

Неврастенией чаще страдают руководящие работники (так называемый директорский невроз). Они не могут справляться со своими обязанностями, находятся в постоянном напряжении, вспыльчивы, дают противоречивые указания. Их раздражает все и вся.

Для неврастении характерны спешка и скука. Больной хочет "оказаться в другом мире", оставить в прошлом действительность, бежать от нее или разрушить. Неврастеник борется с актуальным временем, с актуальной ситуацией.

Спешка и скука причисляются к чертам современной цивилизации, поэтому неврастению можно рассматривать как "неврастенизирование" общества технического прогресса.

**Неврастенический тип** **невротического конфликта** определяется, как противоречие между возможностями личности, с одной стороны, и ее стремлениями, завышенными требованиями к себе - с другой, как несоответствие между задачами личности и возможностями их осуществления («*я хочу, но у меня не хватает сил*»). В основе неврастении лежит конфликт между стремлением занять более престижное положение в жизни, достичь реализации своих фантазий – и отсутствием способностей и сил, необходимых для этого. Так, неврастения развивается у студента, стремящегося получить высшее образование, но неспособного к долгой и упорной работе; у молодой жены, которая хотела бы нравится мужу, но чувствует нехватку сил на то, чтобы вести все хозяйство и ухаживать за ребенком; у сотрудника, занявшего престижное место, но не справляющегося с объемом работы.

Особенностями конфликта этого типа способствует определенное воспитание, когда стимулируется нездоровое стремление к личному успеху без реального учета физических и психических сил и возможностей индивида. Стремление к работе ради достижения личного успеха и престижа приводит таких людей к состоянию перенапряжения и утомления. В определенной степени возникновению данного типа конфликта способствуют высокие требования к человеку, предъявляемые все возрастающим темпом современной жизни.

**Истерия**

Истерия (от греч. hystera - "матка"). Во времена Платона считали, что эта болезнь связана с блужданием матки в организме женщины. Затем были обнаружены те же симптомы и у мужчин, но значительно чаще истерия встречается у женщин.

Бабинский называл истерию "великой симулянткой", так как при истерии проявляются симптомы, характерные для разных заболеваний: головная боль сильнее, чем при опухолях мозга, припадки (истерическая дуга), напоминающие эпилепсию. Действительно, истерический невроз особенно часто становится причиной диагностических проблем, поскольку его симптомы могут имитировать практически любое соматическое или неврологическое заболевание. Описывают истерические параличи, припадки, нарушение координации движений, боли, одышку, рвоту, нарушение глотания, слепоту, глухоту, немоту и пр. Все эти расстройства выглядят атипично – не так, как описано в книге, а так, как представляет их себе больной.

Психологи психоаналитического направления рассматривают истерические соматические расстройства как проявление конверсии (conversia - "обращая", "направляя"), защитного механизма, который заключается в том, что чувство неудовлетворения изгоняется из сознания и замещается переживаниями по поводу вымышленных соматических расстройств. Появившаяся беспомощность в этом случае позволяет рассчитывать на сочувствие и помощь окружающих, в этом заключается «вторичная выгода» истерических расстройств. Однако первичная проблема остается неразрешенной, а значит, истерические расстройства в целом не приносят больному никакой пользы, усиливают его дезадаптацию и вызывают страдания.

В практике врача истерические расстройства часто становятся причиной диагностических проблем. Пациенты настолько вживаются в роль больного, что отличить их жалобы от органических заболеваний бывает довольно трудно. Кроме данных объективного обследования, в диагностике помогает явная связь данных расстройств с психотравмирующими событиями. Надо учитывать то, что конверсионная симптоматика усиливается, когда окружающие обращают на нее внимание, и сглаживается или исчезает, если больные отвлекаются от ее обсуждения.

Признаки истерических конверсионных расстройств:

• возникают непосредственно после психических травм;

• характеризуются атипичным набором симптомов (не похожи на типичные проявления известных заболеваний);

• усиливаются, если на них обращено внимание окружающих;

• исчезают, если больной отвлекается или успокаивается;

• не затрагивают функций, не поддающихся контролю сознания (безусловные рефлексы).

Симптомы истерии проявляются в двигательных, сенсорных и психических нарушениях:

Двигательные симптомы - гиперкинезы (размашистые движения различного рода: писчий спазм, особенно у учителей, вздрагивания, истерическая дрожь, тики, навязчивые движения); функциональные параличи.

Сенсорные симптомы - снижение данной функции перцепции (отсутствие болевой реакции, истерическая слепота и глухота) или ее повышение (гиперэстезии, непроходящая боль, зрительная или слуховая гиперчувствительность). Возможно отсутствие осязания, перчаточная или чулочная гиперчувствительность, спастическое зажмуривание век, аноргазмия, глухота, потеря вкуса, головная боль ("болевой гвоздь"), истерическая псевдобеременность, потеря голоса.

Психические симптомы - состояние огромного возбуждения или апатии, отличная память (гипермнезия) или ее утрата (амнезия). Наблюдаются экстазы, исступленность, припадки, истерическое окаменение (ступор), сумеречное состояние (неудержимое стремление к бегству, перевоплощение в животное и т.д.).

В случае возникновения острой истерической реакции не следует ругать пациента или обвинять его в игре на публику. Это лишь усиливает переживания больного и обостряет конверсионные симптомы. Врач должен показать уверенность в себе, при истерии весьма эффективны методики внушения (суггестии). Однако без разрешения основного конфликта истерические реакции будут повторяться. Поэтому задача врача заключается в раскрытии внутреннего конфликта, перенаправлении усилий пациента с «бегства в болезнь» на удовлетворение блокированных потребностей.

**Истерический тип невротического конфликта** характеризуется чрезмерно завышенными претензиями личности, которые сочетаются с недооценкой или полным игнорированием объективных реальных условий или требований окружающих («*я хочу, хотя и не имею права*»). В основе истерического невроза обычно лежит конфликт между стремлением быть выше других и одновременно находиться под опекой, пользоваться заботой окружающих. Такой конфликт характерен для демонстративных личностей.

В генезе этого типа конфликта существенную роль играют особенности воспитания, когда стимулируется стремление ребенка быть в центре внимания окружающих (воспитание по типу «кумира семьи»). Таких лиц отличает превышение требовательности к окружающим над требовательностью к себе, отсутствие критического отношения к своему поведению, у них ниже способности тормозить свои желания, противоречащие общественным нормам.

**Невроз навязчивых состояний**

Невроз навязчивых состояний – обсессивно-фобический, обсессивно-компульсивный (в англоязычных странах), психастения (во Франции), ананкастический невроз (ananke - "необходимость", "фатум"). Особенностью невроза навязчивых состояний является появление мыслей, воспоминаний, страхов, желаний, нелепость и нереальность которых больные понимают, но избавиться от которых не могут (например, беспокойство, закрыл ли двери, "застревает" в голове). У больного наблюдается стремление к порядку. Нарушение порядка, ритуалов вызывает беспокойство, а ритуал защищает от страха, снижает тревогу. Отмечается тенденция к выполнению общественных норм - в противном случае возникает чувство вины. Для снижения страха больной использует талисманы, магические заклятия и т.д. Нередко обсессивно-фобический невроз проявляется навязчивыми опасениями заболеть тяжелой опасной болезнью (рак, СПИД, сифилис, инфаркт миокарда, инсульт и др.). Такие люди могут обращаться к врачам с просьбами повторно провести им анализы, успокаиваются при исключении пугающего их диагноза, но вскоре вновь обращаются с той же просьбой. Такой вариант невроза нередко развивается у тревожно-мнительных (педантичных) личностей.

При неврозе навязчивых состояний отмечаются навязчивые мысли, действия, страхи (фобии).

Навязчивые мысли могут не носить эмоциональной окраски (пересчитывание чисел, повторение услышанного). Например, у матери - мысль убить ребенка, у верующего - богохульство, секс. Навязчивые мысли могут носить экзистенциальный характер: «хорошо ли я это сделал, правильно ли провел консультацию, кто я, зачем я живу?»

Возможны дереализация (чувство измененности, нереальности окружающего) и деперсонализация (нарушение самосознания, чувство изменения своего "Я").

Навязчивые действия - стереотипные движения вопреки воле и разуму. Например, мытье рук, ритуалы одевания и раздевания, определенное количество повторений действий и т.д. Цель навязчивого действия - отстранение зла. Больные понимают, что действия выглядят нелепо, смешно, но отказаться от их выполнения не могут (стремление обойти уличный фонарь с определенной стороны, встряхивание головой, ногой).

Нередко данный невроз проявляется острыми приступами страха и паники (страх транспорта, закрытых пространств, толпы).

Навязчивые страхи (фобии):

• клаустрофобия - боязнь закрытых пространств;

• агорафобия - страх перед открытыми пространствами;

• эрейтофобия - страх покраснеть в присутствии посторонних.

Возможен страх перед смертью (танатофобия), перед загрязнением (мизофобия), страх острых предметов (оксифобия) и др. В возникновении этих страхов могут быть разные психологические предпосылки: сексуальная неудовлетворенность в супружестве, скрытая агрессивность, аморальное поведение.

В момент паники наиболее эффективными являются транквилизаторы (под язык или инъекции). Лечение невроза требует помощи психотерапевта.

**Обсессивно-психастенический тип невротического конфликта** характеризуется противоречивыми собственными внутренними тенденциями и потребностями, борьбой между желанием и долгом, моральными принципами и личными привязанностями («*хочу, но не могу решиться*»). При этом, если одна тенденция получает перевес, становится доминирующей, то получает противодействие другой, в результате резко усиливается нервно-психическое напряжение и возникает невроз навязчивых состояний. В основе невроза часто обнаруживается конфликт между существующими эгоистическими потребностями (в безопасности, любви и симбиотических связях) и чрезмерно высоким альтруистическим чувством ответственности и преданности общему делу.

Особое значение для формирования этого типа конфликта имеют усиленные личностные черты по типу неуверенности и нерешительности, которые формируются с детства в условиях воспитания, когда имеет место предъявление жестких, часто противоречивых требований к личности.