

Невротические расстройства



В. Н. Мясищев рассматривал невроз прежде всего как функциональное, психогенное нервно-психическое заболевание, вытекающее из тяжелых переживаний личности, неразрывно связанных с условиями ее жизни.

Какие переживания или какие качества переживаний являются патогенными?

В. Н. Мясищев: при более глубоком анализе переживание оказывается производным от личности переживающего.

Потеря работы, клевета, измена супруга, смерть ребенка, неудача в достижении цели, уязвленное самолюбие и т. п. являются источником болезненного переживания лишь в том случае, если они занимают центральное или по крайней мере значимое место в системе отношений личности к действительности. Их значимость является условием аффективного напряжения и аффективной реакции.

При каких условиях переживания становятся патогенными?

Само противоречие или несоответствие между потребностью и возможностью ее удовлетворения, целью и возможностью ее достижения приводит к психоневрозу только тогда, когда оно продуктивно не разрешается: цель не достигается и потребность не удовлетворяется.

Когда из переживания возникает болезненное состояние?

Далеко не всегда неудачи и потрясения порождают невроз. В. Н. Мясищев перечисляет следующие источники патогенности противоречия (конфликта):

а) особенности личности, создающие трудности в общении с другими людьми, как это бывает у лиц агрессивных, претенциозных, упрямых, взбалмошных, сенситивных и т. п.;

б) случаи, при которых личность не может найти рационального, продуктивного решения конфликта в силу известных обстоятельств: когда средства активного воздействия на ситуацию для достижения целей оказываются гораздо ниже уровня потребностей или притязаний личности;

в) случаи, когда действительность не представляет пассивного объекта воздействия: она активно препятствует и помогает субъекту, дает ему средства и возможности и в то же время предъявляет к нему требования;

г) случаи, при которых объективные условия делают противоречие неразрешимым, например: человек теряет своего близкого или средства достижения цели (певец теряет голос и т. п.). Возникает уже вопрос не о разрешении задачи и преодолении трудностей, а о признании и подчинении реальной необходимости. Здесь опять-таки требуется известный фонд психических средств для того, чтобы понять неизбежность отказа и найти новые пути в жизни.

Патогенность ситуации, таким образом, заключается в неумении рационально, иначе – продуктивно преодолеть трудность или в неспособности отказа от неосуществимых стремлений.

Типы невротических конфликтов

Анализ различных отношений, существующих между картиной отдельных невротических синдромов и характером патогенных условий, позволил В. Н. Мясищеву описать три основных типа невротических конфликтов: неврастенический, истерический, обсессивно-психастенический.

Неврастенический конфликт

- это противоречие между актуальными возможностями личности, с одной стороны, и ее стремлениями и требованиями к себе, которые соответствуют требованиям окружающего, с другой стороны. Источником болезни является то, что личность не умеет при данной конкретной ситуации справиться со стоящей перед ней задачей даже при самом активном стремлении разрешить эту задачу. Противоречие заключается в относительном несоответствии между возможностями или средствами личности и между требованиями действительности.

Обсессивно-психастенический конфликт.

Этот тип конфликта наблюдается, когда человек заболевает в условиях противоречивых влияний, приводящих к противоречивым внутренним тенденциям. Личность как бы внутренне расщепляется, и этот «внутренний конфликт» или внутреннее раздвоение характерны для невроза навязчивых состояний.

Борьба между желанием и долгом, между принципами и личными привязанностями, между инстинктивными влечениями и этическими надстройками представляет собой типичный случай этих внутренних конфликтов.

Неразрешающееся напряжение наиболее ярко выражается в состоянии нерешительности, сомнения, при котором личность колеблется в борьбе двух противоположных тенденций, причем или ни одна не приобретает перевеса – и человек страдает сомнениями, нерешительностью, раздвоением личности, или же одна из двух тенденций приобретает перевес, но, встречая противодействие другой, обнаруживается в навязчивом симптоме.

Механизм возникновения болезненных симптомов еще недостаточно ясен. Он ярче всего проявляется в символической obsesии, например в навязчивых ритуальных действиях, значение которых может быть понято только на основе их генетического анализа, позволяющего установить тесную связь между симптомами болезненного состояния и характером внутренних противоречий.

Истерический конфликт

Этот тип противоречия встречается в тех случаях, когда личность вступает в конфликт с различными моментами окружающей ее действительности, не находя удовлетворения своих требований, стремлений или когда действительность выдвигает требования, идущие вразрез с субъективными требованиями личности.

Конфликт истерический - характеризует завышенный уровень притязаний и недооценка реальных условий (индивид хочет получить от окружающих больше того, чем в их глазах он заслуживает)

В. Н. Мясищев выделял две основные формы невроза, которые определяются соотношением истории личности и истории невроза.

Первая форма – невроз как патологическое развитие. Здесь конституциональные врожденные факторы имеют значение лишь одного из условий, а основную роль играет процесс развития – в определенных внешних условиях. Эта форма может быть названа невротическим развитием, и здесь В. Н. Мясищев подчеркивает роль ситуации раннего детства, подтверждая в этом отношении некоторые утверждения Фрейда.

Вторая форма невроза – актуальный невроз – остро возникает у личности, до того здоровой, под влиянием тяжелого, острого переживания или трудноразрешимой противоречивой и напряженной ситуации. Здесь между историей личности и историей болезни не существует соответствия – характер личности до заболевания не отличается болезненными чертами невроза. Источники болезненного состояния лежат по преимуществу в трудной ситуации, но не во внутренней структуре личности.

Критерии отграничения неврозов

Психозы, конституциональные психопатии, неврозоподобные органические расстройства вытекают, по мнению В. Н. Мясищева, не из нарушенных отношений, а из непосредственного нарушения функций.

Если при неврозе нарушаются взаимоотношения личности с действительностью и возникающий конфликт создает вторичное нарушение нервно-психической функции, то при органическом заболевании, при психозе мы имеем непосредственное поражение функций и субстрата, что обуславливает вторичное нарушение взаимоотношений с действительностью.

При психопатии нарушенные взаимоотношения возникают из врожденной недостаточности нервно-психических функций, препятствующих включению личности в систему общественных отношений.

Реактивные состояния (депрессия, страх, тревога) и острые аффективные реакции не имеют корней в особенностях личности, не нарушают в основном ее нормальной структуры и ее общих отношений к действительности и представляют относительно изолированный феномен. Это – усиленная и адекватная реакция на остро действующие, потрясающие события.

Личность, ее изменения и аномалии.

Акцентуации (от лат. *accentus* — ударение, подчеркивание) — крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера гипертрофированы и проявляются в форме «слабых мест» в психике индивида — избирательной ее уязвимости в отношении некоторых воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим воздействиям.

Автор концепции акцентуации — немецкий психиатр Карл Леонгард; он ввёл термин «акцентуированная личность». А. Е. Личко уточнил этот термин, изменив его на термин «акцентуация характера».

Согласно А. Е. Личко, по степени выраженности можно выделить два вида (две стадии) акцентуаций:

- Явная акцентуация — крайний вариант нормы. Проблемные черты характера достаточно выражены в течение всей жизни, в ситуациях и проблемных, и благополучных.
- Скрытая акцентуация — обычный вариант нормы. Проблемные черты характера этого типа проявляются в основном в трудных жизненных ситуациях, в стрессе и конфликтах, хотя в благополучных обстоятельствах перед нами может быть вполне адаптированный человек.

Основные акцентуации характера

- **Гипертимический (гиперактивный).** Всегда приподнятое настроение, энергичен, самостоятелен, не реагирует на замечания, теряет грань дозволенного.
- **Дистимичный.** Всегда плохое настроение, замкнут, пессимистичен, тяготеет шумным обществом.
- **Циклоидный.** Нестабилен – то общителен, то замкнут.
- **Эмотивный (эмоциональный).** Чрезмерная чувствительность, сильно переживает из-за мелочей, излишне чувствителен к замечаниям.
- **Демонстративный.** Демонстративная акцентуация характера заставляет людей любой ценой добиваться внимания, будь то слезы, истерики или болезни.
- **Возбудимый.** Излишняя раздражительность, занудство, угрюмость, агрессивность, периодическая льстивость (это маскировка). Склонность к хамству, брани и конфликтам.

- **Застревающий.** Человек, живущий прошлыми обидами, несговорчив, устраивает затяжные ссоры.
- **Педантичный.** Это яркое занудство, проявляющееся во всех формах; требует предельного порядка во всем.
- **Тревожный (психастенический).** Постоянные тревоги и опасения, робость, нерешительность и неуверенность в себе.
- **Экзальтированный (лабильный).** Излишне изменчивое настроение, отвлекаемость, влюбчивость, неспособность сосредоточиться.

Расстройство личности

Расстройство личности представляет собой личностный тип или поведенческую тенденцию, характеризующуюся значительным дискомфортом и отклонениями от норм, принятых в данной культуре.

Диагноз по МКБ-10

Состояния, не объясняющиеся прямым образом обширным повреждением или заболеванием мозга или другим психическим расстройством и удовлетворяющие следующим критериям:

- а) заметная дисгармония в личностных позициях и поведении, вовлекающая обычно несколько сфер функционирования, например аффективность, возбудимость, контроль побуждений, процессы восприятия и мышления, а также стиль отношения к другим людям; в разных культуральных условиях может оказаться необходимой разработка специальных критериев относительно социальных норм;
- б) хронический характер аномального стиля поведения, возникшего давно и не ограничивающегося эпизодами психической болезни;
- в) аномальный стиль поведения является всеобъемлющим и отчетливо нарушающим адаптацию к широкому диапазону личностных и социальных ситуаций;
- г) вышеупомянутые проявления всегда возникают в детстве или подростковом возрасте и продолжают свое существование в периоде зрелости;
- д) расстройство приводит к значительному личностному дистрессу, но это может стать очевидным только на поздних этапах течения времени;
- е) обычно, но не всегда, расстройство сопровождается существенным ухудшением профессиональной и социальной продуктивности.

Для отнесения личностного расстройства к одному из определённых в МКБ-10 подвидов (постановки диагноза) необходимо, чтобы оно удовлетворяло по крайней мере трём определённым для этого вида критериям

Критерии психопатии Ганнушкина-Кербикова

Характер можно считать патологическим, расценивать как психопатию, по таким признакам:

- 1) относительная стабильность во времени — малые изменения в течение жизни;
- 2) тотальность проявлений — одни и те же черты характера обнаруживаются повсюду, в любых обстоятельствах;
- 3) дезадаптация социальная (пожалуй, самый важный признак); состоит в том, что у человека постоянно возникают жизненные трудности, испытываемые либо им самим, либо окружающими, либо ими вместе

Причины возникновения

1. **Конституциональные** (или истинные, генуинные, "ядерные"). В возникновении конституциональной психопатии решающий фактор принадлежит наследственности. К ним чаще относятся такие типы психопатий: циклоидная, шизоидная, психастеническая, эпилептоидная.

2. **Приобретенные** (психопатическое, или патохарактерологическое развитие). При психопатическом развитии главное – неправильное воспитание, негативное влияние среды. В данном случае выявляются возбуждаемое, истероидное, неустойчивая психопатия.

3. **Органические.** Последние развиваются вследствие действия на мозг пренатальных, натальных и ранних постнатальных (первые 2-3 года) патологических факторов (интоксикации, инфекции, черепно-мозговые травмы и т.д.). После органического поражения головного мозга чаще отмечаются возбуждаемая и неустойчивая психопатия.

Классификация по П.Б. Ганнушкину

Включает в себя:

- Астенический тип
- Психастенический тип
- Шизоидный тип
- Параноидный тип
- Возбудимый тип
- Истерический тип
- Аффективный тип
- Неустойчивый (безвольный) тип

Пограничные состояния

Пограничное состояние; пограничный синдром; пограничный уровень (англ. *borderline state*) — относительно слабый уровень выраженности психического расстройства, не достигающий до уровня выраженной патологии. В отечественной традиции к пограничным относят состояния, начиная с психического здоровья, и заканчивая выраженной патологией[1].

В психоаналитической традиции термин уже, и подразумевает под собой уровень развития организации личности более «нарушенный», чем невротический, но менее «нарушенный», чем психотический.

В этом значении термин «пограничное состояние» был введен в 1953 году Робертом Найтом (Robert Knight).