

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Глава 1. Патопфизиология и проблема неврозов	11
Глава 2. Стресс и его роль в патопфизиологии неврозов	43
2.1. Становление понятия «стресс»	47
2.2. Гипоталамо-гипофизарная система	62
2.2.1. Гипоталамус и его роль при стрессе	63
2.2.2. Гипофиз и его роль при стрессе	74
2.2.3. Надпочечники как основной эффектор стресса	82
2.2.4. Стимуляторы коры надпочечников при стрессе	92
2.3. Почему и чем полезен острый стресс?	95
2.4. Проблема физиологического выхода из стресса и эндогенные антидистрессорные системы	114
2.5. Стресс и болезни адаптации	122
2.6. Синдром хронической усталости — «могильщик» диагноза неврастения?	128
2.7. Онтогенетические аспекты стресса и проблема неврозов	144
2.8. Концепция стресса Ганса Селье и современные представления о пограничных психических расстройствах	157
2.9. Заключение о неврозогенной роли стресса	172
Глава 3. Понятие о психической травме	177
Глава 4. Неврозы как пограничные психические расстройства	186
4.1. Неврастения	213
4.2. Истерический невроз	217
4.3. Невроз навязчивых состояний (обсессивный невроз)	224
4.4. Энкопрез	229
4.5. Конституциональный подход в учении о неврозах и акцентуации характера	237
Глава 5. О метаболической обусловленности поведения человека: неврозо- в-ископаподобные реакции при обменных нарушениях	266
Глава 6. О новом подходе к дефиниции неврозов с позиций стрессологии	285
Глава 7. Феноменология неврозов	291
Заключение	323
Литература	324
Сведения об авторах	349

ПОНЯТИЕ О ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ⁴

Психологическая травма, или *психическая травма* (*психотравма*) — 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 хоть-нибудь подробное описание такого важного в психологии, психиатрии и психотерапии понятия, как «психическая травма». Между тем устройства психогенной природы психиатрами и психотерапевтами всех эпох и всех научных направлений неизменно связывались с патологическим воздействием психической травмы. М.М. Решетников пишет: «Понятие “психической травмы” впервые появилось в научной литературе в конце XIX века, 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» (Решетников М.М., 2006).

Важно понимать, что *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 повреждений 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 многочисленных исследований психической травмы (от работ французского психиатра В. Маньяна, американского психолога R. Sommer, немецкого философа, психолога и психиатра К. Ясперса, его соотечественника К. Шнейдера, выдающегося отечественного психиатра П.Б. Ганнушкина — до исследований А.Н. Молохова, Г.К. Ушакова), проводившихся, по правилу, без учета особенностей личности. Так, А.Н. Молоховым (1963) были выделены три этапа в развитии представлений о психиче-

⁴Глава написана Ю.А. Фесенко, Л.П. Чуриловым.

ской травме: 1) «психологический», для которого характерен на травмирующем факторе без связи его с психическим и соматическим преморбидом (К. Jaspers; К. Schneider); 2) «клинико-описательный», когда было осуществлено определение основных клинических форм психогений (П.Б. Ганнушкин и др.); 3) «патофизиологический», когда основу концепций психогений были положены идеи И.П. Павлова и его школы (Маньян В., 1903, изд. 1995; Ганнушкин П.Б., 1933; Ушаков Г.И., 1978; Ясперс К., 1997; Schneider К., 1928, 1955; Sommer R., 1968).

На ситуации сказалось монопольное использование термина «травма» хирургами и травматологами в значении «механическое повреждение». В лучших современных травматологических руководствах, однако, подчеркивается, что серьезная физическая травма практически всегда сопровождается психотравмой (Гуманенко Е.К., Козлов В.К., 2008).

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 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: чем в более раннем возрасте ребенок получает психическую травму, тем более глубокие слои личности оказываются «деформированными» у него во взрослом состоянии (Ранк О., 2009; Ранк О., 1936).

Эти взгляды получили свое развитие через полвека в работах американского психолога и психиатра чешского происхождения, врача и исследователя Станислава Грофа, являющегося приверженцем трансперсональной психологии и создавшего одну из самых интересных психофизиологических теорий этиологии пограничных психических расстройств⁵. 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 патологию (Grof S., 1992, 1994, 1996). По Грофу,

⁵ Данные, предоставленные М.И. Лоховым.

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 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, фобиях 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 идентификаций 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 связано с воспоминаниями, относящимися к угрозам жизни и целостности индивида (болезни, 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, алколизма, наркомании, псориаза и язвы желудка.

БПМ-3 — след, связанный с процессом непосредственно родовой деятельности. Сокращения матки продолжаются, однако шейка матки расширяется, и плод постепенно продвигается по родовому каналу. Продолжается ограничение притока крови к мозгу плода, вызванное спазмами матки. Кроме того, на этой стадии могут наблюдаться полное перекладывание пуповины (она попадает между головой плода и тазовыми частями 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 и альпинистские эпизоды, 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 покой⁶. В воспоминаниях проявления БПМ-4 представляют собой как бы продолжение 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 заикания, по Грофу, связано с БПМ-3, то есть 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 выросший 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» (Grof S., 1992, с. 246).

В справедливости многих предположений, связывающих перинатальные события и ранний импринтинг с психоневрологическими изме-

⁶ С точки зрения перинатологии это несколько легковесное утверждение. Если механическое воздействие родовых путей прекращается, то стрессогенное действие холода и силы тяжести в этот момент только начинается. Поэтому перинатальный стресс на самом деле не заканчивается с выходом из утробы (*прим. авторов*).

жизни ребенка, убеждает ряд исследований, касающиеся психики и поведения детей, рожденных в тяжелых, осложненных родах. Сошлемся, к примеру, на работу Вассермана Л.И. и соавт. (2009), которые обследовали 79 детей, перенесших неонатальную реанимацию, и установили, что: «У 46% испытуемых отмечаются признаки психических нарушений высшей нервной деятельности, выраженные в неадекватности при выполнении нейропсихологических проб. Так, отмечается искажение графического образа простых геометрических фигур при их воспроизведении по памяти, инверсия цветов и перверсия фигур при конструировании по заданному образцу. У 34% детей снижен уровень самоконтроля, что выражается в невыполнении инструкции при достаточном ее понимании, несмотря на высокий уровень заинтересованности в позитивной оценке, что говорит о дисфункции лобных долей коры головного мозга. Присутствует также симптоматика нарушений со стороны мезоэнцефальных структур (у 51% детей): нарушения эмоционально-волевой регуляции в виде как чрезмерной ригидности (у 25%), так и излишней лабильности (у 25%) реакций. У 48% детей выявляется снижение интеллекта вплоть до задержки психического развития, причем у 21% это снижение отмечается на фоне изначально хорошей когнитивной базы (внимание, память). Отмечаются существенные расхождения в значениях вербального и невербального компонентов интеллекта (у 38%), что свидетельствует о чрезмерно выраженной функциональной асимметрии полушарий головного мозга» (Вассерман Л.И., Иванов Д.О., Денисенко В.А., ... Чурилова Е.Л., 2009).

Барнесс Э. Мур, соавтор 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 защитный «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 невроза Фрейда. В конечном счете он предложил такую формулу для объяснения 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