

ISSN 0204-3440

---

# К ЗДОРОВЬЮ ЧЕРЕЗ КУЛЬТУРУ



23

2015

---

TO HEALTH VIA CULTURE

А. А. Островидова

## КУЛЬТУРА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПОГРАНИЧНАЯ ПСИХИАТРИЯ

*(работа на соискание учёной степени доктора Культуры Здоровья)*

### ВВЕДЕНИЕ

Задача построения концептуальной модели культуры психического здоровья духовного этноса не может быть эффективно решена без учёта актуальных аспектов пограничной психиатрии.

Поскольку духовный этнос зарождается на территории России [1, 2, 3, 4, 15] представляется целесообразным провести анализ работ русских учёных, внёсших достойный вклад в формирование представлений о нарушениях психической деятельности человека и создавших теоретическую базу современного понимания пограничных психических расстройств.

Термин «пограничные состояния» является в значительной мере условным. Главным образом он используется для объединения нерезко выраженных нарушений, граничащих с состоянием здоровья и отделяющих его от собственно патологических проявлений, сопровождающихся значительными отклонениями от нормы. При этом пограничные состояния не являются начальными, промежуточными фазами или стадиями основных психозов. Они представляют особую группу патологических проявлений, имеющих в клиническом выражении своё начало, динамику и исход, зависящие от формы или вида болезненного процесса. Их определяет познанная или недостаточно изученная патофизиологическая база, в основе которой лежат различные этиологические и патогенетические факторы [69].

Пограничные психические расстройства имеют весьма широкое распространение среди населения нашей страны. Это связано с рядом объективных реальностей современной жизни, приводящих к психоэмоциональному перенапряжению. Пластичность психической деятельности зачастую оказывается недостаточной для быстрого и адекватного приспособления к меняющимся условиям окружающей среды. Сложная социально-экономическая об-

становка, развитие межнациональных и этнических конфликтов, вынужденная внутренняя и внешняя миграция способствуют развитию стрессовых и непсихотических состояний.

Заболевания невротического круга, как правило, поражают лиц трудоспособного возраста и зачастую оказываются причинами значительного снижения качества жизни больных, а в ряде случаев — длительной и рецидивирующей нетрудоспособности.

В книге профессора В. А. Скумина «Культура Здоровья — фундаментальная наука о человеке» говорится: «Любая болезнь, независимо от того, какова её природа, ставит человека в специфические жизненные обстоятельства, т.е. создаёт особую ситуацию развития его дальнейшей жизни. И, помимо лечения конкретных проявлений недуга, устранения причин, его вызвавших, если это возможно, или их коррекции, если невозможно, необходим и особый подход к воспитанию Культуры Здоровья, зависящей как от нозологической формы заболевания, так и от индивидуальных особенностей самого заболевшего» [10].

Учение В. А. Скумина о Культуре Здоровья разрабатывает и решает задачи раскрытия ноопсихофизического потенциала человека духовного, духовного этноса, оптимального вхождения в жизнь, биосоциальной его адаптации, создания здоровой среды обитания на планете, в отдалённой перспективе — в Державе Света Солнечной системы.

Для решения этих задач сформировать следует личностный и социальный идеал, в соответствии с которым духовнопсихофизическое здоровье будет признано высшей ценностью, культура — духовная, психическая и физическая — базисом здоровья, а сама культура здоровья — обычным проявлением естественного поведения человека.

Если к воплощению идеала устремятся и стар и млад, то многие проблемы, в силах которых веками бьётся человечество, решатся наилучшим образом [35].

В свете Доктрины Культуры Здоровья именно солнечно-огненная духовность, естественным образом повышая жизнеспособность, служит универсальным средством защиты, которое гасит неблагоприятное влияние многих негативных внешних и внутренних патогенных факторов. Чем выше духовно-нравственный потенциал человека, тем меньше у него проблем с телесным и психическим здоровьем [13].

В настоящей работе на основе изученной литературы представлено описание психогенных реакций (неврозов и реактивных психозов), а также расстройств личности (психопатий). Рассмотрены некоторые научные концепции, касающиеся этиологии, патогенеза и клинической дифференциации пограничных психических расстройств. Проведён анализ наиболее значимых факторов, способствующих возникновению и неблагоприятному течению этих заболеваний.

## Глава 1. ПОГРАНИЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Психиатрия — раздел медицины, изучающий нарушения психической деятельности человека через призму методологии медицины, приёмов диагностики, профилактики и лечения душевных расстройств.

Термин «психиатрия» ввёл в научную литературу в 1803 году Иоганн Кристиан Рейль в книге «Рапсодии», где, по характеристике Ю. В. Каннабиха, «изложены основы настоящей психиатрии», то есть (понимая это слово буквально) — лечения душевных болезней» [56].

Становление психиатрии как самостоятельной клинической дисциплины, имеющей свою методологию, предмет исследования (психические заболевания человека), а главное — терапевтические и организационные возможности оказания эффективной медицинской помощи, произошло в конце XIX и начале XX вв. Всё это приблизило психиатрию к общемедицинской практике и на новой основе интегрировало её с современной биологией, психологией, социологией [69].

В начале XX века Карл Вильгельм Пельман в одной из своих работ ввёл термин «пограничные психические состояния», обозначив им состояния психики, стоящие на грани здоровья и болезни (неврозы и психопатии), тем самым открыв путь дальнейшим исследованиям в этой области [68].

Название «пограничные состояния» определяется тем, что эти состояния как бы находятся на границе между нормой и патологией. С одной стороны, их возникновение определяется психологическими, а, следовательно, и физиологическими законами. С другой, они на определённом этапе своего развития могут перейти в качественно иное состояние — психопатологическое и



тогда в основе их развития уже будут лежать патофизиологические закономерности (Фелинская Н. И., 1970) [71].

Известный русский психиатр П. Б. Ганнушкин, говоря о границах между душевным здоровьем и болезнью, ввёл понятие «малая психиатрия». По его мнению, «малая психиатрия, психиатрия пограничная, есть область несравненно более тонкая, область более сложная, требующая гораздо большего опыта, навыков и знания, чем психиатрия большая, где дело идёт о душевнобольных в узком смысле слова» [45].

Пограничная психиатрия изучает психогенные, социально обусловленные нарушения психической деятельности, психосоматические нарушения, расстройства личности (психопатии) и некоторые другие группы психических расстройств.

Пограничные формы психических расстройств объединяются в одну группу болезненных нарушений на основе признаков, включающих достаточно характерные проявления. Их обнаружение позволяет проводить дифференциацию пограничных состояний как с основными «непограничными» патологическими проявлениями, так и с состоянием психического здоровья.

К числу наиболее общих особенностей, характерных для пограничных состояний, относятся следующие:

- преобладание невротического уровня психопатологических проявлений на всём протяжении заболевания;

- взаимосвязь собственно психических расстройств с вегетативными дисфункциями, нарушениями ночного сна и соматическими проявлениями;

- ведущая роль психогенных факторов в возникновении и декомпенсации болезненных нарушений;

- наличие в большинстве случаев «органической predisпозиции» (минимальных неврологических дисфункций мозговых систем), способствующей развитию и декомпенсации болезненных проявлений;

- взаимосвязь болезненных расстройств с личностно-типологическими особенностями больного;

- сохранение больными критического отношения к своему состоянию.

Наряду с этим пограничные состояния характеризуются отсутствием:

- психотической симптоматики, определяющей психопатологическую структуру болезненного состояния;
- прогрессивно нарастающего слабоумия;
- личностных изменений, типичных для эндогенных психических заболеваний (шизофрении, биполярного расстройства и др.).

Наиболее важным следствием любого пограничного психического расстройства является развитие у больного в той или иной мере выраженной временной или затянувшейся социальной дезадаптации.

Пограничные психические нарушения могут возникать остро или развиваться постепенно, их течение может носить разный характер и ограничиваться кратковременной реакцией, относительно продолжительным состоянием, хроническим течением. С учётом этого, а также на основе анализа причин возникновения, в клинической практике выделяют различные формы и варианты пограничных состояний (Александровский Ю. А., 2006) [69].

По И. П. Павлову в центральной нервной системе в процессе эволюции её функции возникают три инстанции. Первая инстанция — подкорковые нервные узлы; это область безусловных рефлексов или инстинктов, с психологической стороны — область эмоций и влечений. Далее идёт первая сигнальная система — высшие отделы коры с различными анализаторами, с помощью которых осуществляется проекция внешнего мира; это центры условных рефлексов и временных связей. У человека в течение эволюционного развития появляется ещё одна инстанция, обобщающая деятельность непосредственной проекции; материальным субстратом для этой деятельности обобщения, образования общих понятий, является главным образом кора лобных долей. Это вторая сигнальная система или третья инстанция.

Патология экзогенной и вообще мозговая патология свидетельствует о том, что прежде всего поражаются системы, более поздно в филогенетическом отношении развивающиеся. При поражении высшей системы приобретает самостоятельность примитивная активность нижестоящих образований, подавляемая при обычных условиях (Гиляровский В. А., 1946) [48].

Нарушения психических функций качественно отличаются от более простых неврологических нарушений. Поэтому понятия, которыми определяются патологические изменения нервных функций, оказываются для психопатологии недостаточными.

Сложные психические функции образуются путём интеграции из более простых. Путём интеграции создаются новые качества, которые не могут быть выведены из свойств компонентов, вошедших в состав данной функции. В то же время интегрированная высшая функция не отвечает на раздражители, которые действовали на соответствующие компоненты.

Основным понятием, определяющим расстройство интегрально образованных психических функций, следует считать понятие *дезинтеграции*. Восстановление функций происходит путём *реинтеграции*. Дезинтеграция — это не разрушение сложной функции, а лишь её временное разложение на компоненты, из которых она составила путём интеграции. Освобождённые при дезинтеграции компоненты имеют склонность создавать новые сочетания, патологическую интеграцию, отсюда патологическая продуктивность психических расстройств.

Например, функция восприятия пространства образуется путём интеграции оптических, гаптических, проприоцептивных и вестибулярных компонентов. После интеграции раздражители, действовавшие на каждый из компонентов, перестают действовать на интегрированную функцию. После дезинтеграции сравнительно лёгкое, например, вестибулярное раздражение вызывает резкие нарушения восприятия пространства. Вместе с тем освобождённые при дезинтеграции компоненты дают патологическую интеграцию, выражающуюся в патологической продукции в виде оптико-вестибулярных нарушений (изменения формы предметов, перспективы, величины и т.д.), которые обуславливают неправильность отражения действительности, расстройство познания. При реинтеграции функция восприятия пространства восстанавливается и патологическая продукция исчезает.

Ещё более ярки явления дезинтеграции такой сложной функции, как сознание. При дезинтеграции сознания нарушаются связи, искажается восприятие, становится невозможным мышление, нет правильного отражения действительности и нет обоснованной деятельности. Нарушение связей является причиной амнезии, постоянного явления после расстройств сознания. В то же время потерявшие связи компоненты дают патологическую интеграцию, продуцируют причудливые сочетания разорванных функций в виде бреда (делирия). Нарушение интеграции фугальных и летальных компонентов восприятия приводит к обманам

чувств (галлюцинациям и иллюзиям). Реинтеграция сознания иногда почти моментально приводит всё в порядок.

Всякая дезинтегрированная функция может реинтегрироваться, поскольку её компоненты не разрушены. Реинтеграция происходит при наличии достаточной восстановительной энергии в данной психике. При астенизации психики и наличии процесса, углубляющего дезинтеграцию (например, при шизофрении), реинтеграция может и не произойти или, во всяком случае, замедлиться. Тогда нужна энергия со стороны: для соответствующего воздействия в смысле достижения реинтеграции.

Давно известно, что при обмороке, когда человек ничего не воспринимает, будучи лишён сознания, восстановление может быть ускорено таким простым средством как нашатырный спирт. Дают понюхать, и восстанавливается сложная функция сознания, быстро приходит в порядок глубоко нарушенная психическая деятельность. Действие инсулинового шока, судорожного припадка и пр. несколько более сложно, но оно имеет то же значение возбудителя со стороны, ведущего к реинтеграции функций (Гуревич М. О., 1945, 1950) [50, 51].

На биологической лестнице уровней развития человека каждый последующий восходящий уровень возникает под мощным воздействием новых, более сложных и изменившихся условий существования во внешней среде. Именно поэтому структура нового высшего уровня является ведущим регулятором всей структуры личности.

Интеграция сомато-вегетативных и эндокринно-гуморальных процессов, развитие механизмов биологической регуляции поведения организма образуют низший уровень структуры личности — уровень витальных потребностей, влечений, инстинктивного поведения. Далее восходит новый, качественно иной, высокий уровень структуры личности, характерный для социальных условий её существования. Здесь ведущим фактором, определяющим новую форму поведения, служит познавательно-эмоциональная сфера сознания. Наконец, к высшему уровню структуры личности следует отнести уровень нравственно-разумного самосознания и поведения. Таким образом, «ядро личности» не нисходит к глубинам зоологических влечений, а наоборот, восходит к вершинам идейного нравственно-разумного самосознания.

В процессе взаимоотношения человека со средой в содержа-

нии его сознания обнаруживаются в субординационной последовательности три формы реагирования закономерно определяющие в конечном итоге его поведение, деятельность.

Первая из них известна как закон силовых отношений. И. П. Павловым была сформулирована эта важная закономерность, определяющая реактивность коры головного мозга. В процессе рефлекторной деятельности животного и человека выявляется закономерная адекватная связь эффекта с силой раздражения, которая была определена И. П. Павловым как правило зависимости величины эффекта от степени силы раздражения. Эта закономерность отражает лишь простую количественную сторону элементарных познавательных связей. Чем условный раздражитель сильнее, чем больше энергии поступает с ним в большие полушария, тем при прочих равных условиях больше условно-рефлекторный эффект. При комбинировании слабых условных раздражителей можно даже наблюдать явление арифметической суммы их.

Вторая закономерность — это соответствие реагирования человека на объективную логически-смысловую значимость воздействующих факторов. Эта закономерность отражает более высокую степень познавательных возможностей личности. Адекватному смысловому познанию становятся доступны не только явления чувственно-предметного характера. Особое значение для человека приобретает логически-смысловая значимость словесно-речевых воздействий. Тем самым он приобретает объективные знания об окружающем мире и о самом себе.

Третья закономерность — это соответствие ответного реагирования сознания на субъективную значимость воздействующих внешних факторов. Всякий психический акт и действие человека обусловлены в конечном итоге внешним воздействием. Однако любое внешнее воздействие определяет психическое явление и соответственное поведение лишь опосредованно, преломляясь через индивидуальные свойства и психическую деятельность личности, которая этим воздействиям подвергается.

В психопатологии при клинических наблюдениях указанные выше три закономерности соответствия реакции человека на силу, объективную и субъективную значимость раздражителей теряют в различной степени свою силу и уже не играют ведущей роли в сознании и поведении больных. Здесь нарушается прежде

всего характер адекватности реальностям внешнего мира субъективного отображения и объективного реагирования, а при массивном и глубоком поражении сознания наблюдается и снижение реакций в различной степени вплоть до полного их прекращения.

В психопатологии нарушения при определённых условиях могут ограничиться преимущественно пределами сенсорных функций, при этом ещё сохранное мышление обнаруживает защитно-компенсаторные способности, направленные на преодоление сенсорной интероцептивной патологии. Это обычно наблюдается во время невротических состояний при обострении аффективных переживаний и нарушении функций вегето-эндокринной системы. Невротическая симптоматика обычно выступает в виде разнообразных патологических ощущений — сенсопатических, вестибулярных, альгических, гаптических, перитонеальных и, наконец, патологии ощущений в области витальных функций — сна-бодрствования, пищевых, половых и др. Всё это происходит в пределах самоощущения, самовосприятия и самочувствия при достаточной сохранности познавательных функций, хотя аффекты тревоги, страха и депрессии кратковременно вызывают кататимные отклонения. Здесь закон неадекватности реагирования личности отмечается главным образом в пределах патологии сенсориума и преобладания кататимных механизмов.

Интенсивность и продолжительность невротических состояний может привести к неправильным установкам и отношениям личности к окружающему, к заблуждениям и конфликтам, то есть к патологическому развитию личности. Здесь характер сенсорных расстройств уже усложняется, возникают системные патологические психосенсорные образования — ипохондрии, навязчивости, истерии, дереализации и деперсонализации. Кататимные установки личности приобретают длительный и стойкий характер, и личность терпит ущерб главным образом в пределах указанных патологических образований. В остальном она остаётся достаточно сохранной в области сознания и поведения благодаря наличию защитной компенсаторной функции ещё сохранного мышления.

В следующей стадии неадекватного реагирования личности психотического характера наблюдается уже патологическая перестройка сферы мышления, называемая инверсией (Кречмер), либо

чувством овладения (Жане). В основе этой трансформации лежит, как известно, патологически инертное фазово-гипнотическое состояние типа ультрапарадоксальной фазы (И. П. Павлов). Если в невротическом состоянии защитно-компенсаторные функции направлены на сопротивление и преодоление патологических симптомов усилиями больного с правильным критическим отношением к своей болезни, то при инверсии возникает новое качественное состояние, а именно потеря нормальной защитно-компенсаторной функции мышления, патологическая перестройка его и галлюцинаторно-бредовая интерпретация действительности. Чем сохраннее личность ко времени возникновения психотического состояния, тем системнее и богаче её галлюцинаторно-бредовая продукция.

Дальнейшее продолжительное прогредиентное течение заболевания может привести к снижению, постепенному оскудению всех сторон психической жизни больной личности (Меграбян А. А., 1972) [64].

## Глава 2. ПСИХОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ

Под психогенными реакциями подразумеваются такие заболевания, возникновение которых непосредственно зависит от травмирующего действия на психику разного рода тяжёлых и неприятных переживаний, связанных с внешними условиями жизни, с влиянием социальной среды. Длительность и интенсивность расстройства зависят от продолжительности или от прекращения действия вредных моментов. Психогенные реакции, как правило, имеют склонность к обратному развитию и излечиваются при изменении внешних условий в лучшую сторону. В этой тесной причинной зависимости от внешних моментов заключается один из основных признаков данных заболеваний.

Вторым основным моментом, характеризующим психогению, является предрасположение субъекта. Можно сказать, что само появление психогенной реакции у данного субъекта является до известной степени показателем его некоторой психической неустойчивости. Мало того, внешние проявления болезни зависят не только от травмирующего момента, но и от препсихотического состояния больного. Одна и та же травма различно действует на разных лиц, вызывая те или иные расстройства психи-



ческих функций, в зависимости от индивидуальных особенностей субъекта. Вследствие этого психопатические личности прежде других дают психогенные реакции при неблагоприятных условиях. Однако было бы неправильным считать, что психогенные реакции свойственны исключительно психопатам. Они нередко развиваются и при психической неполноценности (олигофрении), а также при всякого рода астенизации психики в результате действия различных вредных факторов: перенесённой в прошлом травмы черепа, тяжёлых инфекций и интоксикаций (алкоголизм, наркомания) и т.п. Известное предрасполагающее значение для развития психогенных реакций может иметь также и возраст (пубертатный и инволюционный периоды). Наконец, не исключена возможность развития психогенных реакций и у нормальных людей, особенно находящихся в состоянии длительного напряжения, бессонницы и переутомления. Чрезмерное накопление и сила вредных факторов могут расшатать и здоровую психику, особенно если эти факторы ударяют по чувствительному месту, имеющему особое значение. Впрочем, у нормальных субъектов чаще развиваются не заболевания, доходящие до степени психоза, а психогенные изменения характера.

Вредный момент может отразиться на психике не прямым путём, а через посредство вегетативных (эндокринных, вазомоторных) изменений. Таким образом, патологические расстройства могут коснуться таких психических механизмов, которые до травмы совершенно не проявляли видимых аномалий. Внешняя травма может проявить скрытые стороны предрасположения данного субъекта [52].

Хотя общим причинным фактором психогенных заболеваний является то или иное психотравмирующее воздействие, характер последнего может быть очень различным. Исходя из этого, В. В. Ковалёв (1979) выделяет следующие типы психотравмирующих факторов: шоковые психические травмы; психотравмирующие ситуации относительно кратковременного действия; хронически действующие психотравмирующие ситуации и факторы эмоциональной депривации [58].

Эмоциональное потрясение, лежащее в основе психогении, в зависимости от своей силы и качества может оказывать преимущественное действие на разные слои нервно-психического аппарата, соответственно чему варьирует и картина возникающего

синдрома. Исходя из такого рода предположений, Е. К. Краснушкин (1960) делит все психогенные реакции на три группы: 1) реакции глубинной личности, обязанные своим происхождением шоку вегетативных центров и не обнаруживающие понятной связи с причинными моментами, 2) истерические реакции, при которых на поверхность всплывают архаические формы психической жизни, локализирующиеся в подкорковой области и 3) характерологические реакции, заимствующие свою форму и содержание из самых верхних этажей психики и личности [61].

Основное принципиально важное деление психогенных реакций состоит в отграничении неврозов и реактивных психозов.

## 2.1. Неврозы

Многолетняя традиция изучения невротических расстройств имеет сложную и противоречивую историю, которая тесно связана с историей психиатрии и клинической психологии. Одно из наиболее распространённых на сегодняшний день в теории и практике отечественной психиатрии и клинической психологии пониманий невроза и невротических расстройств восходит к определению Б. Д. Карвасарского (1980): невроз — психогенное, как правило, конфликтогенное, нервно-психическое расстройство, заболевание личности, возникающее в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека и проявляющееся в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений.

Принято выделять три основные формы невроза: неврастению, истерию и невроз навязчивых состояний.

Неврастения (от греч. *neuron* — нерв и *astheneia* — слабость) — заболевание, при котором выраженное ослабление деятельности нервной системы проявляется в повышенной раздражительности, утомляемости, утрате способности к длительному умственному и физическому напряжению. Неврастенические состояния возникают в результате острого или длительного перенапряжения нервных процессов (при психическом и физическом истощении, под влиянием умственного или эмоционального переутомления в трудных конфликтных ситуациях).

Для истерического невроза характерны быстрые колебания настроения, склонность к бурным эмоциональным проявлениям

в виде приступов смеха и рыданий, своеобразные двигательные, речевые и чувствительные расстройства. В ответ на жизненные, психологические трудности у больных истерическим неврозом могут возникнуть параличи, судороги, немота, глухота, слепота, галлюцинации, рвота, задержка стула и мочи и многие другие расстройства.

Невроз навязчивых состояний проявляется в форме навязчивых страхов, мыслей, влечений и действий. Навязчивые явления возникают непреодолимо и вопреки желанию больного. Больной относится к ним критически, понимает их чуждость, стремится их преодолеть, но освободиться от них собственными усилиями не может [65].

Впервые понятие «невроз» ввёл в научную терминологию в 1776 году Уильям Куллен. Неврозами он назвал заболевания, не имеющие определённого патолого-анатомического эквивалента. Позже от группы неврозов стали отделять формы, патологическая анатомия которых была установлена.

Такое представление о неврозах не теряет своей актуальности на протяжении более полутора веков, когда под наименованием общих неврозов подразумеваются такие болезни нервной системы, в которых, несмотря на прижизненные тяжёлые и опасные симптомы, по смерти не находится никаких анатомических изменений, способных объяснить болезненные явления. В таких случаях со стороны нервной системы предполагается существование только молекулярных изменений. Клинические явления при этом могут быть весьма разнообразны (Кожевников А. Я., 1904) [59].

Часть учёных, в частности О. Бумке, на основе анализа существовавших в тот момент теорий приходит к отрицанию существования неврозов как обособленных болезненных форм, считая, что в этой области первоначальные чисто нозологические понятия должны быть заменены представлениями об определённых типах реакций [72].

В России методологической базой, позволившей установить физиологические механизмы формирования неврозов, на долгие годы стало учение великого русского физиолога И. П. Павлова или теория «нервизма». И. П. Павлов под неврозами понимает длительные, продолжающиеся недели, месяцы и даже годы отклонения от нормальной высшей нервной деятельности. Эти отклонения он рассматривает с позиции перенапряжения раздражи-

тельного или тормозного процесса и перенапряжения подвижности этих процессов, столкновения возбуждения и торможения — их сшибки. При наличии этих условий нарушается высшая нервная деятельность, происходят её срывы [46].

Физиологическая сущность неврозов, по мнению Б. Н. Бирмана (1939), может быть сведена к функциональным нарушениям силы уравновешенности и подвижности основных нервных процессов, а также к силовым взаимоотношениям коры и подкорки и сигнальных систем [43].

Академик П. К. Анохин (1956), предлагая свой опыт физиологического анализа невротических состояний, считает, что в невротическом состоянии имеет место перевозбуждение в тех системах, которые долгое время находились в конфликтном, взаимно усиливающем друг друга состоянии, и, в конце концов, организуется нечто вроде хронического застойного повышенного возбуждения [42].

Неврозы — это проявление физиологической дезорганизации в соотношении коры и подкорки, первой и второй сигнальных систем, которыми и определяется конкретный клинический синдром, отражающий и определённую психическую дезорганизацию в форме тех или иных болезненных переживаний. При этом в зависимости от особенностей переработки личностью травмирующей ситуации, в построении клинической картины, точнее, в выдвигании на первый план определённых симптомов, имеют существенное значение основные отношения личности к ситуации. Это может быть пассивная позиция личности, когда гиперактуализация отражает повышенную интенсивную аффективность, с которой переживаются элементы травмирующей ситуации, или это активная защитная позиция личности, когда констатируется избирательная гиперактуализация такой симптоматики, наличие которой противопоставляется содержанию травмирующей ситуации, чем и достигается смягчение её угнетающих воздействий (Иванов Н. В., 1970) [55].

Многие исследователи, не отрицая физиологической стороны этого заболевания, указывают на психогенный характер его происхождения. В качестве основных признаков неврозов выделяются психогения, а также сложное построение ответных неадекватных реакций с вовлечением психических и соматических механизмов данной личности и фиксация этих реакций на длитель-

ный срок в форме приступов или непрерывного проявления при отсутствии уловимых анатомических и биологических отклонений (Эмдин П. И., 1934) [73].

Н. К. Боголепов (1939) особо подчёркивает значимость психогенного фактора в свете того, что понятие «невроз», как очень условное, имеет большую амплитуду и фактически включает в себя часто и обострение конституциональных состояний, и реакции, и развитие личности. Он указывает, что во время крушений, землетрясений и других ситуаций, угрожающих жизни, бодрствующие заболевают тяжёлыми формами травматического невроза, в то время как находившиеся в состоянии сна и не слышавшие катастрофы остаются здоровыми [44].

Схожая позиция у Ю. В. Каннабиха (1935), который выделяет группу патологических явлений (невроз), как имеющую специфическое качество — психогению. Психогенный момент, на его взгляд, получает различное дальнейшее оформление: 1) в самой психике, 2) в психомоторике, 3) в вегетатике и в целом ряде других соматических функций. То или иное оформление психогенного момента зависит от структуры личности и особенностей организма. По его мнению, психогенные реакции, исходящие, главным образом, из социальной среды, могут возникнуть и у совершенно здоровой личности, но их более сложное, необычное и явно патологическое оформление всегда требует наличия конституциональных и характерологических особенностей, заключающихся в недоразвитии, в ослаблении или искажении высших психосоциальных функций личности (врождённые и приобретённые психопатии). Личности, наиболее иммунные в отношении психогенных реакций, это те, у которых выработана система полноценного социального поведения, дающая человеку постоянную возможность дальнейшего роста и выявления себя в трудовой общественной деятельности [57].

Психогенными факторами могут быть противоречия, конфликты между примитивными, инстинктивными влечениями, желаниями и социальными требованиями и запретами, а также социальной направленностью не вполне полноценных для данных ситуаций личностей вследствие диссинтеза между глубинными эгоистическими побуждениями и альтруистическими требованиями и целевыми установками (Ющенко А. И., 1934) [74].

В. А. Гиляровский (1934), разбирая узловые моменты в про-

блеме неврозов, пишет, что неврозы — это болезненно переживаемые и сопровождаемые расстройствами в соматической сфере срывы личности в её общественных отношениях, вызванные психическими факторами, и не обусловленные органическими изменениями, с тенденцией к активной переработке и компенсации. В очень многих случаях эта компенсация наступает тотчас по возникновении болезненных сдвигов, вызванных психической травматизацией. Он считает, что стойкими и дающими право говорить о болезни они становятся, когда находят особенно благоприятные условия в личности в форме врождённой неустойчивости, слабости общей или касающейся отдельных систем. Указывает на изменения личности при неврозе и в биологических компонентах, но в качестве основного для него рассматривает расстройства, связанные с нарушением общественных отношений. Под последними здесь следует понимать не отношение к людям вообще, а к своему классу, или конкретнее к тому коллективу, с которым контакты по условиям жизни и работы являются особенно интимными [49].

Также он отмечает, что создание устойчивой положительной доминанты в смысле утверждения в сознании больного важности стоящих перед ним задач и возможности их достижения может сыграть большую роль в лечении неврозов. Создав такую доминанту, можно предохранить больных от застревания на своих переживаниях, от развития изменений во всей личности в смысле неустойчивости, от привыкания к своим невротическим явлениям, от того, что получило в клинике название невротического развития личности [46].

В ряде работ, посвящённых изучению неврозов, прослеживается сопоставление их с психозами и иными выраженными психическими нарушениями и их последствиями. Например, М. О. Гуревич (1949) описывает невроз как доброкачественное, обратимое заболевание функционального характера, не основанное на органических деструктивных поражениях нервной системы. К неврозам он относит заболевания, при которых нет свойственных психозам нарушений личности, вследствие чего неврозы не дают таких социальных последствий, как психические заболевания, и сопровождаются сознанием своей болезни. Он указывает на тесную связь эмоций с вегетативной нервной системой, что обуславливает возможность их взаимодействия,

при котором, с одной стороны, эмоциональные колебания отражаются на соматических функциях, а с другой — соматические нарушения приводят к эмоциональным расстройствам [54].

Непсихотический характер нарушений при неврозах нередко приводит к недостаточной оценке тяжести состояния страдающих ими пациентов. Так, А. А. Рохлин (1967) пишет, что неврозы — сравнительно легко излечимые нервные расстройства, при которых не нарушается правильное понимание окружающего, не извращается отношение к обществу, нет резких изменений поведения. Люди, страдающие неврозами хотя и испытывают плохое самочувствие, страдают от своих нервных расстройств и имеют пониженную работоспособность, в то же время большей частью свои неполадки в деятельности нервной системы переносят «на ходу», не прекращая работы и не изменяя существенно повседневного образа жизни [70].

В работах многих учёных прослеживается понимание роли психосоциальных факторов в происхождении неврозов, невротических расстройств и их течения.

Так В. Н. Мясищев (1935) рассматривает психоневроз как болезненное нервно-психическое состояние, возникающее вследствие противоречий между личностью и окружающей её действительностью. Это противоречие создаёт значительное аффективное напряжение личности, продуктивно, рационально не перерабатываемое и потому даёт картину болезненных функциональных нарушений.

По его мнению, в структуре личности в первую очередь должно быть выделено то, что называется её *направленностью*. Поскольку в этой направленности, в первую очередь, и коренятся источники болезненной декомпенсации, источники конфликта.

Уровень развития личности по линии интеллектуальной, волевой, по линии развития её отношений, общественной сознательности, культурного развития, дифференцированности определяет возможности сопротивления болезни, средства и перспективы выздоровления.

Следующими существенными моментами являются характеристика личности с точки зрения её динамики или темперамента, определяемого по степени стеничности или возбудимости, а также характерологические особенности личности, которые могут быть и очень сложными и более или менее простыми.



В ряде случаев, можно отметить, что личность принимает требования окружающей действительности и делает эти требования своими, но не может справиться с той задачей, которая на неё возлагается обществом. Получается противоречие между возможностями, средствами личности и требованиями действительности.

Другой тип противоречий наблюдается в том случае, когда личность развивается в условиях противоречивых влияний, которые формируют в ней противоречие внутренних тенденций. Тогда можно сказать, что личность как бы расщепляется внутренне, становится амбивалентной, и болезненные, неразрешённые столкновения этих двойственных тенденций создают декомпенсацию личности. Борьба между желанием и долгом, между принципами и личными привязанностями, между инстинктивно-органическими влечениями и этическими надстройками представляет собой типичный и нередкий случай этих внутренних конфликтов, приводящих больного в клинику.

Третий пример противоречий встречается в тех случаях, когда личность вступает в конфликт с окружающей действительностью, когда последняя не удовлетворяет требований личности или выдвигает требования, идущие вразрез с требованиями личности. При этом существенно — удовлетворяет ли действительность требования личности или идёт в разрез с нею. Иная степень активности в позиции конфликта даёт несколько разные оттенки болезненных состояний в том и в другом случае [66].

По мысли А. Ф. Лазурского (1923) основная задача личности — это приспособление к окружающей среде, которая понимается в самом широком смысле (природа, вещи, люди, человеческие взаимоотношения, идеи, эстетические, моральные, религиозные ценности и т.п.). Степень и объём этого приспособления определяются, с одной стороны, благоприятными или неблагоприятными внешними условиями, с другой — тем природождённым запасом физических и психических сил, который в общей своей совокупности носит название «степени одарённости».

Приспособление человека к окружающей среде может быть более или менее полным, глубоким и всесторонним. В связи с этим выделяются три психических уровня — низший, средний и высший.

На низшем уровне влияние внешней среды и внешних обстоятельств является безусловно преобладающим. Подчиняя себе слабую, разрозненную психику малоодарённого человека, среда накладывает на неё свой отпечаток, насильственно приспосабливая её к своим запросам и требованиям и очень мало считаясь с эндоособенностями каждого отдельного индивидуума. Отсюда противоречие между возможностями человека и усвоенными им профессиональными навыками. В результате личность часто не даёт и того немногого, что могла бы дать при более самостоятельном и независимом отношении к окружающему. Представителей низшего уровня можно охарактеризовать как недостаточно приспособленных.

В противоположность этому люди, принадлежащие к среднему психическому уровню, обладают гораздо большей способностью приноровиться к окружающей среде, найти в ней своё место и использовать её для своих целей. Более сознательные, обладающие большей работоспособностью и инициативой, они выбирают себе род занятий, соответствующий их склонностям и задаткам, работают продуктивно и с интересом и в конце концов, будучи полезны обществу, успевают в то же время и себе обеспечить не только материальное благосостояние, но и некоторый комфорт. Их можно назвать приспособившимися.

Несколько иные отношения встречаются на высшем психическом уровне. Люди талантливые, высокоодарённые в ещё большей степени, нежели представители среднего уровня, обладают данными, необходимыми для того, чтобы приспособиться к окружающей среде, воспользоваться её выгодами и преимуществами и устроить себе жизнь удобную и материально обеспеченную. В некоторых случаях так это и бывает. Но обычно дело осложняется тем, что значительная напряжённость, интенсивность душевной жизни заставляет человека не ограничиваться одним только приспособлением к среде, но стремиться и саму эту среду переделать, видоизменить сообразно своим собственным влечениям и потребностям. Другими словами, здесь всегда встречается более или менее ярко выраженный процесс творчества. Необходимо отметить, что процесс творчества, переработка действительности сообразно своим идеалам и стремлениям никогда не даются таким людям даром, а почти всегда сопровождаются упорной борьбой и различными лишениями, духовными или материальными. Интенсивная кон-

центрация душевной деятельности в известном направлении в связи с повышенной идейностью стремлений заставляет их зачастую без достаточного внимания относиться не только к различным чисто материальным потребностям, но и вообще к обеспечению ровного, спокойного течения своей жизни. Благодаря этому представители высшего уровня, даже в случае успеха своих планов и стремлений, нередко оказываются в социальном отношении устроившимися гораздо хуже, нежели обыкновенные, средние люди.

Таким образом, низший психический уровень даёт по преимуществу индивидуумов, недостаточно приспособленных, средних уровень — приспособившихся, представителей высшего уровня можно назвать приспособляющимися.

Если принадлежность к высшему уровню характеризуется большим богатством душевной жизни, большей идейностью, работоспособностью, наличностью сознательного мирозерцания и т. п., не следует ли принять, что люди более одарённые являются, уже по этому самому, и в социальном отношении более полезными и в этическом смысле лучшими?

Несмотря на всю соблазнительность подобной точки зрения, А. Ф. Лазурский считает её неприемлемой. По его мнению даже на самых высших ступенях душевного развития имеются свои извращённые типы, и психическое падение их зачастую оказывается и в социальном отношении более вредным и с моральной стороны более отталкивающим, чем у людей, обладающих более примитивной психикой.

В качестве критерия моральной оценки он выставляет совсем иной признак, а именно тенденцию к повышению психического уровня, стремление к совершенствованию. Если ни один человек не может дать в своих психических проявлениях больше того, что в него вложено от природы (прирождённые особенности нервно-психической организации), то имеющиеся от природы духовные силы могут или остаться неразвитыми, в зачаточном состоянии, или, наоборот, развернуться как в количественном, так и в качественном отношении. И этот «священный огонь», это стремление к возможно более полному и всестороннему развитию и проявлению своих духовных сил является одинаково ценным, будет ли оно проявляться в яркой и разнообразной психике богато одарённого человека или же в бедной, примитивной душе индивидуума, принадлежащего к низшему психическому уровню [62, 67].

## 2.2. Реактивные психозы

### 2.2.1. Примитивные защитные реакции

При наличии тяжёлой ситуации, угрожающей жизни и благополучию, у лиц неустойчивых, иногда ослабленных соматически, развиваются глубинно биологические примитивные реакции, которые являются выражением инстинктивного стремления уйти из-под гнёта невыносимой действительности, «бежать в болезнь». Сюда относятся несколько форм, близких по патогенезу и механизму развития.

*Псевдодеменция.* Это своеобразное состояние характеризуется заторможением, как бы полным исключением интеллектуальной деятельности, напоминающем слабоумие глубокой степени. Больные не знают своего имени, сколько им лет, есть ли у них дети, не знают месяца и числа, сколько у них рук, пальцев, и на соответствующие вопросы дают нелепые ответы (например, рука у него одна, пальцев три, ему десять лет и т.п.). Они не узнают предметов и не могут ими пользоваться. При этом больные пассивны, малоподвижны, не сразу отвечают. Иногда они отказываются ходить и стоять, падают, когда их ставят на ноги, нередко впадают в состояние ступора, лежат молча и неподвижно, обычно же пассивно подчиняются требованиям, передвигаются; от еды они не отказываются, опрятны. Мимика однообразная, на уколы больные не реагируют. Псевдодеменция может быть длительной и прекращается после изменения ситуации.

*Ганзеровский синдром* (по имени автора, давшего его описание) близок к псевдодеменции по нелепости ответов и поведения. Отличается выраженным расстройством сознания. Кроме того, при этой форме особенно характерен «разговор мимо». Ответы не только неверны, но даже не на тему, «мимо». Например, больной на вопрос, как его зовут, отвечает: «Отсюда далеко». Ганзеровский синдром не бывает длительным.

*Псевдокататонический ступор* также близок к псевдодеменции. Здесь «бегство в болезнь» проявляется в виде неподвижности, негативизма, отказа от пищи. Внешне эта форма похожа на кататонию, но отличается показным поведением (в присутствии врачей), большей сознательностью взгляда и мимики, а главное, — благоприятным исходом при перемене ситуации. Заболевание

может принять затяжное течение и нередко представляет затруднения при отграничении от шизофрении.

Близость псевдокататонического ступора и псевдодеменции сказывается в возможности перехода одной формы в другую.

*Пуэрилизм* является формой ухода от действительности в переживания детства. Больные проявляют поведение, свойственное детям; по-детски лепечут, по-ребячески радуются. Больные явно вытесняют из сознания реальную действительность, совершенно некритически относятся к своему положению. Иногда можно отметить неполную ясность сознания. Пуэрилизм обычно длится недолго, но бывают и затяжные случаи.

### *2.2.2. Сложные психогенные реакции*

В отличие от описанных выше примитивных защитных реакций сложные психогенные реакции являются следствием длительной переработки травмирующих психику переживаний с участием высших психических механизмов при наличии ясного сознания, эмоциональной и интеллектуальной сохранности.

*Депрессивные реакции.* Депрессивные реакции представляют собой длительные эмоциональные расстройства, выражающиеся в подавленном настроении, тоске, страхе и т.д. Эти состояния обычно развиваются под влиянием тех или иных тяжёлых переживаний. Хотя сами по себе такие депрессии доброкачественны, однако нужно иметь в виду возможность самоубийства, бегства из дому под влиянием тоски и другие эксцессы. Эта форма по своим проявлениям близка к маниакально-депрессивному психозу (депрессивной фазе), отличаясь от последнего наличием невротических наслоений, большей зависимостью от внешних условий. Улучшение последних при реактивной депрессии довольно быстро ведёт к выздоровлению, чего не бывает при настоящем маниакально-депрессивном психозе.

*Шизофреноподобные реакции.* Сюда относятся психотические картины, внешне сходные с шизофренией, но отличающиеся по клинической картине, течению и прогнозу от процессуальных форм шизофрении. Здесь нет присущего истинной шизофрении прогрессирующего оскудения личности. Шизофреноподобные реакции не ведут к деградации, к дефекту. Это заболевание возникает в виде реакции на экзогенные (инфекции, интоксикации, травмы) и со-

матические (заболевания внутренних органов, расстройства обмена и др.) вредности, а также и на психические травмы. Часто такие реакции вызываются длительными неблагоприятными внешними условиями или же переменной обстановки и условий жизни, к которым субъект не в состоянии приспособиться.

Наблюдаются замкнутость, упрямство, негативизм, недоступность, отказ от пищи, немотивированные вспышки аффекта, злобное отношение к окружающим, уклонение от работы.

Далее, встречаются и галлюцинаторно-параноидные синдромы, психогенно обусловленные, а также кататонические и гебефренические синдромы по типу процессуальной шизофрении. В отличие от процессуальных форм шизофрении эти реакции дают благоприятный исход.

*Параноидальные реакции.* Бредовое толкование окружающего только тогда может считаться реактивным, когда развитие бреда тесно связано с переживаниями, с внешними условиями, без которых не было бы данного болезненного состояния. Могут быть и случаи переходного характера.

а) Такой переходной формой можно считать *бред кверулянтов* (сутяжничество), который раньше описывался Крепелином в составе паранойи, а затем в числе психогенных реакций. При этой форме имеют одинаково важное значение и особенности личности, и внешние обстоятельства. Обычно это гипертимические, экспансивные, стеничные натуры с повышенным биотонусом, проявляющие большую энергию при защите своих прав. Их конфликт с окружающими даёт начало длительной борьбе, обычно выражающейся в искании своего права судом, в бесконечных длительных тяжбах, делающихся целью жизни больного и связанных с бредовым толкованием неудач и поражений в этой борьбе. Это так называемая «паранойя борьбы». Особое значение имеет в таких случаях основная травма, поразившая чувствительное место в психике субъекта.

б) Следующей формой параноидальной психогении является *сенситивный бред воздействия*. Эта форма отличается от бреда сутяжничества прежде всего преморбидными особенностями. Если, как было упомянуто выше, кверулянты отличаются экспансивностью, настойчивостью (стеничные по своим характерологическим особенностям), то лица, страдающие сенситивным бредом, — это обычно ущемлённые собственной недостаточностью, повышенно

впечатлительные, боязливо и скрупулёзно перерабатывающие в себе свои переживания, постоянно мучимые сомнениями, склонные к самобичеванию (сенситивные по складу своего характера). На этой почве развивается бред, содержание которого состоит в том, что все окружающие знают об их недостатках, говорят об этом, насмехаются и издеваются над ними.

в) *Острые параноидальные реакции.* Заболевание характеризуется быстрым, почти без предвестников, развитием бреда преследования. Больным начинает казаться, что за ними следят какие-то подозрительные люди, шпионы, специально подосланные лица, что они в центре внимания, кругом происходят какие-то тревожные события, их собираются ограбить, убить. Одновременно развивается непрерывно нарастающий, ярко выраженный страх, приводящий к аффективному сужению сознания и неправильным, бредовым образом обусловленным поступкам. Содержание бредовых переживаний всегда крайне элементарно и не выходит из круга ситуации, в которой находятся больные. Течение заболевания не продолжительно и заканчивается полным выздоровлением.

Причиной подобных реакций всегда является одновременное сосуществование травмирующей психику ситуации и соматического фактора (длительное лишение сна, физическое истощение, ослабляющее физическое заболевание). Второй фактор является тем обязательным «фоном», соматогенно изменённой почвой, на которой и становится возможным развитие психогенно обусловленной реакции.

г) *Параноидально-депрессивные реакции.* Во время Великой Отечественной войны приходилось наблюдать своеобразные параноидально-депрессивные реактивные состояния. Подобные реакции наблюдались как среди гражданского населения, так и среди участников войны. В том и другом случае реакции возникали у лиц, перенёсших особенно тяжелые испытания (плен, окружение, оккупацию) и связанное с этим крайнее физическое истощение. Кроме того, больные были обычно ослаблены перенесёнными соматическими заболеваниями или ранениями.

Больные в подобных состояниях подавлены, тревожны, испытывают постоянный страх, высказывают бред преследования и отношения: в палате лежат не больные, а подставные лица, вокруг них фашисты, шпионы, отравители; за ними следят, о них говорят, скоро их умертвят. В других случаях при наличии осо-



бенно тяжелой депрессии развивается бред самообвинения; больной считает себя преступником, изменником, товарищи сражаются, а он даром здесь ест хлеб, и т.п.

Заболевание протекает остро и через несколько недель заканчивается выздоровлением. Реже процесс затягивается на несколько месяцев и проходит лишь постепенно, оставляя после себя астеническое состояние (повышенная утомляемость, эмоциональная лабильность, ночные страхи). По клинической картине и патогенезу это страдание, по-видимому, близко к шизофреноподобным реакциям.

д) *Бред преследования тупоухих*. Основан на неуверенности в своей безопасности вследствие невозможности из-за глухоты поддерживать правильные взаимоотношения с окружающими. Известная отчуждённость, углубление в свои переживания способствуют при этом возникновению и развитию бреда преследования с подавленным настроением, иллюзиями и галлюцинациями. Шум в ушах, часто беспокоящий лиц с ушными болезнями, может служить основой для обманов чувств. Чаще всего этот бред развивается при тяжёлых материальных условиях и особенно в преклонном возрасте, который сам по себе предрасполагает к психическим заболеваниям.

*Индукцированное помешательство*. Заболевание представляет собой результат психогенного воздействия и своеобразной переработки чужого психоза. Влиянию параноидальных больных часто поддаются лица со слабым интеллектом, повышенной впечатлительностью и психопатическим предрасположением. Среди таких неполноценных личностей находят себе последователей кверулянты, параноики (особенно с религиозным бредом), а иногда и парафреники. Галлюцинации («видения», «откровения»), припадки и другие болезненные явления у индуцирующего больного оказывают особое влияние на невежественных и неполноценных индуцируемых, которые также начинают галлюцинировать, воспринимать и развивать бредовую систему, полученную, таким образом, от другого лица. Обычно после удаления больного от индуцирующего лица заболевание мало-помалу, а иногда и очень быстро сходит на нет. В литературе имеются описания целых психических эпидемий, например, своеобразных истерических припадков и др., изуверских сект и пр., возникавших путём индукции.

Эти формы обычно развиваются у субъектов с лабильной вазомоторной системой, а иногда и у здоровых людей под влиянием резких, внезапных травмирующих моментов катастрофического характера. Война, землетрясение, железнодорожные катастрофы и т.п. особенно часто являются причиной таких реакций. Нужно, однако, иметь в виду, что эти же вредные моменты могут дать и психозы иного характера, например, истерические.

Сильный испуг при какой-либо катастрофе может вызвать шок, который иногда ведёт к *аффективному ступору*, своего рода параличу эмоций. В связи с шоком может также развиваться сумеречное состояние сознания с аффектом страха, галлюцинаторным восприятием действительности, дезориентировкой и пр. Резкий аффект страха и самый шок связаны с вазомоторными расстройствами. При этом обычны неприятные ощущения в области сердца, состояния внутренней напряжённости и беспокойства, обмороки, головные боли. Наряду с состоянием апатии, пассивности, нерешительности, в связи с катастрофами нередко развивается состояние резкого возбуждения, паническое бегство и т.п. Иногда развиваются ясно выраженные эндокринные расстройства (дисфункция надпочечников и щитовидной железы). Особенно характерны явления так называемого базедовоида с увеличением щитовидной железы, пучеглазием, сердцебиением и другими симптомами. Острое состояние после катастрофы продолжается обычно несколько дней, реже — недель. Больной часто не сохраняет воспоминания о происшедшем, но ещё долгое время отмечается повышенная утомляемость, плохой сон, лабильность настроения, боязливость, сердцебиение, головокружение и другие расстройства, преимущественно вазомоторного характера. Лишь через несколько месяцев после катастрофы эти явления сглаживаются. В острой стадии возможна смерть вследствие паралича сердца (преимущественно у субъектов, страдающих миокардитом, артериосклерозом и пр.).

Лечение при всех описанных выше формах реактивных психозов сводится к устранению травмирующих моментов и психотерапии (в сочетании с физиотерапией). Обычно применяют все виды психотерапии вплоть до гипноза. При острой форме больные подлежат помещению в стационар [52].

Под психопатиями следует понимать аномальные варианты личности, которые отличаются стойкой дисгармонией психических свойств и неадекватностью реакций на внешние раздражения, вследствие чего в большей или меньшей степени нарушается поведение и затрудняется активная приспособляемость субъекта к окружающей среде (Гуревич М. О., 1949) [53].

Психопатии не являются психическим заболеванием в собственном смысле. Это случаи общей дисгармонии личности с выдвиганием на первый план отдельных её сторон, с гипертрофией их, далеко выходящей за пределы того, что можно считать индивидуальными колебаниями.

При освещении проблемы психопатий необходимо исходить из анализа развития того наиболее существенного, что характеризует их с клинической стороны. Основной чертой их является то, что при сохранности познавательных способностей у них наблюдаются значительные расстройства эмоций, а также поведения. В случаях дисгармонического развития личности расстраивается единство действий, направленность к определённой цели. В поведении преобладают действия, диктуемые случайными мотивами, аффективными побуждениями, теми или другими инстинктами, влечениями, не находящими себе противодействия вследствие слабости корковой регуляции. У психопатических личностей можно предположить нарушения взаимодействия корково-подкорковых процессов (Гиляровский В. А., 1954) [47].

От преходящих болезненных реакций психики и неврозов психопатии отличаются тем, что представляют собой стойкие врождённые аномалии личности. При сравнении с психическими заболеваниями психопатии характеризуются ещё тем, что им присущи только дисгармоничность, неуравновешенность психики и в связи с этим плохая социальная приспособляемость, но без галлюцинаций, бреда, расстройств сознания и других признаков развитого психоза.

Как врождённые болезненные изменения психики, психопатии отличаются от олигофрении тем, что при последних имеется недоразвитие мозга и связанная с ним разная степень умственной отсталости, при психопатиях преобладают аффек-

тивно-волевые нарушения, а интеллект, умственные способности не страдают или мало страдают.

Дисгармоничность психики, её неуравновешенность, несдержанность чувств, эмоциональная лабильность, волевые расстройства и ослабление регуляции своего поведения приводят психопатов часто к конфликтам с родными и близкими, к различным антисоциальным поступкам (Рохлин А. А., 1967) [70].

Не случайно, что понятия «психопатия», «психопатическое состояние» были впервые выдвинуты в 1884 г. профессором И. М. Балинским в судебной экспертизе, данной им совместно с доктором А. Б. Чечоттом.

Условно считают, что созревание психики человека завершается к 30 годам. Начиная с момента рождения и вплоть до достижения этого возраста, наблюдается становление психической индивидуальности человека. В формировании психической индивидуальности определяющую роль играют две группы факторов: биологические и социальные.

Уже на ранних этапах развития учения о психопатиях в нём выделилось два направления во взглядах на сущность этого явления. Эти концепции в несколько изменённом виде существуют и до настоящего времени.

Согласно одной из них, возникновение психопатий обусловлено исключительно конституциональными факторами. Их генез обусловлен наследственными влияниями. В соответствии с господствовавшим во второй половине XIX-XX в.в. учением Мореля и Маньяна о дегенерации в психопатиях усматривались черты вырождения. Проявлениями психопатий считались такие качества, как склонность к совершению преступлений, аморальность, лживость. Не случайно это направление породило концепцию Ломброзо о биологически обусловленных типах преступников. Появились сообщения о стигмах вырождения психопатов и преступников — особые формы ушной раковины, строение черепа и телосложение, необычные границы волосистой части головы и т.д.

Конституционализм в учении о психопатиях нашёл своё крайнее выражение в работах Б. Карпмана, который выступил с предложением отказаться от термина «психопатия». Соответствующие состояния он предложил определять термином «анетопатия», означающим патологическое отсутствие этических эмоций. Анетопатии, согласно Б. Карпману, являются врождёнными со-

стояниями и не поддаются коррекции и лечению. Главное свойство анетопатов — склонность к совершению правонарушений. Существует два типа анетопатии — активно-хищническая и пассивно-паразитическая. Автор этой теории предлагал изолировать анетопатов в особых учреждениях неопределённо долгое время.

Отождествление понятий «психопатия» и «преступность» получило в зарубежной психиатрии широкое распространение. Психопатию стали рассматривать как социопатию — склонность к совершению правонарушений.

Второе направление в учении о психопатиях можно назвать динамическим. Одним из первых его представителей был Модзли. Большой вклад в развитие этой концепции внесли выдающиеся русские психиатры — В. М. Бехтерев, В. Х. Кандинский, В. А. Гиляровский и др.

Сторонники этого направления рассматривали психопатии как сплав врождённого и приобретённого. Основным моментом в их генезе они считали парциальный инфантилизм — задержку развития отдельных сторон душевной деятельности. Подчёркивалась и роль социальных воздействий, среды.

Блестящее обобщение учения о психопатиях было сделано П. Б. Ганнушкиным. Главным методом его исследования явился клинический, а ведущими принципами — статический и динамический. В понятие статики П. Б. Ганнушкин включал клиническое, фактическое содержание психопатии. Динамический анализ психопатий проводился им в трёх направлениях: 1) динамика социальных условий (семья, быт, труд и т.д.); 2) биологическая динамика (возраст, возрастные кризы и т.д.); 3) клиническая динамика.

Психопатии — это такие аномалии характера, которые, по словам П. Б. Ганнушкина (1933), «определяют весь психический облик индивидуума, накладывая на весь его душевный склад свой властный отпечаток», «в течение жизни... не подвергаются сколько-нибудь резким изменениям», «мешают... приспособляться к окружающей среде».

Эти три критерия были обозначены О. В. Кербиковым (1962) как тотальность и относительная стабильность патологических черт характера и их выраженность до степени, нарушающей социальную адаптацию. Таковы три критерия, позволяющие диагностировать психопатии.

Ещё на заре учения о психопатиях возникла проблема отграничения их от крайних вариантов нормы. В. М. Бехтерев упоминал о «переходных состояниях между психопатией и нормальным состоянием», П. Б. Ганнушкин подобные случаи обозначал как «латентную психопатию», О. В. Кербилов — как «предпсихопатию», Г. К. Ушаков — как «крайние варианты нормального характера».

Наибольшую известность получил термин К. Леонгарда (1968) — «акцентуированная личность». Это наименование подчёркивает, что речь идёт именно о крайних вариантах нормы, а не о зачатках патологии и что эта крайность сказывается в усилении, акцентуации отдельных черт. Однако правильнее говорить об «акцентуациях характера». Личность — понятие более широкое. Она включает интеллект, способности, мировоззрение и т.п. Характер считается базисом личности, он формируется в основном в подростковом возрасте, личность, как целое — уже при повзрослении. По мнению А. Е. Личко в описаниях К. Леонгарда речь идёт именно о типах характера.

Акцентуации характера — это крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определённого рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим (Личко А. Е., 1977).

Отличия между акцентуациями характера и психопатиями основываются на диагностических критериях Ганнушкина-Кербилова.

При акцентуациях характера может не быть ни одного из этих признаков: ни относительной стабильности характера на протяжении жизни, ни тотальности его проявлений во всех ситуациях, ни социальной дезадаптации как следствия тяжести аномалии характера. Во всяком случае, никогда не бывает соответствия всем этим трём признакам психопатии сразу.

Обычно акцентуации развиваются в период становления характера и сглаживаются с повзрослением. Особенности характера при акцентуациях могут проявляться не постоянно, а лишь в некоторых ситуациях, в определённой обстановке, и почти не обнаруживаться в обычных условиях. Социальная дезадаптация при акцентуациях либо вовсе отсутствует, либо бывает непродолжительной.

В добавление к критериям Ганнушкина-Кербикова можно отметить ещё один важный признак, отличающий акцентуации и психопатии. При психопатиях декомпенсации, острые аффективные и психопатические реакции, социальная дезадаптация возникают от любых психических травм, в самых разнообразных трудных ситуациях, от всевозможных поводов и даже без видимой причины. При акцентуациях нарушения возникают только при определённого рода психических травмах, в некоторых трудных ситуациях, а именно лишь тогда, когда они адресуются к «месту наименьшего сопротивления», к «слабому звену» данного типа характера. Иные трудности и потрясения, не задевающие этой ахиллесовой пяты, не приводят к нарушениям и переносятся стойко. При каждом типе акцентуации имеются свойственные ему, отличные от других типов, «слабые места».

По степени выраженности выделяют явную акцентуацию (крайний вариант нормы) и скрытую акцентуацию (обычный вариант нормы) [63].

Необходимо подчеркнуть, что к психопатическим следует относить не все патологические изменения характера, а лишь те, которые сформировались в результате неправильного развития.

Изменения характера, возникшие в результате патологического процесса (шизофрения, эпилепсия, органическое поражение головного мозга), имеют лишь внешнее, обычно неполное сходство с психопатиями. Такое состояние обозначают «психопатоподобные расстройства».

Вопрос о генезе психопатий является одним из самых спорных разделов психиатрии. На протяжении длительного времени считалось возможным реактивное, ситуационное происхождение характерологических отклонений. В литературе эти формы патологии описывались под названиями «невроз характера», «невротический характер», «психопатическое развитие» и т.д.

Наряду с этим появлялись сообщения, в которых отрицалась возможность возникновения личностной патологии под влиянием психогенных факторов. И в настоящее время многие исследователи считают, что появление стойких изменений личности (характера) и тем более их динамика всегда являются признаками медленно развивающейся шизофрении.

Этот вопрос был подвергнут детальному изучению О. В. Кербиковым и его сотрудниками. Согласно их взглядам, психопатии

по своему происхождению являются неоднородной группой.

Сравнительно небольшая часть психопатий возникает исключительно под влиянием биологических, эндогенных факторов. Среди них важную роль играет фактор генетический (наследование психопатических качеств) и внутриутробное поражение головного мозга. У таких пациентов массивные психопатические расстройства обнаруживаются ещё в раннем детстве. С течением времени они закрепляются и генерализуются. Роль условий воспитания, психогенных воздействий в происхождении этих состояний минимальна. Эта группа психопатий называется ядерной.

Прямую противоположность ядерным психопатиям по механизмам возникновения представляют патохарактерологические развития. В их становлении роль биологических, эндогенных факторов сведена к минимуму. Основная причина их генеза — неблагоприятные социальные воздействия.

Исследования показывают, что существуют стандартные, типичные условия воспитания, особенности которых определяют тип формирующейся психопатии.

Так, воспитание в условиях типа «Золушка» (пренебрежение интересами ребёнка, постоянное оставление его на вторых ролях, подавление инициативы и т.д.) часто обуславливает становление тормозимых качеств: робости, боязливости, склонности к пассивно-оборонительным реакциям, неуверенности в себе.

Ситуация «тиран и кумир семьи» характеризуется преклонением перед ребёнком, его захваливанием, культивированием у него мыслей о его одарённости, исключительности, превосходстве над окружающими. В этих условиях обычно формируется истерический характер.

Черты неуверенности, нерешительности формируются в ситуации «гиперопёка» (казарменное воспитание, муштра, повышенные требования к ребёнку).

«Гипоопёка» в различных её проявлениях (безнадзорность, отсутствие поддержки и заботы со стороны родителей) может привести к формированию возбудимости, жестокости или же тормозимости.

Реже наблюдаются иные типы условий воспитания, обуславливающие формирование патологических характеров.

Патохарактерологические развития отличаются от ядерных психопатий меньшей выраженностью психопатических расстройств



и их большей динамичностью. В остальном они полностью соответствуют критериям психопатии.

Наиболее часто встречаются психопатии, сформировавшиеся под воздействием обоих факторов. Удельный вес каждого из них может быть различным: в одном случае преобладает биологический фактор, в другом — социальный.

Существуют различные классификации психопатий. В отечественной психиатрии наибольшее признание получила систематика О. В. Кербикова (1971).

*Возбудимая психопатия* характеризуется несдержанностью, взрывчатостью, гневливостью. В ней различают два варианта.

Эпилептоидная психопатия (названная так в связи с тем, что её клиника имеет некоторое сходство с психическими нарушениями при эпилепсии) отличается резко выраженной аффективностью, большой глубиной и стойкостью аффекта. Наряду с этим имеют место спонтанные или спровоцированные незначительным внешним поводом колебания настроения с чертами недовольства, угнетённости, злобности, склонности к агрессии. В поведении таких больных наблюдаются вязкость, медлительность, тугоподвижность.

Второй вариант возбудимой психопатии по своей клинике приближается к истерической психопатии. У этих больных аффекты легко возникают и так же легко исчезают. В поведении у них много демонстративного и показного, дисфории нетипичны.

*Тормозимые психопатии* распадаются на две основные подгруппы: астеничные и психастеничные.

Астеничные психопаты отличаются слабостью (физической и психической), малой выносливостью. Они робки, боязливы, склонны к пассивно-оборонительным реакциям. Самооценка у них занижена, они никогда не претендуют на роль лидера в коллективе. Вследствие повышенной хрупкости и ранимости они предрасположены к неврастениям.

Тревожная мнительность, отсутствие уверенности в правильности своих действий, бесконечные сомнения, многократная перепроверка сделанного, склонность к бессодержательным размышлениям на маловажные темы являются отличительными чертами психастеников. Под влиянием психической травматизации у них легко возникает невроз навязчивых состояний.

*Истерическая психопатия* характеризуется стремлением быть

в центре общества, занимать лидирующее положение (истерический эгоцентризм). Поведение психопатов-истериков отличается театральностью, демонстративностью, стремлением привлечь к себе внимание окружающих, заинтересовать их своей личностью. Эмоциональная незрелость, колебания настроения по незначительному поводу, неустойчивость интересов и мнений, склонность к фантазированию, лживость — таковы основные проявления истерической психопатии. В трудной ситуации у психопатов-истериков легко возникает истерический невроз.

*Параноическая психопатия* имеет сходство с психопатией эпилептоидной. Однако параноические психопаты наряду с эпилептоидными качествами обнаруживают склонность к возникновению особых психических расстройств — сверхценных идей. Сверхценные идеи подобно навязчивым полностью доминируют в сознании пациента и определяют его поведение. В отличие от навязчивостей они не сопровождаются борьбой мотивов и не воспринимаются как что-то нездоровое. Больные полностью убеждены в справедливости своих соображений, их переживания имеют мощный аффективный заряд. При сверхценных идеях наблюдаются элементы паралогизма в мышлении, рудиментарно выраженные обманы восприятия (иллюзии, галлюцинации воображения), ложные воспоминания. По содержанию наиболее часто наблюдаются сверхценные идеи ревности, сутяжничества, изобретательства, ипохондрические идеи. Возникновение сверхценных идей часто обусловлено психической травматизацией.

Клиническая картина психопатий претерпевает изменения двоякого рода: 1) количественные изменения (их усиление или ослабление); 2) качественные изменения (трансформация имеющихся психопатических расстройств или усложнение их за счёт присоединения принципиально новых качеств) [60].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В целом проведённый анализ работ отечественных авторов говорит о том, что многие из них обращали внимание на роль духовных факторов в обеспечении психического здоровья человека. Однако целостная концепция с позиций культуры здоровья была разработана лишь в конце XX века доктором медицинских наук, профессором В. А. Скуминым. Он, опираясь на

духовную основу Агни Йоги, рерихизма, теософии предложил Учение о Культуре Здоровья, которое как интегральная отрасль общечеловеческого знания, последовательно разрабатывает актуальные аспекты гармоничного формирования духовных, психических и физических сил индивидуальности, обеспечения наивысшего уровня жизнетворчества, общинного созидания оптимальной среды обитания духовного этноса в космопространстве Солнца [34]. Научное обоснование и практическое применение методов Культуры Здоровья проводилось в клинике сердечной хирургии Киевского научно-исследовательского института туберкулёза и грудной хирургии им. акад. Ф. Г. Яновского, руководимом известным поборником здорового образа жизни академиком Н. М. Амосовым [36].

В книге профессора В. А. Скумина «Культура Здоровья. Избранные лекции» сказано: «В Живой Этике болезни подразделяются на три категории: священные, кармические и допущенные. Причины недугов могут быть связаны с духовным, психическим и физическим несовершенством, извращением или повреждением. Возможно также и сочетанное действие различных патогенных факторов. Заболевание может возникать и вследствие дисгармонии духовной, психической и физической структур организма» [8].

Психическую гармонию приносят развитие интеллекта, соблюдение правил психогигиены и психопрофилактики, включая гигиену мышления, речи, поведения, жизнерадостный эмоциональный настрой, формирование навыков психологической защиты, овладение способами саморегуляции и систематическое применение их, воспитание культуры умственного труда [13].

При лечении нерезко выраженных нарушений психического здоровья известное распространение получила микстура В. А. Скумина, состоящая из настоя травы горицвета, экстракта боярышника, настойки валерианы, пустырника, эвкалипта, мяты перечной, сиропа плодов шиповника [38].

Благотворно влияют на укрепление тонкого тела человека духовного систематическое употребление продуктов Культуры Здоровья — Шивсолта, Манкти и других, одухотворённых эфирных масел и стиков.

Для целей самовоспитания и самосовершенствования, нивелирования характерологических изъянов с успехом может исполь-

зоваться психотренинг по В. А. Скумину, разработанный на основе рекомендаций Йоги. Он включает пять упражнений – «Релаксация», «Тепло», «Парение, невесомость», «Целевое самовнушение» и «Активация». Особенно ответственно автор предлагает подходить к составлению формул целевого самовнушения, направленных на укрепление духовно-нравственного и психофизического здоровья. Такие вербальные формулы должны составляться в четкой, краткой, однозначной форме [6, 7, 12, 37, 39, 40, 41].

Разработанные профессором В. А. Скуминым ноопсихофизические Комплексы Культуры Здоровья, являясь ноопсихофизическими прививками, жизнедеятельно, охранительно и восстановительно воздействуют на организм и сознание человека духовного, прививают идею – направлять во здравие энергетические ресурсы духа, души и тела. При систематическом их исполнении происходит нормализация функций организма, увеличивается и становится стойкой неспецифическая сопротивляемость различным стрессорам [9, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33].

Предназначение человека духовного состоит в утончении, расширении, совершенствовании своего сознания, в облагораживании, одухотворении всего, с чем оно связано. Самая великая польза, которую мы можем принести, указывала Е. И. Рерих, состоит в том, чтобы путём расширения сознания, улучшения, обогащения своего мышления и очищения сердца оздоравливать всё окружающее [5].

Овладение теорией и практикой Доктрины Культуры Здоровья, сознательное применение средств Культуры Здоровья дают возможность духовному этносу развиваться гармонично даже в условиях катаклизмов, которые происходят в природе и обществе на смене эпох.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Учение Живой Этики. Листы Сада Мории. Зов. – М.: Международный Центр Рерихов, 1994. – С. 7.
2. Учение Живой Этики. Надземное (продолжение). – М.: Международный Центр Рерихов, 1996. – С. 280 (п. 468).
3. Елена Ивановна Рерих. Письма Том II (1934 г.). – М.: Международный Центр Рерихов, 2000. – С. 138.

4. Елена Ивановна Рерих. Письма Том III (1935 г.). — М.: Международный Центр Рерихов, 2001. — С. 707.

5. Там же, с. 607.

6. Скумин В. А. Искусство психотренинга и здоровье. — Харьков, 1993. — С. 17-21.

7. Скумин В. А. Йога: путь самосовершенствования. Духовная, психическая, физическая культура здоровья. — Новочебоксарск: Терос, 1994. — С. 66-74.

8. Скумин В. А. Культура Здоровья. Избранные лекции. — Чебоксары: Региональная организация Международного общественного Движения «К Здоровью через Культуру», 2002. — С. 253.

9. Там же, с. 176-202.

10. Скумин В. А. Культура Здоровья — фундаментальная наука о человеке. — Новочебоксарск: Терос, 1995. — С. 103-104.

11. Скумин В. А. Ноопсихофизические Комплексы Культуры Здоровья: предназначение, представление, общие рекомендации. — Новочебоксарск, 1998. — 20 с.

12. Скумин В. А. Психотерапия и психопрофилактика в системе реабилитации больных с протезами клапанов сердца. Автореф. дисс. на соискание уч. ст. кандидата медицинских наук. — Харьков: Здоров'я, 1980. — 17 с.

13. Скумин В. А. Культура Здоровья — наука Грядущего// К Здоровью через Культуру. — 1995. — №1. — С. 10-11.

14. Скумин В. А. Материалы к изучению Базисного ноопсихофизического Комплекса Культуры Здоровья// К Здоровью через Культуру. — 1998. — №4. — С. 3-17.

15. Виктор Скумин. Россия// К Здоровью через Культуру. — 2004. — №10. — С. 3-6.

16. Виктор Скумин. Роль ноопсихофизических Комплексов Культуры Здоровья в развитии солнечно-огненного потенциала человека// К Здоровью через Культуру. — 2005. — №11. — С. 51-65.

17. Виктор Скумин. Роль Базисного ноопсихофизического Комплекса Культуры Здоровья (БНПФК) в развитии солнечно-огненного потенциала человека// К Здоровью через Культуру. — 2006. — №12. — С. 3-17.

18. Виктор Скумин. Роль Утреннего ноопсихофизического Комплекса Культуры Здоровья (УНПФК) в развитии солнечно-огненного потенциала человека// К Здоровью через Культуру. — 2006. — №12. — С. 59-73.

19. Виктор Скумин. Роль ноопсихофизического Комплекса Культуры Здоровья Сурья Видья (НПФКСВ) в развитии солнечно-огненного потенциала человека// К Здоровью через Культуру. — 2006. — №13.— С. 5-19.

20. Виктор Скумин. Роль ноопсихофизического Комплекса Культуры Здоровья Шива Крийя (НПФКШК) в развитии солнечно-огненного потенциала человека// К Здоровью через Культуру. — 2006. — №13. — С. 57-71.

21. Виктор Скумин. Роль ноопсихофизического Комплекса Культуры Здоровья Белый Лотос (НПФКБЛ) в развитии солнечно-огненного потенциала человека// К Здоровью через Культуру. — 2007. — №14. — С. 8-22.

22. Виктор Скумин. Роль ноопсихофизического Комплекса Культуры Здоровья Падма Чакра (НПФКПЧ) в развитии солнечно-огненного потенциала человека// К Здоровью через Культуру.— 2007. — №14. — С. 56-70.

23. Виктор Скумин. Роль Вечернего ноопсихофизического Комплекса Культуры Здоровья (ВНПФК) в развитии солнечно-огненного потенциала человека// К Здоровью через Культуру. — 2007. — №15. — С. 3-17.

24. Скумин В. А. Практика огненной трансмутации: огонь центров// К Здоровью через Культуру. — 2009. — №17. — С. 6-19.

25. Скумин В. А. Практика огненной трансмутации: первый Солнечный ноопсихофизический Комплекс Культуры Здоровья (1СНПФК)//К Здоровью через Культуру. — 2009. — №17. — С. 59-72.

26. Скумин В. А. Практика огненной трансмутации: огонь духа// К Здоровью через Культуру. — 2010. — №18. — С. 8-21.

27. Скумин В. А. Практика огненной трансмутации: второй Солнечный ноопсихофизический Комплекс Культуры Здоровья (2СНПФК)//К Здоровью через Культуру. — 2010. — №18. — С. 63-76.

28. Скумин В. А. Практика огненной трансмутации: огонь сердца// К Здоровью через Культуру. — 2011. — №19. — С. 3-16.

29. Скумин В. А. Практика огненной трансмутации: третий Солнечный ноопсихофизический Комплекс Культуры Здоровья (3СНПФК)// К Здоровью через Культуру. — 2011. — №19. — С. 63-76.

30. Скумин В. А. Практика огненной трансмутации: огонь подвига// К Здоровью через Культуру. — 2012. — №20. — С. 8-21.

31. Скумин В. А. Практика огненной трансмутации: четвёртый Солнечный ноопсихофизический Комплекс Культуры Здоровья

(4СНПФК)//К Здоровью через Культуру. — 2012. — №20. — С. 63-76.

32. Скумин В. А. Практика огненной трансмутации: огонь достижения, огонь иерархии, огонь служения// К Здоровью через Культуру. — 2014. — №21. — С. 2-15.

33. Скумин В. А. Практика огненной трансмутации: пятый Солнечный ноопсихофизический Комплекс Культуры Здоровья (5СНПФК)//К Здоровью через Культуру. — 2014. — №21. — С. 50-63.

34. Скумин В. А., Бобина Л. А. Концепция Учения о Культуре Здоровья. Учебное пособие. — Чебоксары: Международное общественное Движение «К Здоровью через Культуру», 2012. — С. 12.

35. Скумин В. А., Бобина Л. А. Культура и Здоровье — определение и синтез понятий. Учебное пособие. — Чебоксары: Международное общественное Движение «К Здоровью через Культуру», 2012. — С. 23-24.

36. Скумин В. А., Бобина Л. А. Пропедевтика культуры здоровья — Новочебоксарск: Терос, 1994. — С. 14-16.

37. Там же, с. 119-129.

38. Филатов А.Т., Скумин В. А. Психопрофилактика и психотерапия в кардиохирургии. — Киев: Здоров'я, 1985. (Библиотека практического врача) — С. 56.

39. Там же, с. 36-39.

40. Бобина Л. А. Аутогенная тренировка и её практическое применение// К Здоровью через Культуру. — 2008. — №16. — С. 29.

41. Бобина Л. А. Синдром Скумина как нозологическая форма// К Здоровью через Культуру. — 2010. — №18. — С. 30-31.

42. Анохин П. К. Опыт физиологического анализа генеза невротических состояний// Пограничная психиатрия/ Под ред. Ю. А. Александровского. — М.: РАС-2006, 2006. — С. 14-19.

43. Бирман Б. Н. Сущность и классификация неврозов в свете учения акад. И. П. Павлова// Пограничная психиатрия/ Под ред. Ю. А. Александровского. — М.: РАС-2006, 2006. — С. 84-91.

44. Боголепов Н. К. Невротические реакции после эмоциональных травм// Пограничная психиатрия/ Под ред. Ю. А. Александровского. — М.: РАС-2006, 2006. — С. 659-669.

45. Ганнушкин П. Б. Избранные труды. — М., 1964. — С. 55.

46. Гиляровский В. А. Психогенные нарушения// Пограничная психиатрия/ Под ред. Ю. А. Александровского. — М.: РАС-2006, 2006. — С. 770-773.

47. Гиляровский В. А. Психопатии// Пограничная психиат-

рия/ Под ред. Ю. А. Александровского. — М.: РАС-2006, 2006. — С. 781-782.

48. Гиляровский В. А. Старые и новые проблемы психиатрии// Пограничная психиатрия/ Под ред. Ю. А. Александровского. — М.: РАС-2006, 2006. — С. 139-159.

49. Гиляровский В. А. Узловые моменты в проблеме неврозов// Пограничная психиатрия/ Под ред. Ю. А. Александровского. — М.: РАС-2006, 2006. — С. 787-799.

50. Гуревич М.О. К построению теории психиатрии// Пограничная психиатрия/ Под ред. Ю. А. Александровского. — М.: РАС-2006, 2006. — С. 184-192.

51. Гуревич М.О. О физиологических основах психопатологии// Пограничная психиатрия/ Под ред. Ю. А. Александровского. — М.: РАС-2006, 2006. — С. 169-178.

52. Гуревич М. О. Психогенные реакции// Пограничная психиатрия/ Под ред. Ю. А. Александровского. — М.: РАС-2006, 2006. — С. 833-838.

53. Гуревич М. О. Психопатии// Пограничная психиатрия/ Под ред. Ю. А. Александровского. — М.: РАС-2006, 2006. — С. 839.

54. Гуревич М. О. Неврозы// Пограничная психиатрия/ Под ред. Ю. А. Александровского. — М.: РАС-2006, 2006. — С. 819-825.

55. Иванов Н. В. О диагностическом значении позиций личности при неврозах// Пограничная психиатрия/ Под ред. Ю. А. Александровского. — М.: РАС-2006, 2006. — С. 229-236.

56. Каннабих Ю. В. История психиатрии. — М.: АСТ, Мн.: Харвест, 2002. — 235 с.

57. Каннабих Ю. В. Проблема неврозов// Пограничная психиатрия/ Под ред. Ю. А. Александровского. — М.: РАС-2006, 2006. — С. 875-884.

58. Ковалёв В. В. Психогенные заболевания (реактивные психозы и «общие» неврозы)// Пограничная психиатрия/ Под ред. Ю. А. Александровского. — М.: РАС-2006, 2006. — С. 914-923.

59. Кожевников А. Я. Неврозы// Пограничная психиатрия/ Под ред. Ю. А. Александровского. — М.: РАС-2006, 2006. — С. 276.

60. Королёв В. В. Актуальные вопросы пограничной психиатрии. — М., 1979. — С. 31-38.

61. Краснушкин Е. К. К вопросу о классификации психогений// Пограничная психиатрия/ Под ред. Ю. А. Александровского. — М.: РАС-2006, 2006. — С. 306-312.



62. Лазурский А. Ф. Общие основы классификации личностей// Пограничная психиатрия/ Под ред. Ю. А. Александровского. — М.: РАС-2006, 2006. — С. 322-348.
63. Личко А.Е. Разграничение психопатий, психопатоподобных расстройств и акцентуаций характера в подростковом возрасте// Пограничная психиатрия/ Под ред. Ю. А. Александровского. — М.: РАС-2006, 2006. — С. 953-959.
64. Меграбян А. А. Патология личности// Пограничная психиатрия/ Под ред. Ю. А. Александровского. — М.: РАС-2006, 2006. — С. 375-385.
65. Мишин Г. И. Отрицательные эмоции и их преодоление.— М., Медицина, 1984. — С. 5-13.
66. Мясищев В. Н. О патогенезе и структуре психоневрозов// Пограничная психиатрия/ Под ред. Ю. А. Александровского. — М.: РАС-2006, 2006. — С. 985-991.
67. Николаев Е. Л., Суслова Е. С. Динамика научных представлений о неврозах: от биологической модели — к культурной/ / Медицинская психология в России: электрон. науч. журнал. — 2011, №5, URL: <http://medpsy.ru>.
68. Овсянников С. А. История и эпистемология пограничной психиатрии. — М.: Альпари, 1995. — 205 с.
69. Пограничная психиатрия// Под ред. Ю. А. Александровского. — М.: РАС-2006, 2006. — С. 6-12.
70. Рохлин А. Л. Неврозы и психопатии// Пограничная психиатрия/ Под ред. Ю. А. Александровского. — М.: РАС-2006, 2006. — С. 447-459.
71. Фелинская Н. И. О понятии и классификации пограничных состояний// Под ред. Ю. А. Александровского. — М.: РАС-2006, 2006. — С. 527.
72. Шевалев Е. А. Современное учение о неврозах (предисловие)// Пограничная психиатрия/ Под ред. Ю. А. Александровского. — М.: РАС-2006, 2006. — С. 555-556.
73. Эмдин П. И. К теории и методам изучения неврозов// Пограничная психиатрия/ Под ред. Ю. А. Александровского. — М.: РАС-2006, 2006. — С. 578-581.
74. Ющенко А. И. Вопросы классификации, профилактики и лечения так называемых травматических неврозов// Пограничная психиатрия/ Под ред. Ю. А. Александровского. — М.: РАС-2006, 2006. — С. 582-591.