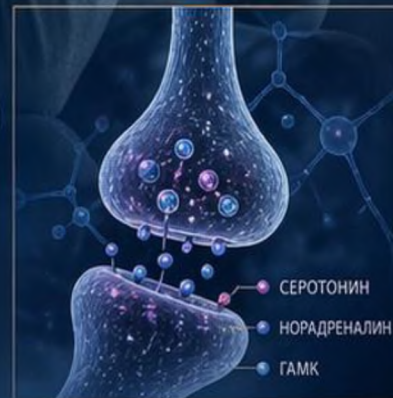
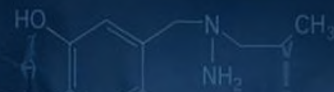
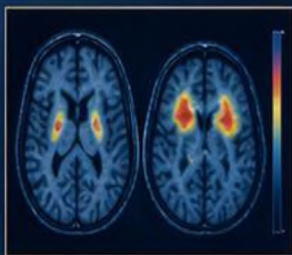




ПСИХИАТРИЯ
НЕВРОЛОГИЯ
ПСИХОТЕРАПИЯ

НЕВРОЗ. НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

МОНОГРАФИЯ



ПАТОГЕНЕЗ



ДИАГНОСТИКА



ПСИХОТЕРАПИЯ



ФАРМАКОТЕРАПИЯ



РЕАБИЛИТАЦИЯ

МУРАДИМОВА А.Р.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ФЕРГАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

«УТВЕРЖДАЮ»

Министерство здравоохранения
Президентский научно-технический
совета

Ш.К. Атаджанов

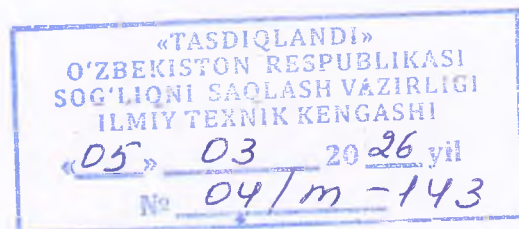
2026 г



«05» 03

Мурадимова Альфия Рашидовна

НЕВРОЗ. НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА
(Монография)



Фергана – 2026

УДК (616.89-008.441) 616.891

ББК 56.14я73

Мурадинова, Альфия Рашидовна

М 91 Невроз. Невротические расстройства / монография / Альфия Рашидовна Мурадинова, Фергана – Издательство «Sunrise-pro», 2026 – 127с.

Монография «Невроз. Невротические расстройства» посвящена актуальным вопросам изучения этиологии, патогенеза, клинических проявлений, диагностики, лечения и профилактики невротических расстройств. В работе системно представлены современные научные подходы к пониманию неврозов как многофакторного явления, формирующегося под влиянием биологических, психологических и социальных факторов. Особое внимание уделено вопросам дифференциальной диагностики, комплексной терапии и реабилитации пациентов. Монография сочетает теоретическую глубину с практической направленностью и представляет интерес для неврологов, психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов, преподавателей, ординаторов и студентов медицинских вузов. Издание может быть использовано в научной, образовательной и клинической практике.

Рецензенты

М.М.Зокиров – доцент кафедры «Неврологии и психиатрии» Ферганского медицинского института общественного здоровья, PhD.

О.Я.Бустонов – заведующий кафедрой Неврологии Андижанского государственного медицинского института, PhD, доцент

Данная монография рекомендована к публикации 26 февраля 2026 года на заседании Совета Ферганского медицинского института общественного здоровья № 9.

ISBN 978-9910-262-53-1

© А.Р. Мурадинова, 2026
©Издательство “Sunrise-pro”, 2026.

Оглавление

Глоссарий	6
Введение	7
Глава I. Теоретико-методологические основы изучения невроза и невротических расстройств	16
1.1. История изучения неврозов в отечественной и зарубежной науке	16
1.2. Эволюция понятия «невроз» в медицине, психологии и психиатрии	18
1.3. Современные подходы к определению невротических расстройств	21
1.4. Классификация невротических расстройств	23
1.5. Место невротических расстройств в структуре психических и пограничных состояний	26
Глава II. Этиология и патогенез невротических расстройств	29
2.1. Биологические факторы развития неврозов	29
2.2. Психологические механизмы формирования невротических расстройств	31
2.3. Социальные и средовые факторы риска	34
2.4. Роль стресса, психотравмы и хронического эмоционального напряжения	35
2.5. Личностные особенности как предикторы невротизации	37
2.6. Современные представления о патогенезе невротических состояний	39
Глава III. Клиническая характеристика невротических расстройств	42
3.1. Общая клиническая симптоматика неврозов	42
3.2. Тревожные проявления при невротических расстройствах	44
3.3. Фобические расстройства	46
3.4. Обсессивно-компульсивные проявления	47
3.5. Истерические и соматоформные проявления	49
3.6. Астенические и депрессивные компоненты невротических состояний	51
3.7. Вегетативные и психосоматические нарушения при неврозах	52
3.8. Особенности течения, стадийности и прогноза невротических расстройств	54
Глава IV. Диагностика и дифференциальная диагностика невротических расстройств	57
4.1. Принципы клинико-психопатологической диагностики	57

4.2. Психологические и психодиагностические методы обследования	59
4.3. Критерии разграничения неврозов и психозов	61
4.4. Дифференциальная диагностика невротических и аффективных расстройств	64
4.5. Дифференциальная диагностика с психосоматическими и неврологическими заболеваниями	66
4.6. Проблемы раннего выявления невротических состояний	68
Глава V. Лечение и коррекция невротических расстройств	71
5.1. Основные принципы терапии неврозов	71
5.2. Психотерапия как ведущий метод лечения	73
5.3. Когнитивно-поведенческая терапия в коррекции невротических расстройств	75
5.4. Психодинамический и личностно-ориентированный подходы	77
5.5. Медикаментозная терапия: показания и ограничения	79
5.6. Комплексный подход к лечению и реабилитации	81
5.7. Профилактика рецидивов и поддерживающая терапия	83
Глава VI. Невротические расстройства в различных возрастных и социальных группах	86
6.1. Невротические расстройства у детей и подростков	86
6.2. Неврозы у лиц молодого и зрелого возраста	88
6.3. Особенности невротических расстройств у пожилых	90
6.4. Гендерные аспекты невротических состояний	92
6.5. Невротические расстройства у лиц с повышенной профессиональной и эмоциональной нагрузкой	94
6.6. Семейные и межличностные факторы в развитии неврозов	96
Глава VII. Социально-психологические последствия и профилактика невротических расстройств	99
7.1. Влияние невротических расстройств на качество жизни	100
7.2. Нарушение социальной адаптации и профессионального функционирования	101
7.3. Семейные последствия невротизации личности	102
7.4. Психогигиена и психопрофилактика	103
7.5. Роль образовательных и медицинских учреждений в профилактике невротических расстройств	105
7.6. Формирование стрессоустойчивости как направление профилактики	106

Заключение	109
Выводы	115
Практические рекомендации	119

ГЛОССАРИЙ

АД — артериальное давление

АПФ — астено-психический фон

ВНС — вегетативная нервная система

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения

ГАМК — гамма-аминомасляная кислота

ДПНС — дисфункция периферической нервной системы

КПТ — когнитивно-поведенческая терапия

КТ — компьютерная томография

ЛС — лекарственные средства

МКБ — Международная классификация болезней

МКБ-10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра

МКБ-11 — Международная классификация болезней 11-го пересмотра

МРТ — магнитно-резонансная томография

НС — нервная система

ОКР — обсессивно-компульсивное расстройство

ПНС — периферическая нервная система

ПТ — психотерапия

ПТСР — посттравматическое стрессовое расстройство

СИОЗС — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

СИОЗСН — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина

ССС — сердечно-сосудистая система

ТДР — тревожно-депрессивное расстройство

ЦНС — центральная нервная система

ЧСС — частота сердечных сокращений

ЭКГ — электрокардиография

ЭЭГ — электроэнцефалография

ВВЕДЕНИЕ

Проблематика невроза и невротических расстройств на протяжении длительного времени занимает одно из центральных мест в клинической медицине, психиатрии, неврологии, медицинской психологии и психотерапии. Это обусловлено не только высокой распространенностью указанных состояний, но и их выраженным влиянием на качество жизни человека, его социальное функционирование, профессиональную реализацию, межличностные отношения, адаптационные ресурсы и общее психосоматическое благополучие. В условиях возрастающей интенсивности социальной жизни, хронической информационной перегрузки, нестабильности экономических и культурных процессов, трансформации привычных форм общения, труда и отдыха невротические расстройства приобретают особую значимость как форма дезадаптации личности, возникающая на стыке биологических, психологических и социальных факторов. Их изучение требует междисциплинарного подхода, способного учитывать сложную взаимосвязь нервно-психических, личностных, эмоциональных, когнитивных, поведенческих и соматовегетативных проявлений. Именно поэтому обращение к теме невроза и невротических расстройств в формате монографического исследования является не только своевременным, но и научно обоснованным.

Актуальность темы определяется целым рядом обстоятельств. Прежде всего, невротические расстройства относятся к числу наиболее распространенных форм психической дезадаптации, встречающихся в общей клинической практике, амбулаторной психиатрии, неврологии, психотерапевтической службе и соматической медицине. Значительная часть пациентов, обращающихся за медицинской помощью с жалобами на утомляемость, тревогу, нарушения сна, головные боли, сердцебиения, ощущение внутреннего напряжения, снижение работоспособности, эмоциональную неустойчивость, соматический дискомфорт, не всегда получают своевременную и адекватную квалификацию своего состояния. Это связано с тем, что невротические расстройства нередко маскируются под соматическую патологию, проявляются стерто, коморбидно или длительно протекают в субклинической форме. В результате пациенты годами наблюдаются у врачей различных специальностей, проходят многочисленные обследования, получают симптоматическое лечение, но сохраняют внутреннюю психическую дезорганизацию, лежащую в основе клинической картины. Следовательно, актуальность темы связана с необходимостью углубленного анализа механизмов формирования невротических состояний, их клинических вариантов, диагностических критериев и принципов комплексной помощи.

Не менее важным аспектом актуальности является изменение социального контекста, в котором формируется современная невротизация личности. Ускорение темпа жизни, хронический стресс, рост профессиональных перегрузок, нестабильность жизненных перспектив,

усиливающаяся конкуренция, нарушение баланса между личной и трудовой сферами, эмоциональная фрагментация общения и постоянное присутствие информационного давления создают условия для длительного перенапряжения регуляторных систем организма. В этих условиях повышается риск развития тревожных, фобических, обсессивно-компульсивных, соматоформных, астенических и смешанных невротических проявлений. Особую значимость приобретают также семейные конфликты, дефицит эмоциональной поддержки, детские психотравмы, нарушения воспитания, внутриличностные конфликты, неадекватные копинг-стратегии и снижение устойчивости к стрессу. Все это делает проблему невротических расстройств не только медицинской, но и широкой социальной, психологической и культурной проблемой.

Актуальность рассматриваемой темы усиливается и тем обстоятельством, что в современной науке и практике продолжается дискуссия относительно самого понятия «невроз». Исторически данный термин играл важную роль в клинической классификации пограничных психических состояний, однако в современных международных диагностических системах он постепенно утратил прежнюю нозологическую самостоятельность и был частично вытеснен более дифференцированными категориями, такими как тревожные расстройства, обсессивно-компульсивные расстройства, расстройства, связанные со стрессом, соматоформные и диссоциативные расстройства. Несмотря на это, понятие невроза сохраняет значительную эвристическую ценность в клиническом, психологическом и психотерапевтическом дискурсе, поскольку позволяет рассматривать невротические расстройства не только как совокупность симптомов, но и как особую форму нарушения личностной адаптации, эмоциональной регуляции и переработки внутреннего конфликта. Следовательно, одной из актуальных задач является не только описание невротических расстройств в терминах современной классификации, но и осмысление категории невроза как историко-теоретического и клинико-психологического феномена.

Степень изученности проблемы позволяет утверждать, что тема невроза и невротических расстройств имеет богатую научную традицию и в то же время сохраняет значительный потенциал для дальнейших исследований. Формирование представлений о неврозах связано с именами многих выдающихся ученых, представляющих различные школы и направления. В отечественной и зарубежной медицине были разработаны клинические, патофизиологические, психодинамические, поведенческие, когнитивные, экзистенциальные и интегративные модели невротических расстройств. Существенный вклад в понимание природы неврозов внесли исследования, посвященные роли высшей нервной деятельности, психотравмы, личностных конфликтов, механизмов психологической защиты, особенностей темперамента, характера, воспитания и социальной среды. Значительное место в изучении невротических расстройств занимают работы, раскрывающие взаимосвязь между эмоциональными нарушениями и

соматовегетативными проявлениями, а также исследования психосоматических механизмов и стресс-реактивности.

При этом необходимо отметить, что степень изученности проблемы не означает ее окончательной теоретической исчерпанности. Напротив, накопление эмпирических данных и развитие новых исследовательских подходов выявили сложность и многомерность рассматриваемого феномена. Современные исследования показывают, что невротические расстройства нельзя свести ни исключительно к биологической дисфункции, ни только к психогенной реакции, ни лишь к результату неблагоприятной социальной ситуации. Они формируются как результат сложного взаимодействия конституциональных особенностей личности, нейробиологических предпосылок, опыта раннего развития, характера пережитых психотравмирующих событий, уровня субъективной значимости стрессоров, способов эмоциональной переработки конфликта и доступности поддерживающих ресурсов. В этом смысле проблема невротических расстройств находится на пересечении нескольких наук и требует постоянного обновления понятийного аппарата.

Существенная степень изученности проблемы касается клинической дифференциации невротических состояний. Достаточно подробно описаны тревожные, астенические, фобические, обсессивные, истерические, ипохондрические и соматоформные варианты невротических расстройств, выявлены их типичные и атипичные проявления, возрастные особенности, механизмы хронизации, коморбидные связи с депрессивными, личностными и психосоматическими нарушениями. Вместе с тем сохраняются трудности диагностики, обусловленные высокой вариативностью симптомов, межсиндромальными переходами, выраженной зависимостью клинической картины от индивидуально-личностного профиля и социальной ситуации развития. Кроме того, современные формы невротических расстройств часто протекают в условиях изменившейся культуры переживания, когда субъективное страдание выражается не столько в классических клинических формах, сколько в переживании хронической усталости, неопределенной тревоги, эмоционального выгорания, снижении концентрации, нарушениях сна, расстройствах пищевого поведения, навязчивом контроле собственного состояния и повышенной телесной настороженности. Это требует нового взгляда на традиционные категории и их соотнесения с реалиями современной клинической практики.

Значительный пласт научных работ посвящен вопросам терапии и профилактики невротических расстройств. В настоящее время разработаны различные психотерапевтические подходы, доказавшие свою эффективность в работе с тревожными и другими невротическими состояниями. Широко используются когнитивно-поведенческая психотерапия, психодинамические методы, рациональная психотерапия, семейное консультирование, методы релаксации, стресс-менеджмента, психообразования, телесно-ориентированные и интегративные практики. Медикаментозная коррекция также занимает важное место, однако современная наука все более ясно

подчеркивает, что устойчивый результат возможен преимущественно при комплексном воздействии, направленном не только на уменьшение симптомов, но и на изменение патогенных установок, способов эмоционального реагирования и неадаптивных моделей поведения. Несмотря на это, проблема индивидуализации помощи, учета возрастных, гендерных, культурных и личностных факторов в терапии невротических расстройств остается недостаточно разработанной. Следовательно, степень изученности темы сочетается с необходимостью ее дальнейшего системного осмысления.

Цель монографии состоит в комплексном теоретико-клиническом и методологическом осмыслении феномена невроза и невротических расстройств, раскрытии их сущностных характеристик, этиопатогенетических механизмов, клинических форм, диагностических подходов, принципов терапии и профилактики, а также определении их места в структуре современных представлений о психическом здоровье и нарушениях адаптации личности. Достижение указанной цели предполагает интеграцию классических и современных научных подходов, анализ понятийно-категориального аппарата, сопоставление различных исследовательских традиций и обобщение данных, имеющих значение для науки и практики.

Поставленная цель конкретизируется в ряде задач монографии. Прежде всего, необходимо проанализировать историческую эволюцию понятия невроза, проследить основные этапы формирования научных представлений о невротических расстройствах и выявить специфику различных теоретических школ в интерпретации данного феномена. Далее требуется уточнить место невротических расстройств в современной системе психических и пограничных нарушений, рассмотреть существующие классификационные подходы и определить те клинические категории, которые в наибольшей степени соотносятся с традиционным понятием невроза. Существенной задачей является раскрытие этиологических факторов и патогенетических механизмов невротических расстройств, включая биологические, психологические, личностные, семейные и социальные детерминанты. Особое внимание должно быть уделено анализу роли психотравмы, стресса, хронического внутреннего конфликта, особенностей копинг-поведения и эмоциональной регуляции.

В числе задач монографии также находится характеристика основных клинических форм невротических расстройств, выявление их ведущих симптомокомплексов, особенностей течения, возрастных и гендерных различий, а также факторов, способствующих хронизации и рецидивированию. Важной задачей является рассмотрение диагностических подходов и принципов дифференциальной диагностики, позволяющих отличать невротические расстройства от психотических, аффективных, неврологических и соматических заболеваний. Монография призвана также обобщить современные данные о методах лечения, психотерапевтической коррекции и профилактики, определить роль мультидисциплинарного подхода в оказании помощи пациентам с невротическими расстройствами, а также выявить перспективные направления дальнейших исследований в данной

области. Наконец, одной из задач является демонстрация того, что проблема невротических расстройств не сводится к сугубо клиническому описанию симптомов, а требует анализа личности больного, его жизненного пути, системы отношений, способов переживания и адаптации.

Объектом исследования в монографии выступают невроз и невротические расстройства как сложный междисциплинарный феномен, проявляющийся в сфере психической деятельности, эмоциональной регуляции, поведенческих реакций и психосоматических механизмов человека. Объект исследования включает совокупность научных представлений, клинических наблюдений, диагностических моделей и терапевтических подходов, связанных с изучением данных состояний. В таком понимании объект охватывает как исторически сложившиеся трактовки невроза, так и современные формы невротических расстройств, рассматриваемые в медицинской, психологической и социальной перспективах.

Предметом исследования являются закономерности возникновения, развития, клинического проявления, диагностики, лечения и профилактики невротических расстройств, а также теоретические основания их понимания в системе современных научных знаний. Предмет исследования сосредоточен на тех существенных характеристиках, которые позволяют выявить специфику невротических состояний как особой формы психической дезадаптации. К ним относятся этиопатогенетические механизмы, структура симптомообразования, взаимосвязь внутреннего конфликта и внешнего стрессора, роль личности в формировании и переживании симптомов, особенности соматовегетативного сопровождения, критерии дифференциальной диагностики и принципы психотерапевтической и комплексной коррекции.

Теоретическая значимость монографии определяется тем, что в ней предпринимается попытка систематизации и интеграции разнородных научных подходов к изучению невроза и невротических расстройств. В условиях, когда в различных дисциплинах используются неодинаковые понятийные рамки, важным представляется создание целостного аналитического поля, позволяющего рассматривать невротические расстройства одновременно как клинический синдромокомплекс, как результат нарушения адаптационных механизмов и как отражение сложного взаимодействия личности и среды. Теоретическая значимость работы состоит также в уточнении содержания категории «невроз», в выявлении преемственности и различий между классическими нозологическими представлениями и современными диагностическими концепциями. Монография способствует углублению научного понимания того, каким образом тревога, внутренний конфликт, эмоциональное напряжение, психологические защиты и особенности личностной организации формируют различные формы невротической симптоматики.

Кроме того, теоретическая значимость исследования выражается в раскрытии междисциплинарного характера проблемы. Рассмотрение

невротических расстройств только в рамках одной научной парадигмы неизбежно ведет к упрощению предмета исследования. В данной монографии подчеркивается необходимость синтеза данных клинической психиатрии, неврологии, медицинской психологии, психотерапии, психофизиологии и социальной медицины. Такой подход дает возможность перейти от фрагментарного описания отдельных симптомов к целостному пониманию невротического расстройства как системного нарушения эмоционально-личностной регуляции. Теоретическая ценность монографии состоит и в том, что она позволяет рассматривать невротические расстройства не как статичное состояние, а как процесс, включающий предпосылки, пусковые факторы, динамику развития, механизмы закрепления и возможные пути преодоления.

Практическая значимость монографии заключается в возможности использования ее положений в клинической, образовательной и научно-исследовательской деятельности. Представленные в работе теоретические обобщения и клинические характеристики могут быть полезны врачам-психиатрам, психотерапевтам, неврологам, медицинским психологам, врачам общей практики, преподавателям медицинских и психологических дисциплин, а также специалистам, занятым в системе психопрофилактики и реабилитации. Практическая ценность работы определяется тем, что она способствует более точному распознаванию невротических расстройств, предупреждению гипердиагностики соматических заболеваний при психогенных нарушениях, своевременному направлению пациентов на соответствующую помощь и формированию индивидуализированного подхода к терапии.

Практическая значимость монографии проявляется также в том, что систематизация клинических признаков и факторов риска невротических расстройств позволяет использовать полученные обобщения для совершенствования диагностических алгоритмов, разработки программ психообразования, профилактики стресс-индуцированных нарушений, повышения психологической грамотности пациентов и их семей. Материалы монографии могут служить основой для создания учебных курсов, методических пособий, программ повышения квалификации, а также для подготовки специалистов, работающих на стыке медицины и психологии. В более широком смысле практическая значимость исследования связана с повышением качества оказания помощи лицам, страдающим невротическими расстройствами, а значит — с улучшением показателей социальной адаптации, снижением риска хронизации состояния, сокращением неоправданных медицинских вмешательств и уменьшением бремени психоэмоциональных нарушений в обществе.

Методологические основы исследования определяются характером поставленной цели, многоуровневой природой изучаемого объекта и необходимостью сочетания различных подходов к анализу проблемы. Методологическую базу монографии составляет системный подход, позволяющий рассматривать невроз и невротические расстройства как целостное образование, включающее взаимосвязанные биологические,

психологические и социальные компоненты. В рамках системного подхода невротическое расстройство понимается не как сумма отдельных симптомов, а как интегральное нарушение адаптации, затрагивающее эмоциональную сферу, когнитивные процессы, мотивационно-ценностную структуру личности, поведение и соматовегетативную регуляцию. Такой подход дает возможность проследить, каким образом различные факторы объединяются в единую патогенетическую и клиническую картину.

Важное место в методологической структуре исследования занимает биопсихосоциальный подход, ориентированный на признание многофакторной природы невротических расстройств. Данный подход исходит из того, что формирование симптоматики обусловлено взаимодействием наследственно-конституциональных особенностей, нейрофизиологических механизмов, личностных характеристик, семейного воспитания, культурной среды, социальной роли, жизненных событий и субъективного опыта. Биопсихосоциальная модель позволяет преодолеть редукционизм и избежать одностороннего объяснения невротических расстройств исключительно биологическими или психогенными причинами. Она же обосновывает необходимость комплексной терапии, сочетающей психотерапевтические, психообразовательные, социально-реабилитационные и при необходимости медикаментозные меры.

Методологически значимым является и клинико-психопатологический подход, позволяющий анализировать структуру симптомов, синдромообразование, динамику состояния, особенности течения и дифференциально-диагностические признаки. Именно этот подход обеспечивает связь между теоретическими моделями и реальной клинической практикой. Наряду с ним используется клинико-психологический подход, ориентированный на исследование личности, эмоциональной регуляции, способов переработки стресса, внутренних конфликтов, самооценки, механизмов психологической защиты и копинг-стратегий. Он особенно важен для понимания субъективного содержания симптомов, их символического значения и индивидуального смысла для пациента. Применение сравнительно-исторического подхода позволяет проследить эволюцию научных взглядов на невроз, выявить преемственность и изменения в понятийном аппарате, а также оценить вклад различных научных школ в разработку проблемы. Теоретический анализ, обобщение научной литературы, сравнительный и интерпретативный методы используются для систематизации существующих данных и построения целостной концептуальной схемы исследования.

Следует подчеркнуть, что методологические основы монографии включают принцип научной объективности, требующий учета различных исследовательских позиций без их упрощенного противопоставления. В работе принимается во внимание, что понятие невроза в разных школах может трактоваться по-разному: как нозологическая единица, как уровень расстройства, как тип реагирования, как форма внутреннего конфликта, как вариант психогенной дезадаптации. Вместо искусственного сведения этих трактовок к одной модели предпринимается попытка их сопоставления и

выявления аналитического потенциала каждой из них. В качестве методологически значимого принципа выступает также принцип целостности личности, в соответствии с которым симптом не рассматривается изолированно от личностной структуры, жизненной истории, системы отношений и конкретной социальной ситуации. Такой принцип особенно важен в исследовании невротических расстройств, поскольку именно они наиболее ярко демонстрируют связь между личностным содержанием переживаний и клинической формой их выражения.

Необходимость разработки данной монографии связана и с тем, что в реальной практике нередко сохраняется разрыв между академическим знанием и повседневной клинической деятельностью. С одной стороны, существует значительный массив теоретических работ, описывающих происхождение, механизмы и формы невротических расстройств. С другой стороны, специалисты сталкиваются с конкретными пациентами, у которых клиническая картина часто не укладывается в строгие схемы, характеризуется смешанностью симптомов, сочетанием тревожных, астенических, соматоформных и депрессивных проявлений, а также выраженной зависимостью от семейного и профессионального контекста. Введение к данной монографии исходит из необходимости преодоления указанного разрыва через создание систематизированного, концептуально ясного и клинически ориентированного анализа проблемы. Такой анализ должен быть полезен не только для научного сообщества, но и для практикующих специалистов, нуждающихся в целостной модели понимания невротических расстройств.

Особого внимания заслуживает вопрос о месте невротических расстройств в общей структуре нарушений психического здоровья. С одной стороны, эти состояния не приводят к грубому распаду личности, тяжелым нарушениям критики и глубокому искажению реальности, что отличает их от психотических расстройств. С другой стороны, их нельзя считать поверхностными или малозначимыми, поскольку именно невротические расстройства часто становятся причиной длительного страдания, снижения качества жизни, ограничений профессиональной активности, нарушения семейных отношений и вторичной соматизации. Для многих пациентов эти состояния носят затяжной характер и приводят к формированию устойчивого паттерна избегания, неуверенности, тревожного самоконтроля, эмоционального истощения и ощущения внутренней несвободы. В этом смысле невротические расстройства представляют собой значимую медико-социальную проблему, выходящую далеко за пределы узкоспециализированной психиатрической тематики.

Структура монографии подчинена логике раскрытия заявленной проблемы и отражает стремление последовательно перейти от теоретического осмысления феномена к его клиническому и практическому анализу. Монография состоит из введения, семи глав, заключения, списка использованной литературы и приложений. Во введении обосновываются актуальность темы, степень изученности проблемы, формулируются цель и

задачи монографии, определяются объект и предмет исследования, раскрываются теоретическая и практическая значимость работы, ее методологические основы и общая структура. Первая глава посвящена теоретико-методологическим основам изучения невроза и невротических расстройств, включая историю формирования понятия, эволюцию научных подходов и современное понимание места данных состояний в системе психических нарушений. Во второй главе рассматриваются этиологические факторы и патогенетические механизмы, участвующие в возникновении невротических расстройств. Третья глава содержит анализ клинических проявлений, основных форм и вариантов течения невротических состояний. В четвертой главе раскрываются вопросы диагностики и дифференциальной диагностики. Пятая глава посвящена современным подходам к лечению, психотерапии, реабилитации и профилактике рецидивов. В шестой главе анализируются особенности невротических расстройств в различных возрастных, гендерных и социальных группах. Седьмая глава рассматривает социально-психологические последствия невротизации и возможности психогигиенической и профилактической работы. В заключении представлены основные выводы и обобщения, вытекающие из проведенного анализа.

Таким образом, введение к монографии задает концептуальные рамки последующего исследования и определяет его научную направленность. Рассмотрение невроза и невротических расстройств как многофакторного и многомерного феномена позволяет избежать упрощенных интерпретаций и выстроить целостное представление о данных состояниях. Современная значимость проблемы, ее междисциплинарный характер, высокая распространенность, клиническая вариативность и выраженное влияние на качество жизни человека обуславливают необходимость глубокого научного анализа, объединяющего достижения классической и современной науки. Именно в этом состоит исследовательский замысел настоящей монографии, ориентированной на систематизацию знаний о неврозе и невротических расстройствах, уточнение их места в структуре психопатологии, раскрытие механизмов их формирования и определение путей эффективной диагностики, терапии и профилактики.

Глава I. Теоретико-методологические основы изучения невроза и невротических расстройств

1.1. История изучения неврозов в отечественной и зарубежной науке

История изучения невроза представляет собой историю постепенного перехода от преимущественно неврологического и натурфилософского понимания «нервной болезни» к клинко-психологическому, психиатрическому и, наконец, к современному биопсихосоциальному осмыслению невротических расстройств. Сам термин *neurosis* был введён шотландским врачом Уильямом Калленом и впервые появился в его *Synopsis Nosologiae Methodicae* 1769 года, а затем в *First Lines of the Practice of Physick* 1777 года. В первоначальном употреблении он обозначал весьма широкий круг «нервных болезней», то есть состояний, объяснявшихся нарушением функции нервной системы, а не локальным анатомическим повреждением. Уже в этом раннем значении термина содержалась чрезвычайно важная методологическая интуиция: существует большая группа страданий, в которых клиническая симптоматика несоразмерна обнаруживаемым органическим изменениям и потому требует особого языка описания. Позднее именно эта интуиция позволит отделить функциональные, психогенные и личностно обусловленные нарушения от грубой органической патологии. (Cambridge University Press & Assessment)

В XIX веке понятие невроза начинает быстро усложняться и наполняться новым содержанием. Французская и немецкая клинические школы, а затем и зарождающаяся психопатология стали связывать нервные страдания не только с «общим поражением нервной системы», но и с расстройствами аффекта, воли, внимания, памяти, символизации телесных симптомов и внутренней психической переработки травмирующего опыта. Именно в этот период в центре внимания оказываются истерия, навязчивые состояния, фобии, ипохондрические переживания, астенические и тревожные синдромы. Работы, посвящённые истерии и обсессивным состояниям, сыграли особенно важную роль: они показали, что целый ряд страданий невозможно адекватно объяснить только соматической логикой, поскольку симптом формируется как своеобразный психический ответ на внутренний конфликт, травматическое переживание или диссоциацию психических функций. Французская традиция, связанная с Шарко и Пьером Жане, а затем психоаналитическая линия З. Фрейда обозначили решающий поворот: невроз стал рассматриваться как область, где телесное, эмоциональное и символическое переплетены особенно тесно. (Encyclopedia Britannica)

Особое значение для истории неврозов имело становление психодинамического подхода. Если в ранней медицине невроз был преимущественно «нервной» болезнью, то в психоаналитической традиции он стал пониматься как выражение интрапсихического конфликта, прежде всего конфликта между влечениями, защитами, запретами и вытесненными переживаниями. Согласно этой линии, симптом невроза — не случайный и не хаотический феномен, а компромиссное образование, имеющее

психологический смысл. Благодаря такому подходу категория невроза приобрела объяснительную глубину: она стала обозначать не просто совокупность жалоб, а определённый тип психического функционирования, при котором тревога, внутреннее напряжение и патологически закреплённые способы защиты формируют устойчивые синдромы. Наряду с этим в психологии и психиатрии постепенно накапливались и альтернативные интерпретации: поведенческая школа трактовала невротические симптомы как неадаптивно выученные реакции на стресс, а когнитивная — как следствие устойчивых искажений переработки информации, катастрофизации и дисфункциональных убеждений. ([Encyclopedia Britannica](#))

Следующий крупный исторический этап связан с травматическими неврозами и военными конфликтами. Уже до середины XX века в медицинской литературе существовали обозначения «солдатское сердце», «shell shock», «военный невроз», отражавшие тот факт, что экстремальный стресс способен вызывать стойкие психические и соматовегетативные последствия. Исторически важно, что именно изучение боевой психотравмы показало ограниченность прежних представлений, сводивших невроз исключительно к конституции личности или к индивидуальному моральному дефекту. Постепенно стало ясно, что травма способна порождать целые кластеры симптомов — тревогу, повторные переживания, избегание, гипервозбуждение, диссоциативные феномены, — которые позднее будут систематизированы уже не как «военный невроз», а как посттравматическое стрессовое расстройство. Появление PTSD в DSM-III в 1980 году стало в этом смысле не просто нозологическим новшеством, а итогом долгой эволюции самой идеи травматического невроза. ([PubMed](#))

В отечественной науке история изучения неврозов развивалась в тесной связи с неврологией, физиологией высшей нервной деятельности, психиатрией, гипнологией и психотерапией. Значительный вклад в формирование научной базы внесли В.М. Бехтерев и И.П. Павлов. Современные историко-научные обзоры подчёркивают, что их работы повлияли не только на развитие гипноза и психотерапии в России, но и на более широкое понимание соотношения корковых процессов, внушения, рефлексов, эмоциональных нарушений и человеческого поведения. Особенно важен вклад павловской школы в разработку идеи «экспериментального невроза»: исследования на животных были использованы как модель для понимания срывов адаптации и нарушений высшей нервной деятельности при перегрузке, конфликте возбуждения и торможения, а также для последующего развития поведенческих и клинико-психологических подходов. ([RCSI Journals Platform](#))

Если физиологическая и рефлексологическая линии подчёркивали роль высшей нервной деятельности, то отечественная клиническая психология и психотерапия сделали решающий шаг к персонологическому пониманию невроза. Здесь центральное место занимает концепция В.Н. Мясищева. Современные исследования его наследия показывают, что именно теория личности как системы отношений стала методологической основой для

патогенетической концепции неврозов в ленинградской школе. Мясищев рассматривал невроз как расстройство психогенного происхождения, возникающее вследствие неудачного, иррационального и непродуктивного разрешения противоречия между личностью и значимой для неё действительностью. В этом подходе невроз описывается не как локальный симптом или просто функциональный срыв, а как расстройство личности в сфере её жизненно значимых отношений, сопровождающееся психической и физиологической дезорганизацией. Существенно и то, что именно эта линия была далее развита Б.Д. Карвасарским и его школой, благодаря чему отечественная психотерапия получила не только теоретическую, но и клинически апробированную модель понимания и лечения невротических расстройств. (psyjournalras.ru)

Тем самым история изучения неврозов демонстрирует не линейное движение от «ошибочных» концепций к «правильным», а постепенное накопление различных объяснительных моделей. Невроз последовательно понимался как нервная болезнь, как функциональное страдание без грубого органического субстрата, как психогенное расстройство, как следствие внутреннего конфликта, как нарушение отношений личности, как стресс-индуцированное расстройство адаптации и, наконец, как часть более широкого спектра не-психотических нарушений, которые в современных классификациях распределены между несколькими диагностическими блоками. Исторический путь понятия показывает, что невроз был и остаётся важнейшим узлом пересечения медицины, психологии, психиатрии, психотерапии и социальной антропологии. ([Cambridge University Press & Assessment](#))

1.2. Эволюция понятия «невроз» в медицине, психологии и психиатрии

Эволюция понятия «невроз» особенно показательна для истории всей психопатологии, поскольку отражает смену не только терминов, но и самих научных оснований, на которых строилось понимание душевного страдания. В медицине XVIII–XIX веков невроз обозначал прежде всего заболевания нервной системы в широком смысле, то есть такие нарушения чувствительности и движения, для которых ещё не существовало чёткой морфологической локализации. Однако по мере развития клинической психиатрии и психологии стало очевидно, что значительная часть расстройств, традиционно относимых к неврозам, не может быть адекватно истолкована только через язык нервной дисфункции. На первый план стали выходить тревога, подавленность, навязчивые мысли, символические телесные симптомы, внутренние конфликты и травматические переживания. Поэтому к термину добавилось представление о психическом, эмоциональном и личностном опосредовании страдания. ([Cambridge University Press & Assessment](#))

В психиатрии рубежа XIX–XX веков понятие невроза постепенно превращается в обозначение особого круга расстройств, для которых

характерны сохранность связи с реальностью, отсутствие грубого распада личности и в то же время значительное субъективное страдание. Именно эта промежуточная позиция — между нормой и тяжёлыми психозами — сделала понятие невроза чрезвычайно удобным и клинически ёмким. Оно позволяло объединять широкий спектр состояний: тревожные, фобические, истерические, навязчивые, астенические, ипохондрические и соматизированные формы страдания. В этой логике невроз рассматривался не как один диагноз, а как целый класс нарушений, объединённых общим уровнем психопатологической организации. В то же время такая широта делала понятие неоднозначным: чем больше феноменов подводилось под категорию невроза, тем менее точной становилась его нозологическая граница. (Encyclopedia Britannica)

В психологической и психоаналитической традиции понятие невроза приобрело ещё более глубокую интерпретативную нагрузку. Для психоанализа невроз стал выражением интрапсихического конфликта, а его симптомы — компромиссными образованиями, возникающими между вытесненными импульсами и защитными механизмами. Тревога при этом понималась не только как симптом, но и как центральный регулятор патологического процесса. Такая трактовка долгое время определяла не только теорию, но и психотерапевтическую практику: невротическое расстройство требовало не просто устранения внешних проявлений, а раскрытия скрытого конфликта и перестройки неадаптивных способов защиты. Однако поведенческая и когнитивная психология предложили иные акценты: они сместили внимание на выученные реакции, избегание, катастрофизацию, иррациональные убеждения и искажённые схемы оценки угрозы. В результате понятие невроза оказалось внутренне полифоничным: в нём сосуществовали и патодинамика конфликта, и дезадаптивное научение, и нарушения когнитивной переработки, и личностная уязвимость. (Encyclopedia Britannica)

Серьёзная трансформация понятия произошла в эпоху стандартизированных диагностических систем. История DSM особенно показательна. В ранних версиях американской классификации психодинамический язык оставался влиятельным, а категория неврозов была широко представлена. Но с выходом DSM-III в 1980 году произошёл принципиальный поворот к более описательному, операционализованному и, по замыслу разработчиков, более надёжному диагностическому подходу. Как показывает исторический анализ DSM, именно в DSM-III психодинамический термин «neurosis» был официально устранён из центральной номенклатуры, хотя под давлением профессиональных дискуссий в отдельных местах временно сохранялись родственные формулировки вроде «neurotic disorder». Одновременно прежние широкие категории были расщеплены на более узкие и формализованные диагностические единицы — фобические расстройства, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство и др. (РМС)

Эволюция в системе ICD развивалась несколько иначе и потому особенно важна для сравнительного понимания проблемы. В ICD-10 сохранялся крупный блок F40–F48, прямо обозначенный как «neurotic, stress-related and somatoform disorders», то есть международная классификация ещё удерживала исторический зонтичный термин на уровне рубрики. Однако при переходе к ICD-11 этот блок был перераспределён: те расстройства, которые раньше мыслились как «невротические», оказались разведены по нескольким самостоятельным группам, включая тревожные и страховые расстройства, обсессивно-компульсивные и родственные расстройства, расстройства, специально связанные со стрессом, диссоциативные расстройства и телесно-дистрессовые расстройства. Сам факт такой реорганизации свидетельствует: современная международная нозология предпочитает не общий термин «невроз», а более точные описательные категории, различающиеся по ведущей симптоматике и предполагаемым механизмам. (icdcdn.who.int)

Следовательно, понятие невроза претерпело как минимум три больших смысловых сдвига. Во-первых, оно переместилось из сферы «болезней нервов» в сферу психических и поведенческих нарушений. Во-вторых, оно прошло путь от широкой этиопатогенетической идеи к более узким клинко-описательным категориям. В-третьих, оно перестало быть центральной официальной диагностической единицей, но сохранило жизнь в теоретической, учебной и психотерапевтической литературе как удобное обозначение особого уровня расстройств — не-психотических, эмоционально насыщенных, тесно связанных с личностью, стрессом и нарушением адаптации. Именно поэтому термин одновременно считается устаревшим в формально-диагностическом смысле и сохраняет значимость в клинко-психологическом и историко-методологическом отношении. (dictionary.apa.org)

Отдельного внимания требует различие понятий «невроз» и «нейротизм». Современная психология использует термин *neuroticism* для обозначения личностной черты, связанной с повышенной эмоциональной реактивностью, частым переживанием негативного аффекта и восприятием мира как более угрожающего и небезопасного. Это понятие не тождественно неврозу как клиническому расстройству, хотя высокая негативная аффективность действительно может выступать фактором уязвимости к тревожным и иным расстройствам невротического спектра. Смешение этих терминов нередко порождает методологические ошибки: клиническое расстройство подменяется личностной предрасположенностью, а личностная черта — диагностической единицей. Для точного научного анализа принципиально важно различать эти уровни описания. (PubMed)

Тем самым эволюция понятия «невроз» показывает, что современная наука не столько «отменила» невроз, сколько перераспределила его содержание. То, что раньше описывалось единым словом, сегодня представлено как совокупность более дифференцированных расстройств и одновременно как спектр общих механизмов: тревоги, стресс-реактивности, дисфункциональной защиты, нарушенной регуляции эмоций, избегания,

соматизации и патогенных отношений личности с собой и миром. Поэтому для монографического исследования продуктивно рассматривать понятие невроза в двойной перспективе: как исторически важную категорию и как теоретический интегратор целого ряда современных диагнозов. (Всемирная организация здравоохранения)

1.3. Современные подходы к определению невротических расстройств

Современные подходы к определению невротических расстройств характеризуются отходом от единой «большой» категории невроза и переходом к нескольким взаимодополняющим стратегиям описания. Первая из них — нозологическая, или дескриптивно-диагностическая, закреплённая в ICD-11 и DSM. В рамках этой стратегии клиническая реальность расчленяется на отдельные диагностические классы, каждый из которых имеет собственные критерии, пороги тяжести, правила дифференциальной диагностики и клинические описания. Такой подход направлен на повышение надёжности диагностики, унификацию исследований и сопоставимость клинических данных в международной практике. Показательно, что WHO прямо характеризует ICD-11 CDDR как комплексное диагностическое руководство, основанное на обзорах актуальных научных данных, лучшей клинической практике и многоэтапной мультидисциплинарной разработке с участием экспертов и клиницистов разных стран. (Всемирная организация здравоохранения)

Вторая стратегия — синдромально-феноменологическая. Она исходит из того, что в клинике на первый план выходит не абстрактная нозологическая принадлежность, а ведущий синдром: тревожный, фобический, панический, обсессивно-компульсивный, диссоциативный, соматоформный, астенический, адаптационный и т.д. Для современной практики особенно важно, что многие пациенты предъявляют смешанную картину, в которой сочетаются тревога, избегание, соматические жалобы, деперсонализационные явления, бессонница, утомляемость и навязчивый самоконтроль. Поэтому ряд современных клинических школ считает целесообразным говорить не только о расстройствах как таковых, но и о «спектрах» либо «кластерах» симптоматики. Достоинство такого подхода состоит в его близости к реальной клинике, недостаток — в риске чрезмерной широты и расплывчатости границ. (Всемирная организация здравоохранения)

Третья стратегия — биопсихосоциальная. Она исходит из того, что расстройства невротического круга не объясняются одним-единственным фактором. Современные международные руководства описывают тревожные и родственные расстройства как состояния, характеризующиеся не только субъективным страхом и тревогой, но и связанными с ними нарушениями поведения, значительным дистрессом и/или ухудшением функционирования. В этом контексте существенны и наследственно-конституциональные особенности, и стрессовые события, и особенности детского опыта, и социальные условия, и когнитивные схемы, и привычные способы регуляции

аффекта. Биопсихосоциальная логика фактически стала общим фоном современной психиатрии и клинической психологии: вместо поиска «единственной причины» она ориентирует исследователя на анализ взаимосвязей между уязвимостью, стрессом, личностью и ситуацией. (Всемирная организация здравоохранения)

Особого внимания заслуживает современное определение тревожных расстройств как наиболее типичного ядра бывшего «невротического» поля. По данным ВОЗ, тревожные расстройства характеризуются чрезмерным страхом и тревогой, а также связанными с ними поведенческими нарушениями; выраженность симптомов должна быть достаточной, чтобы вызывать значительный дистресс или существенное нарушение функционирования. В этом определении важны сразу несколько моментов. Во-первых, акцент сделан не на гипотетическом происхождении симптома, а на его клиническом качестве и степени дезадаптации. Во-вторых, тревога понимается не как частное переживание, а как многоуровневый феномен, включающий аффективные, когнитивные, телесные и поведенческие компоненты. В-третьих, граница между нормальной реакцией и расстройством проводится не по факту наличия тревоги как таковой, а по её чрезмерности, стойкости и разрушительному влиянию на функционирование. (Всемирная организация здравоохранения)

Не менее показательным переосмыслением являются обсессивно-компульсивных феноменов. Современные официальные источники подчёркивают, что OCD определяется наличием неконтролируемых, повторяющихся и нежелательных мыслей, образов или побуждений, а также повторяющихся действий или ментальных ритуалов, к которым человек чувствует себя вынужденным. При этом принципиально важно, что в DSM-5 OCD вынесено из рубрики тревожных расстройств в отдельный класс *obsessive-compulsive and related disorders*. Это решение отражает важную методологическую тенденцию: хотя тревога в данных состояниях играет огромную роль, она уже не считается достаточным основанием для отнесения всего спектра навязчивостей к единой группе «тревожных неврозов». На первый план выходят специфические механизмы навязчивости, компульсивного нейтрализующего поведения, сомнений, контроля и паттернов повторения. (nimh.nih.gov)

Ещё одна современная линия — трансдиагностическая. Она не отвергает нозологию, но ищет общие механизмы, проходящие через разные диагнозы. В этой перспективе ключевыми становятся повышенная негативная аффективность, стресс-реактивность, склонность воспринимать мир как опасный, убеждённость в собственной неспособности справиться с угрозой, патологическое избегание, ригидность и хроническое внутреннее напряжение. Исследования, посвящённые происхождению нейротизма как темпераментной уязвимости, демонстрируют, что частый негативный аффект и повышенная чувствительность к угрозе могут лежать в основе широкого круга эмоциональных расстройств. Для невротических расстройств это особенно значимо, поскольку позволяет объяснить их коморбидность, переходы между синдромами и частые смешанные формы. (PubMed)

В отечественной клинической психологии и психотерапии сохраняет влияние и личностно-отношенческий подход, идущий от Мясищева. В отличие от сугубо симптоматических определений, он делает акцент на нарушении системы отношений личности, субъективной неразрешимости психотравмирующей ситуации и патологической фиксации переживаний. Такой подход особенно ценен там, где требуется понять внутренний смысл симптома, его связь с жизненной историей, межличностными конфликтами, самооценкой и системой значимых потребностей. Его нельзя механически противопоставлять современным международным системам: скорее, он дополняет их, предоставляя более глубокий клинико-психологический уровень анализа. В условиях, когда формальная диагностика и персонологическое понимание нередко расходятся, именно сочетание дескриптивного и личностного подходов представляется наиболее продуктивным. (psyjournalras.ru)

Таким образом, современное определение невротических расстройств должно быть многоуровневым. На уровне официальной нозологии это совокупность конкретных диагностических классов. На уровне синдромологии — круг эмоционально-стрессовых, навязчивых, диссоциативных и соматизированных нарушений. На уровне патогенеза — результат взаимодействия уязвимости, стресса, личности и способов регуляции аффекта. На уровне клинико-психологического смысла — форма неудачной адаптации, в которой внутренний конфликт, страх, дистресс и нарушение отношений с действительностью получают устойчивое симптоматическое выражение. Именно такое многомерное понимание и является методологически оправданным для современной монографии. (Всемирная организация здравоохранения)

1.4. Классификация невротических расстройств

Проблема классификации невротических расстройств является одной из наиболее сложных в психопатологии, поскольку она затрагивает одновременно исторический, диагностический и методологический уровни. С одной стороны, классическая психиатрия и психотерапия выработали устойчивый набор традиционных форм невроза — тревожного, истерического, обсессивного, фобического, ипохондрического, астенического, травматического. С другой стороны, современные официальные системы практически отказались от самого родового термина и распределили соответствующие состояния между несколькими разными блоками. Поэтому всякая современная классификация невротических расстройств неизбежно должна учитывать двойную оптику: историко-классическую и актуально-нозологическую. (Encyclopedia Britannica)

В традиционной клинической литературе неврозы группировались по доминирующему синдрому и ведущему механизму симптомообразования. Так, тревожный невроз описывал состояния хронического внутреннего напряжения и ожидания угрозы; фобический — патологически закреплённые

страхи конкретных объектов или ситуаций; обсессивный — навязчивые мысли, сомнения и ритуалы; истерический — конверсионные и диссоциативные проявления; ипохондрический — чрезмерную фиксацию на телесном состоянии и страхе болезни; астенический и неврастенический — истощаемость, раздражительную слабость, снижение переносимости нагрузок; травматический — последствия психотравмы. Ценность этой схемы заключалась в клинической наглядности: врач или психолог видел перед собой не абстрактный код, а преобладающий тип переживания и реагирования. Однако её недостатком было смешение синдромов, механизмов и предполагаемых причин в одном классификационном ряду. (Encyclopedia Britannica)

ICD-10 представляла собой промежуточную модель между классической и современной классификацией. В ней сохранялся единый блок F40–F48 «neurotic, stress-related and somatoform disorders», что институционально закрепляло идею о наличии общего поля нарушений невротического уровня. В то же время внутри этого поля уже проводилось разделение на подгруппы. Тем самым ICD-10 ещё сохраняла историческую память о единой категории невроза, но одновременно двигалась к большей дифференциации. В сравнительных материалах WHO по переходу от ICD-10 к ICD-11 прямо видно, что прежний раздел F40–F48 служил исходной структурой, из которой впоследствии были выделены самостоятельные современные блоки.

ICD-11 делает следующий шаг и фактически завершает отказ от зонтичного термина. В актуальной структуре WHO к историческому «невротическому полю» относятся прежде всего тревожные или страховые расстройства, обсессивно-компульсивные и родственные расстройства, расстройства, специально связанные со стрессом, диссоциативные расстройства, а также телесно-дистрессовые расстройства. Такая перестройка означает, что современная международная классификация предпочитает не искать единую «сущность невроза», а описывать разные паттерны психопатологии в соответствии с ведущей феноменологией. Методологически это очень важно: расстройства группируются не потому, что все они «невротические» по старому определению, а потому, что они имеют более близкие симптомы, динамику и клинические потребности.

Сходная логика прослеживается и в DSM-5, где бывшее поле неврозов разнесено по нескольким рубрикам: Anxiety Disorders, Obsessive-Compulsive and Related Disorders, Trauma- and Stressor-Related Disorders, Dissociative Disorders, Somatic Symptom and Related Disorders. Особенно показательно здесь выделение OCD из тревожной группы и оформление отдельного класса для стрессовых и травматических расстройств. Это демонстрирует, что современная классификация стремится сочетать клиническую точность с исследовательской полезностью: паническое расстройство, генерализованная тревога, посттравматическое расстройство, диссоциация и соматические симптомы больше не считаются вариантами одной большой «невротической болезни», хотя исторически они происходят из этой традиции.

Вместе с тем для монографического анализа недостаточно простого перечисления рубрик ICD-11 и DSM-5. Требуется рабочая классификационная схема, позволяющая сопоставлять историческую традицию и современную клинику. В этом отношении целесообразно использовать укрупнённую клинико-психологическую группировку невротических расстройств. К первой группе следует отнести тревожно-фобические расстройства, в которых ведущими являются страх, генерализованная тревога, панические эпизоды и патологическое избегание. Ко второй — обсессивно-компульсивные и родственные расстройства, где доминируют навязчивости, сомнения, ритуалы и потребность в контроле. К третьей — стресс-ассоциированные и адаптационные расстройства, возникающие в связи с острыми или хроническими психотравмирующими обстоятельствами. К четвёртой — диссоциативно-конверсионные формы, в которых психический конфликт находит выражение в нарушении интеграции психических функций или в функциональных телесных симптомах. К пятой — соматоформные и телесно-дистрессовые расстройства, характеризующиеся патологической фиксацией на телесном страдании и нарушенным переживанием телесности.

Данная схема, разумеется, не исключает наличия смешанных форм. Более того, именно смешанные формы часто преобладают в реальной клинике. У одного и того же пациента могут сосуществовать генерализованная тревога, навязчивый самоконтроль, деперсонализационные эпизоды, бессонница, мышечное напряжение, ипохондрическая настороженность и соматические жалобы. Поэтому классификация невротических расстройств должна быть не только таксономической, но и динамической. Она должна учитывать не только принадлежность к определённой рубрике, но и ведущий синдром в данный момент, личностный фон, психотравмирующую ситуацию, степень хронизации, наличие защитных и избегательных паттернов, а также выраженность социальной дезадаптации. Иначе классификация превращается из инструмента понимания в формальную схему, плохо отражающую клиническую реальность.

Ещё один принципиальный момент состоит в том, что любая классификация невротических расстройств неизбежно находится между категориальным и дименсиональным подходами. Категориальный подход необходим для постановки диагноза, организации помощи и научного учёта. Дименсиональный — для понимания степени выраженности тревоги, избегания, ригидности, соматизации, диссоциации и нарушений эмоциональной регуляции. Современная наука всё настойчивее показывает, что многие невротические расстройства объединены общими трансдиагностическими механизмами, прежде всего повышенной негативной аффективностью и стресс-чувствительностью. Отсюда следует, что классификация должна одновременно различать формы и видеть общие основания. Только в таком случае она сохраняет и диагностическую, и методологическую ценность.

Следовательно, классификация невротических расстройств сегодня не может строиться по принципу «либо классика, либо современные

классификации». Научно оправданной является интегративная позиция. Историко-классическая типология сохраняет свою клиническую наглядность и психотерапевтическую полезность, тогда как ICD-11 и DSM-5 обеспечивают международную сопоставимость, диагностическую точность и исследовательскую валидность. Поэтому в настоящей монографии классификация невротических расстройств понимается как многоуровневая система, в которой классические формы сопоставляются с современными диагностическими группами, а феноменологическое описание дополняется анализом механизмов и уровня адаптационных нарушений.

1.5. Место невротических расстройств в структуре психических и пограничных состояний

Вопрос о месте невротических расстройств в структуре психических нарушений является принципиальным, поскольку именно через него определяется их клинический статус, диагностическая тактика и общая теоретическая интерпретация. Исторически неврозы рассматривались как менее тяжёлые по сравнению с психозами формы психической патологии. Классическая литература подчёркивала, что при невротических расстройствах личность в целом остаётся относительно сохранной, связь с реальностью не утрачивается, а способность критически воспринимать собственное состояние, хотя и может быть ограничена тревогой или фиксацией на симптоме, всё же принципиально сохраняется. В противоположность этому психозы определялись через нарушения реального тестирования, бред, галлюцинации, грубые расстройства мышления и суждения. Именно поэтому понятие невроза долгое время играло роль обозначения не-психотического уровня психопатологии.

Однако считать невротические расстройства «лёгкими» было бы методологической ошибкой. Даже при сохранности контакта с реальностью они могут сопровождаться выраженным дистрессом, резким снижением работоспособности, социальной изоляцией, нарушением сна, хроническим телесным напряжением, избеганием, утратой чувства безопасности, патологической зависимостью от контроля и постоянной фиксацией на внутренних переживаниях. ВОЗ подчёркивает, что тревожные расстройства являются одними из самых распространённых психических расстройств в мире и что клиническая значимость определяется именно уровнем дистресса и нарушения функционирования. Следовательно, не-психотический характер невротических расстройств не должен приводить к их недооценке: по социальной цене и субъективной тяжести они нередко сопоставимы с более «тяжёлыми» категориями психопатологии.

В современных классификациях место бывшего «невротического поля» определяется не через один общий раздел, а через несколько групп внутри главы психических, поведенческих и нейроразвивающихся расстройств. Это означает, что невротические расстройства больше не образуют самостоятельную нозологическую надкатегорию, но продолжают

существовать как клиническая реальность в виде тревожных, обсессивно-компульсивных, стрессовых, диссоциативных и телесно-дистрессовых нарушений. Иными словами, их место в современной структуре психических расстройств — это место внутри большого не-психотического сегмента психопатологии, который граничит, с одной стороны, с нормальными реакциями на стресс и индивидуально-психологическими особенностями, а с другой — с более тяжёлыми аффективными, личностными и психотическими нарушениями.

Особую сложность представляет соотнесение невротических расстройств с понятием «пограничные состояния». В современной международной номенклатуре этот термин не является центральным классификационным узлом, однако в отечественной психиатрии и клинической психологии он имеет устойчивую традицию. Российские источники по пограничной психиатрии указывают, что невротические расстройства (неврозы) исторически обсуждались именно в рамках пограничных психических нарушений, вместе с вопросами их распространённости, классификации и патогенеза; в ряде отечественных трактовок сам невроз рассматривался не как строго обособленное заболевание, а как уровень или фаза нарушений психической деятельности. Такая позиция важна методологически, поскольку она подчеркивает континуальность психических расстройств и возможность переходных, смешанных, динамически изменчивых форм.

В этом контексте термин «пограничные» требует осторожности. Его не следует смешивать с конкретным диагнозом пограничного расстройства личности. В отечественной традиции он обозначал прежде всего промежуточный, не-психотический уровень нарушений, при котором ещё сохраняется критика и связь с реальностью, но уже имеются устойчивые и клинически значимые изменения эмоциональной регуляции, поведения, отношений и адаптации. Невротические расстройства занимают в этом поле центральное место, поскольку наиболее наглядно демонстрируют сочетание обратимости, психогенной обусловленности, личностной включённости и выраженной функциональной дезадаптации. Именно поэтому они традиционно рассматриваются как ядро пограничной психиатрии в широком, а не узкодиагностическом смысле.

В то же время границы между невротическими расстройствами и другими не-психотическими состояниями не являются абсолютно жёсткими. Уже классическая литература указывала, что некоторые состояния личности не укладываются ни в чистую категорию психозов, ни в категорию неврозов. Современная практика подтверждает эту мысль: эмоциональные расстройства, расстройства личности, функциональные неврологические симптомы, телесно-дистрессовые феномены и последствия стресса часто сосуществуют и образуют сложные перекрывающиеся конфигурации. Более того, исследователи границы психоз–невроз обращают внимание на её неполную непроницаемость и на то, что симптомы разных уровней психопатологии могут сосуществовать, особенно при мультиморбидности. Это не отменяет

различий между невротическим и психотическим уровнями, но требует видеть между ними не стену, а сложный клинический ландшафт переходов и пересечений.

С практической точки зрения место невротических расстройств в структуре психических нарушений определяется ещё и их отношением к общесоматической медицине. Именно состояния невротического круга чаще всего оказываются в поле зрения врачей общей практики, терапевтов, неврологов, кардиологов, гастроэнтерологов и других специалистов, потому что субъективное страдание нередко предъясняется в виде соматических жалоб, вегетативных кризов, бессонницы, болевых синдромов, ощущения усталости и функциональных телесных расстройств. Поэтому невротические расстройства занимают особое промежуточное положение не только внутри психиатрии, но и на границе между психиатрической, психологической и соматической медициной. Их место в структуре патологии — это место интегративного феномена, который не может быть понят без учёта тела, психики, личности и среды одновременно.

В теоретико-методологическом отношении отсюда следует важный вывод. Невротические расстройства не должны трактоваться ни как остаточный класс «мелких» психических нарушений, ни как устаревший реликт прошлых систематик. Они представляют собой особую область психопатологии, где наиболее явно проявляется взаимосвязь между нормальными адаптационными реакциями и болезненными формами дезадаптации, между личностными особенностями и клиническими синдромами, между психологическим конфликтом и телесным выражением страдания, между социальной ситуацией и внутренней переработкой опыта. Именно поэтому их место в структуре психических и пограничных состояний является центральным для понимания всей не-психотической психопатологии.

Обобщая сказанное, можно заключить, что невротические расстройства занимают промежуточное, но отнюдь не периферийное место в общей системе психических нарушений. Они располагаются между нормативной психологической реактивностью и тяжёлыми психотическими дезорганизациями, образуя сложную и внутренне неоднородную область не-психотической патологии. В отечественной традиции эта область справедливо соотносилась с пограничной психиатрией; в современных международных классификациях она расчленена на ряд самостоятельных диагностических блоков. Но независимо от терминологии речь идёт об одной и той же фундаментальной реальности: о расстройствах, в которых личность сохраняет связь с действительностью, однако не справляется с внутренним напряжением, конфликтом, стрессом или переживанием угрозы, что и приводит к формированию устойчивой симптоматики и значимому нарушению жизни. (

Глава II. Этиология и патогенез невротических расстройств

2.1. Биологические факторы развития неврозов

Этиология невротических расстройств в современной науке рассматривается как многоуровневая и вероятностная, а не как линейно детерминированная одним причинным фактором. Если в классической клинической литературе невроз нередко описывался преимущественно через психогенное происхождение и конфликтную переработку переживаний, то современные исследования убедительно показывают, что уязвимость к тревожным, стресс-ассоциированным, обсессивно-компульсивным и соматизированным формам расстройств формируется на пересечении биологических, психологических и социальных механизмов. Биологические факторы не сводятся к поиску одного «гена невроза» или единственного нейромедиаторного дефекта; напротив, речь идет о сложной системе конституциональных особенностей, генетической предрасположенности, нейроэндокринных реакций, особенностей автономной регуляции, нейровоспалительных процессов и нейросетевой организации эмоций и поведения. Именно биологический фон определяет, почему одинаковые стрессоры у разных людей приводят к неодинаковым клиническим последствиям и почему часть лиц демонстрирует устойчивую адаптацию, тогда как у других формируются стойкие невротические реакции и патологические способы эмоционального реагирования. (Всемирная организация здравоохранения)

Одним из наиболее изученных биологических компонентов является генетическая предрасположенность. Современные обзоры по генетике тревожных расстройств показывают, что они являются умеренно наследуемыми и высоко полигенными состояниями. Оценки, полученные в близнецовых исследованиях, указывают на то, что наследуемость отдельных тревожных расстройств колеблется примерно от 20 до 60% в зависимости от конкретного фенотипа, возраста обследования и методики измерения; для социального тревожного расстройства описываются показатели порядка 40–60%, а для генерализованной тревоги — порядка 30–50%. При этом современные GWAS-исследования подтверждают, что генетический риск распределен по множеству вариантов малого эффекта и частично перекрывается с генетическим риском депрессии, нейротизма и других internalizing-фенотипов. Следовательно, биологическая уязвимость к невротическим расстройствам представляет собой не моногенную детерминацию, а вероятностную архитектуру, повышающую чувствительность к стрессу, тревоге, избеганию и дезадаптивной эмоциональной регуляции. (PMC)

Однако генетическая уязвимость не реализуется вне среды. Современная психиатрическая генетика все чаще подчеркивает важность взаимодействия генов и среды, а также феномена так называемого genetic nurture, когда семейная передача риска опосредуется не только прямым наследованием, но и тем, какую среду формируют родители для ребенка. Это означает, что

наследуемость невротических расстройств нельзя трактовать в жестко биологизаторском духе: генетически опосредованные особенности темперамента, эмоциональной реактивности и чувствительности к угрозе разворачиваются в конкретной системе воспитания, семейного климата, психотравм и социальных условий. Иными словами, биологический риск создает повышенную вероятность патологической реакции, но его клиническая реализация зависит от жизненной истории субъекта и качества адаптационных ресурсов. (РМС)

Важнейшим нейробиологическим субстратом невротических расстройств выступают системы обработки угрозы и страха. Современные данные последовательно подтверждают роль миндалины как ключевого узла оценки значимости и опасности стимулов, а также префронтальных отделов коры, обеспечивающих когнитивный контроль, торможение и регуляцию аффективных реакций. Исследования, обобщенные в NIMH и в современных нейробиологических обзорах, показывают, что при тревожных состояниях и расстройствах страха нередко обнаруживаются признаки гиперреактивности миндалины, нарушения функциональной связи между амигдалой и префронтальной корой, а также изменения в сетях, отвечающих за мониторинг угрозы, самореферентную обработку и ожидание опасности. В клиническом плане это проявляется не только как усиленная тревога, но и как избыточное внимание к потенциально угрожающим сигналам, трудность «отключения» тревожного мониторинга, склонность к ожиданию неблагоприятного исхода и ригидность избегательного поведения. (nimh.nih.gov)

Существенное значение имеет также гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось, обеспечивающая нейроэндокринный компонент стресс-реакции. Современные обзоры указывают, что хроническая тревога и ранние стрессовые воздействия способны приводить к длительным изменениям реактивности НРА-оси, а кортизол выступает не только гормональным маркером стресса, но и посредником между психотравматическим опытом и последующими нарушениями эмоциональной регуляции. При этом в разных расстройствах могут наблюдаться неодинаковые паттерны НРА-реактивности, что подтверждает отсутствие единой биологической модели для всего «невротического спектра». Тем не менее сама идея о том, что длительное напряжение системы стресс-ответа изменяет пороги чувствительности к угрозе и закрепляет патологические способы реагирования, сегодня является одной из наиболее устойчивых в объяснении патогенеза невротических состояний. (РМС)

Биологический блок этиологии невротических расстройств включает и автономную нервную систему. Стрессовая реакция реализуется через сложное взаимодействие симпатико-адренормедуллярной системы и НРА-оси; при хронической тревоге усиливается телесная настороженность, нарастает мышечное напряжение, изменяются сердечно-сосудистые, дыхательные и вегетативные параметры, что создает почву для соматовегетативной симптоматики. У многих пациентов именно телесные проявления — тахикардия, одышка, тремор, головокружение, потливость, «ком» в горле,

ощущение внутренней дрожи, желудочно-кишечный дискомфорт — становятся наиболее заметным и субъективно тягостным выражением невротического процесса. Это имеет принципиальное патогенетическое значение: телесные сигналы не только отражают тревогу, но и сами становятся объектом катастрофической интерпретации, усиливая порочный круг страха и соматизации. (medrxiv.org)

В последние годы все более заметное место в биологических моделях занимают воспалительные и иммунные механизмы. Современные исследования не позволяют считать воспаление универсальной причиной невротических расстройств, однако низкоуровневое системное воспаление все чаще рассматривается как один из факторов, связанных с тревожной и депрессивной симптоматикой, когнитивными нарушениями и изменениями нейрохимической регуляции. Обзоры 2024–2025 годов подчеркивают, что причинность здесь остается сложной и двунаправленной: хронический стресс может усиливать воспалительный ответ, а воспалительные изменения, в свою очередь, могут влиять на настроение, мотивацию и переработку угрозы. Поэтому воспаление следует рассматривать не как простое объяснение невротизации, а как часть более широкой сети биологических последствий хронического стресса и эмоциональной дезрегуляции. (РМС)

Таким образом, биологические факторы развития невротических расстройств следует понимать как систему предрасполагающих и модифицирующих условий. Генетическая полигенность, особенности нейрональных сетей угрозы, НРА-ось, автономная дисрегуляция, нейровоспалительные сдвиги и телесная реактивность создают биологическую основу для повышенной чувствительности к стрессу и патологической фиксации тревожных реакций. Но сама по себе биология не порождает законченный клинический синдром: она задает диапазон уязвимости, в пределах которого психологические и социальные процессы приобретают патогенетическое значение. (РМС)

2.2. Психологические механизмы формирования невротических расстройств

Если биологические факторы формируют общую уязвимость, то психологические механизмы определяют, каким именно образом внешние и внутренние напряжения преобразуются в устойчивые невротические симптомы. В классических теориях центральное место занимали внутренний конфликт, вытеснение, фиксация, символизация телесных проявлений, неосознаваемая защита от неприемлемых переживаний. Современные подходы сохраняют интерес к конфликту и защитным процессам, но дополняют его более операционализированными моделями: когнитивными искажениями, нарушением регуляции эмоций, селективным вниманием к угрозе, непереносимостью неопределенности, избеганием, руминативным мышлением и патологическим самоконтролем. В результате невротическое

расстройство сегодня понимается как продукт не только психотравмы, но и специфического способа ее психологической переработки. (nimh.nih.gov)

Одним из ведущих психологических факторов выступает нарушение эмоциональной регуляции. Современные исследования подчеркивают, что трудности с распознаванием, переносимостью, модуляцией и выражением эмоций тесно связаны с тревожной симптоматикой и являются трансдиагностическим механизмом для широкого круга внутренне направленных расстройств. Чем менее субъект способен выдерживать и дифференцировать собственное напряжение, тем выше вероятность, что эмоция будет переживаться как опасная сама по себе и потребует немедленного избегания, подавления или соматического «перевода». В таком случае тревога перестает быть кратковременным адаптивным сигналом и становится хроническим фоном психической деятельности, сопровождаемым ригидными защитно-компенсаторными стратегиями. ([PubMed](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/))

Тесно с этим связан феномен эмоционального избегания. Для невротических расстройств характерно стремление не столько прожить и переработать трудный аффект, сколько уменьшить или не допустить его переживания. Такое избегание может иметь внешнюю форму — уход от пугающих ситуаций, людей, мест, решений, конфликтов, — либо внутреннюю форму: подавление мыслей, контроль ощущений, ритуализацию, постоянную проверку безопасности, чрезмерную рационализацию. Парадокс заключается в том, что краткосрочно избегание снижает напряжение, но долгосрочно закрепляет уверенность в собственной хрупкости и опасности мира. Именно поэтому избегающее поведение рассматривается сегодня как один из главных механизмов хронизации тревожных и других невротических состояний. (nimh.nih.gov)

Важным когнитивным механизмом является непереносимость неопределенности. Исследования последних лет подтверждают, что отрицательная реакция на неопределенные, двусмысленные и непредсказуемые ситуации тесно связана с генерализованной тревогой, социальным беспокойством, нерешительностью и постоянным ожиданием неблагоприятного развития событий. Для невротической личности неопределенность переживается не как естественная часть жизни, а как почти невыносимое пространство потенциальной угрозы. Отсюда проистекают навязчивое прогнозирование, поиск гарантий, чрезмерный контроль, патологическая потребность в подтверждениях и неспособность завершить внутренний процесс проверки. Это делает непереносимость неопределенности не просто когнитивной особенностью, а важным патогенетическим звеном, связывающим тревожный аффект с повседневным поведением. ([PMC](https://www.researchgate.net/publication/331111111))

Не менее значимы катастрофизация и селективное внимание к угрозе. При невротических расстройствах нейтральные или умеренно неблагоприятные сигналы часто переоцениваются как опасные, а телесные ощущения, социальные реакции других людей или незначительные жизненные затруднения включаются в сценарий возможной катастрофы. На

психологическом уровне это сопровождается переработкой информации по типу «от угрозы к подтверждению угрозы»: субъект замечает прежде всего опасное, лучше запоминает тревожащие стимулы и труднее переключается на безопасные признаки ситуации. В результате формируется самоподдерживающаяся система, где внимание, оценка и реакция постоянно усиливают друг друга. Такой механизм особенно очевиден при панике, фобиях, ипохондрической фиксации и социальном тревожном расстройстве, но в той или иной мере характерен для всего невротического спектра. (nimh.nih.gov)

В психодинамическом и клинико-психологическом измерении сохраняет значение представление о внутреннем конфликте. Даже при использовании современных когнитивных моделей невозможно игнорировать тот факт, что многие невротические симптомы возникают на фоне противоречия между потребностями и запретами, между зависимостью и автономией, между стремлением к самореализации и страхом оценки, между агрессией и потребностью в принятии, между желанием близости и страхом утраты контроля. Невротическое расстройство в этом смысле выступает компромиссной формой существования конфликта: оно позволяет субъективно избежать прямого столкновения с неразрешимой проблемой, но ценой усиления симптоматики и сужения жизненного пространства. Такой взгляд особенно продуктивен для понимания навязчивостей, истерических и соматоформных проявлений, а также хронической тревоги без очевидного внешнего повода. (Всемирная организация здравоохранения)

Существенную роль играют и особенности привязанности. Современные исследования показывают, что неуверенная, тревожная и избегающая привязанность связаны с большей уязвимостью к посттравматической симптоматике, эмоциональной нестабильности и трудностям поиска поддержки. Если ранний опыт формирует представление о мире как о непредсказуемом, а о себе — как о недостаточно защищенном или недостаточно ценном, то во взрослом возрасте возрастает вероятность гипербдительного мониторинга угрозы, сверхчувствительности к отвержению, страха зависимости или, напротив, чрезмерного эмоционального подавления. Таким образом, психологические механизмы невротизации укоренены не только в актуальном стрессе, но и в долговременных внутренних моделях отношений с другими и с собой. (PubMed)

Итак, психологическое формирование невротических расстройств осуществляется через совокупность взаимосвязанных механизмов: нарушенную регуляцию эмоций, избегание, катастрофизацию, непереносимость неопределенности, фиксацию на угрозе, внутренний конфликт и искаженные модели привязанности. Эти механизмы не существуют изолированно. Каждый из них усиливает другие, и именно их взаимодействие превращает временный дистресс в устойчивую форму патологической адаптации. (PubMed)

2.3. Социальные и средовые факторы риска

Этиология невротических расстройств не может быть исчерпана анализом наследственности и индивидуальной психологии, поскольку психическая уязвимость всегда реализуется в конкретной социальной и средовой среде. Современные подходы к общественному психическому здоровью подчеркивают, что неблагоприятные социальные обстоятельства не просто сопровождают внутренние расстройства, а во многих случаях участвуют в их формировании, поддержании и хронизации. ВОЗ прямо указывает, что тревожные расстройства, как и другие психические состояния, возникают в результате сложного взаимодействия социальных, психологических и биологических факторов, а люди, пережившие насилие, тяжелые потери и другие неблагоприятные события, имеют более высокий риск их развития. Более широкий язык социальных детерминант здоровья также показывает, что условия, в которых человек рождается, растет, учится, работает и стареет, способны влиять на уязвимость к психическим нарушениям сильнее, чем доступ к помощи сам по себе. (Всемирная организация здравоохранения)

К числу важнейших средовых факторов риска относятся хроническая социальная нестабильность, бедность, небезопасное жилищное положение, трудовая перегрузка, безработица, социальная изоляция, дискриминация и неблагоприятный семейный климат. Эти факторы редко действуют изолированно; чаще они образуют кумулятивный стрессовый фон, который увеличивает вероятность эмоциональной дезадаптации и снижает способность личности к восстановлению после острых перегрузок. Современные обзоры по социальным детерминантам психического здоровья подчеркивают, что именно структурные формы неравенства и долговременного дефицита ресурсов запускают межпоколенческие циклы уязвимости. В патогенетическом смысле это означает, что социальная среда влияет не только на количество стрессоров, но и на доступность поддержки, качество сна, возможности контроля над собственной жизнью и ощущение предсказуемости мира — то есть на ключевые переменные, тесно связанные с невротизацией. (РМС)

Семья выступает одним из центральных посредников между макросоциальными условиями и психикой индивида. Неблагоприятная семейная среда может включать эмоциональную холодность, непоследовательность воспитания, гиперконтроль, насилие, высокую критику, хронические конфликты, непредсказуемость поведения взрослых и отсутствие надежной поддержки. В подобных условиях формируются не только тревожные ожидания и нестабильные модели привязанности, но и специфический стиль самоотношения: чувство собственной уязвимости, ожидание наказания, перфекционистская зависимость от одобрения, страх ошибки, хроническая настороженность. Напротив, поддерживающее окружение после потенциально травматических событий снижает риск стойких стрессовых расстройств, что подтверждается как ВОЗ, так и

исследованиями по семейной поддержке при PTSD. Следовательно, социальные связи могут выступать и патогенным, и защитным фактором. (Всемирная организация здравоохранения)

Особое значение имеет неблагоприятный опыт детства. Современные исследования adverse childhood experiences последовательно демонстрируют, что физическое, эмоциональное и сексуальное насилие, эмоциональная депривация, семейная дисфункция, хроническое пренебрежение, утраты и другие ранние неблагоприятные события существенно повышают риск тревожных и депрессивных расстройств в последующей жизни. В одном из недавних umbrella-review отмечено, что adverse childhood experiences статистически значимо связаны с последующим ростом риска тревоги и депрессии; другие исследования показывают дозозависимый характер этого риска. В клинко-патогенетическом плане детская травматизация не только увеличивает вероятность будущей симптоматики, но и влияет на базовые механизмы саморегуляции, доверия, ожидания безопасности и толерантности к стрессу. (PubMed)

К средовым факторам риска следует отнести и культурно-коммуникативные условия современной жизни. Ускорение темпа социальной динамики, постоянная включенность в информационные потоки, дефицит восстановительного времени, неопределенность профессиональных и социальных перспектив, а также все более высокий нормативный прессинг на успешность, эмоциональную компетентность и непрерывную продуктивность создают контекст хронического психического напряжения. Хотя сами по себе эти явления не образуют отдельной диагностической причины, они усиливают повседневную тревогу, способствуют росту самоконтроля и сравнения себя с недостижимыми стандартами, уменьшают возможности для психологической переработки переживаний и повышают риск истощения адаптационных ресурсов. В результате социальная среда становится не внешним фоном, а активным участником патогенеза невротических состояний. (Всемирная организация здравоохранения)

Следовательно, социальные и средовые факторы риска в этиологии невротических расстройств обладают не второстепенным, а структурообразующим значением. Они задают частоту и интенсивность стрессовых воздействий, формируют тип привязанности, влияют на развитие coping-стратегий, определяют доступность поддержки и нередко закрепляют хроническое ощущение нестабильности, беспомощности и небезопасности. При таком понимании невротизация предстает не как исключительно «внутреннее» расстройство, а как результат неблагоприятного взаимодействия личности с жизненным миром. (Всемирная организация здравоохранения)

2.4. Роль стресса, психотравмы и хронического эмоционального напряжения

Стресс занимает центральное место в объяснении возникновения невротических расстройств, однако его патогенетическая роль не

исчерпывается фактом наличия напряженной ситуации. Современные модели показывают, что клинический результат определяется сочетанием характера стрессора, его длительности, субъективной значимости, возраста воздействия, доступных ресурсов совладания и биопсихологической уязвимости. Стресс сам по себе является универсальным адаптационным механизмом, позволяющим мобилизовать силы организма перед угрозой. Но при чрезмерной интенсивности, хроническом течении или сочетании с травматическими обстоятельствами он может выйти за рамки адаптации и стать источником длительной нейроэндокринной, эмоциональной и поведенческой дезорганизации. Именно поэтому при анализе невротических расстройств важно различать физиологически оправданное напряжение и патологическую стрессовую перегрузку. (medrxiv.org)

Особое место принадлежит психотравме. WHO и NIMH подчеркивают, что большинство людей, переживших потенциально травматическое событие, не формируют PTSD, однако у части из них симптомы сохраняются длительно и начинают существенно нарушать жизнь. Этот факт чрезвычайно важен для понимания патогенеза невротических расстройств вообще: травма не действует механически, а реализует свой патогенный потенциал только через соотношение силы воздействия и уязвимости субъекта. Психотравма может выступать как пусковой фактор острого расстройства, как детерминанта долговременной тревожной настроенности, как источник диссоциативных и соматизированных феноменов, как фактор нарушенного доверия к миру и самому себе. Ее последствия нередко проявляются не только в классическом PTSD, но и в более диффузных формах тревоги, избегания, телесной гиперреактивности и эмоциональной ригидности. (Всемирная организация здравоохранения)

Хроническое эмоциональное напряжение не менее патогенно, чем единичная катастрофическая травма. Для многих невротических состояний более типичны не разовые экстремальные события, а длительные микрострессоры: постоянное чувство ответственности, межличностные конфликты, хроническая тревога за близких, профессиональное давление, неопределенность, невозможность завершить внутренне значимую проблему, скрытая враждебность среды, необходимость постоянно контролировать себя и ситуацию. В этих условиях организм и психика как бы «застревают» в режиме готовности. Возникает не кратковременная мобилизация, а устойчивое перенапряжение систем реагирования, которое постепенно начинает восприниматься как нормальное состояние, хотя именно оно лежит в основе бессонницы, раздражительности, астении, соматовегетативных нарушений и чувства внутренней истощенности. (medrxiv.org)

Для описания этих процессов особую ценность представляет концепция *allostatic load*. Современные обзоры определяют аллостатическую нагрузку как кумулятивное физиологическое бремя, возникающее вследствие длительного воздействия стрессоров и многократной активации систем адаптации. По сути, речь идет о цене, которую организм платит за хроническое приспособление к неблагоприятным условиям. Когда компенсаторные механизмы работают

слишком долго, возникает *allostatic overload*, то есть состояние, при котором регуляторные системы уже не только адаптируют, но и сами становятся источником патологических изменений. Для невротических расстройств эта модель особенно продуктивна, поскольку позволяет связать длительный психологический дистресс с телесными, эндокринными, поведенческими и когнитивными последствиями хронического напряжения. ([PubMed](#))

Особенно важен стресс раннего развития. Исследования *childhood adversity*, НРА-оси и мозговых структур подтверждают, что ранние стрессовые события могут надолго изменить стресс-реактивность, эмоциональную чувствительность и способы переработки угрозы. Иначе говоря, психотравма детства нередко становится не только эпизодом биографии, но и матрицей последующего реагирования на мир. При таком развитии событий взрослый человек может объективно находиться в менее опасной среде, однако продолжать функционировать так, будто угроза сохраняется: ожидать худшего, плохо переносить неопределенность, избегать близости, переоценивать телесные сигналы и реагировать на обычные жизненные трудности как на экзистенциально значимое испытание. В патогенезе невротических расстройств это объясняет устойчивость и повторяемость симптоматики даже при отсутствии очевидного текущего кризиса. ([PMC](#))

Наконец, стресс и травма тесно связаны с социальной поддержкой. WHO отмечает, что поддержка семьи, друзей и значимых других после травматического события снижает риск развития PTSD. Это указывает на фундаментально важный момент: патогенным является не только сам стрессор, но и степень одиночества субъекта перед лицом угрозы. Если переживание остается непонятым, неинтегрированным и неразделенным, вероятность его патологической фиксации возрастает. Если же оно получает символическую и межличностную переработку, шансы на восстановление существенно повышаются. Следовательно, роль стресса в невротизации нельзя анализировать вне системы отношений, в которой этот стресс переживается. ([Всемирная организация здравоохранения](#))

2.5. Личностные особенности как предикторы невротизации

Личностные особенности играют в этиологии невротических расстройств двоякую роль. С одной стороны, они выступают как относительное устойчивые предикторы уязвимости; с другой — сами могут изменяться под длительным влиянием хронической тревоги, травматического опыта и патологических *coping*-стратегий. Наиболее изученным личностным предиктором является нейротизм. Современные исследования рассматривают его как склонность к частому переживанию негативного аффекта, повышенной чувствительности к стрессу, тревоге, раздражительности и уязвимости перед фрустрирующими обстоятельствами. Нейротизм не равен неврозу, однако устойчиво ассоциируется с повышенным риском тревожных и депрессивных расстройств и рассматривается как один из трансдиагностических факторов *internalizing*-психопатологии. ([PMC](#))

Патогенетическая значимость нейротизма определяется тем, что он влияет сразу на несколько звеньев невротизации. Лица с высоким уровнем негативной аффективности чаще воспринимают неоднозначные ситуации как угрожающие, болезненнее переживают неудачи, быстрее истощаются под давлением повседневных стрессоров и склонны к длительной руминативной переработке негативного опыта. Это не означает, что высокий нейротизм неизбежно ведет к расстройству, но он повышает вероятность того, что стресс будет переживаться как чрезмерный, эмоции — как трудно переносимые, а coping — как недостаточный. Поэтому нейротизм следует рассматривать как личностную почву, на которой психотравма и хроническое напряжение легче превращаются в клиническую симптоматику. (РМС)

Помимо нейротизма, важны тревожная чувствительность, перфекционизм, ригидность, зависимость от оценки, низкая толерантность к фрустрации, внешняя локализация контроля и повышенная потребность в предсказуемости. Тревожная чувствительность делает телесные и аффективные признаки возбуждения особенно пугающими, превращая обычные стрессовые реакции в стимул для паники и избегания. Перфекционизм и зависимость от внешнего одобрения поддерживают хроническое внутреннее напряжение и постоянный страх ошибки. Ригидность затрудняет смену стратегий совладания и делает личность более уязвимой перед жизненной неопределенностью. Все эти черты не всегда выступают самостоятельными диагностическими категориями, но в совокупности они формируют стиль реагирования, при котором адаптация становится чрезмерно затратной, а повседневная жизнь — источником постоянной самопроверки и тревоги. (РМС)

Значительную роль играют и особенности привязанности. Тревожная привязанность усиливает чувствительность к отвержению и потере, а избегающая — затрудняет поиск поддержки и делает характерным подавление эмоциональной потребности. Оба варианта могут способствовать невротизации, хотя и по разным механизмам: в одном случае через гиперактивацию системы угрозы и межличностную зависимость, в другом — через отчуждение, эмоциональное «онемение» и неготовность использовать отношения как ресурс защиты. Современные исследования по PTSD и attachment подтверждают наличие статистически значимой связи между insecure attachment и выраженностью посттравматических симптомов. Для более широкого невротического спектра этот вывод также важен, поскольку показывает: устойчивые модели отношения к себе и другим являются не только фоном, но и активным патогенетическим фактором. (РМС)

Личностные предикторы невротизации следует рассматривать и в развивающей перспективе. Многие черты, которые во взрослом возрасте выглядят как «характерологическая склонность» к тревоге, самокритике или избеганию, формируются в ходе ранних отношений и многократно подтверждаются последующим опытом. Ребенок, который растет в условиях непредсказуемости, критики или эмоциональной ненадежности, может усвоить, что мир опасен, а собственные чувства неуправляемы либо

недопустимы. Во взрослом возрасте это проявится как личностная готовность к невротическим реакциям: завышенная бдительность, ожидание неудачи, трудность в самоуспокоении, гиперконтроль и внутренний дефицит безопасности. Следовательно, личностные особенности — не просто внутренние свойства индивида, а кристаллизованный опыт его отношений с миром. (PubMed)

Таким образом, личностные особенности выступают важнейшими предикторами невротизации, поскольку опосредуют восприятие стрессора, способы эмоциональной регуляции, выбор coping-стратегий и готовность обращаться за поддержкой. Нейротизм, тревожная чувствительность, перфекционизм, ригидность, зависимость от оценки и неуверенная привязанность формируют внутреннюю структуру уязвимости, на фоне которой даже умеренные неблагоприятные воздействия могут приобретать высокую психопатогенную значимость. (PMC)

2.6. Современные представления о патогенезе невротических состояний

Современное понимание патогенеза невротических состояний можно охарактеризовать как интегративное. Ни одна из существующих моделей — биологическая, психодинамическая, когнитивно-поведенческая, личностная, социальная — не объясняет в одиночку всей сложности невротических расстройств. Патогенез рассматривается как процесс, в котором врожденная и приобретенная уязвимость встречается со стрессором, а затем через систему психологической переработки и социальной регуляции превращается в устойчивую симптоматику. В этом смысле невротическое расстройство — не статичное «состояние», а динамический патопроецесс, включающий предрасположенность, запуск, закрепление, хронизацию и возможное восстановление. Именно процессуальный характер невротизации позволяет понять, почему клиническая картина может меняться, смешиваться, рецидивировать и переходить из одной синдромальной формы в другую. (Всемирная организация здравоохранения)

Центральным патогенетическим принципом является взаимодействие уязвимости и стрессора. Биологическая чувствительность, нейротизм, ранние нарушения привязанности, дефицит поддержки, накопленные adverse experiences и текущая перегрузка не действуют отдельно; они взаимно усиливают друг друга. При этом стресс не просто вызывает симптомы, а активизирует уже имеющиеся линии хрупкости: у одного человека преимущественно соматическую, у другого — обсессивную, у третьего — фобическую, у четвертого — диссоциативную. Так объясняется феномен клинической селективности: сходные неблагоприятные обстоятельства могут приводить к различным невротическим синдромам в зависимости от конфигурации уязвимости и переработки аффекта. (PubMed)

С позиций современных трансдиагностических моделей ядро патогенеза образуют несколько взаимосвязанных процессов: повышенная негативная аффективность, гиперчувствительность к угрозе, нарушение эмоциональной

регуляции, избегание, непереносимость неопределенности и патологическая фиксация на внутренних сигналах. Эти механизмы объясняют и общность невротических расстройств, и их высокую коморбидность. Так, один и тот же субъект может начинать с генерализованной тревоги, затем развивать панические атаки, избегающее поведение, ипохондрическую фиксацию или навязчивый контроль. С точки зрения трансдиагностического подхода это не «случайное» наслоение диагнозов, а разные феноменологические формы реализации одних и тех же базовых патогенетических механизмов. ([PubMed](#))

Важным современным дополнением к этим моделям является концепция нейросетевой дезрегуляции. Патогенез невротических состояний связывают с нарушенным взаимодействием сетей детекции угрозы, когнитивного контроля, самореферентной обработки и interoцепции. Когда сигнал угрозы переоценивается, а префронтальные механизмы регуляции оказываются недостаточно эффективными, возникает устойчивая готовность к тревожной мобилизации. Если к этому добавляется повышенная телесная чувствительность, формируется замкнутый круг: ощущение — тревожная интерпретация — физиологическая активация — еще более пугающее ощущение. Именно так закрепляются панические, соматизированные и многие тревожно-фобические феномены. ([nimh.nih.gov](#))

Не менее существенен developmental-подход. Современные представления о патогенезе все чаще рассматривают невротические состояния как результат нарушенной траектории развития саморегуляции. Ранний стресс, травма, небезопасная привязанность, повторяющийся опыт беспомощности и эмоциональной непредсказуемости формируют такие способы адаптации, которые могут быть полезны в неблагоприятной среде, но становятся патологическими в обычной жизни. Гипернастороженность, избегание, эмоциональное подавление, постоянная проверка безопасности и самокритика первоначально выступают как защитные решения, но затем становятся ригидными и дорогостоящими, превращаясь в основу клинической симптоматики. Такой взгляд позволяет увидеть в неврозе не только болезнь, но и искаженную форму приспособления. ([PMC](#))

С современных позиций патогенез невротических состояний также неотделим от тела. Хроническая активация стресс-реакции, автономная дисрегуляция, нарушения сна, мышечное напряжение, утомляемость, воспалительные и метаболические сдвиги не являются «вторичными» к психике; они входят в саму ткань расстройства. Поэтому невротические расстройства закономерно располагаются на границе психиатрии, клинической психологии и общей медицины. Они демонстрируют, что эмоциональный дистресс и соматическое неблагополучие могут образовывать единую систему, где телесное является одновременно и следствием, и усилителем тревожного процесса. ([medrxiv.org](#))

Итогом современного этапа исследований стало утверждение биопсихосоциальной и мультисистемной модели патогенеза. В этой модели биологическая предрасположенность определяет чувствительность к угрозе и стрессу; ранний опыт и личностное развитие формируют способы

привязанности, самоотношения и регуляции аффекта; социальная среда задает интенсивность неблагоприятных воздействий и качество защитных ресурсов; острый или хронический стресс выступает пусковым и поддерживающим механизмом; а когнитивно-эмоциональные процессы превращают временную реакцию в устойчивый синдром. Именно такое понимание позволяет объединить классическое представление о психогенности невроза с современными данными о генетике, нейроэндокринологии, социальном неравенстве и трансдиагностических механизмах. (Всемирная организация здравоохранения)

Таким образом, патогенез невротических состояний следует описывать как результат сложного взаимодействия врожденной уязвимости, жизненного опыта, личности, среды и характера стрессовых воздействий. Невротическое расстройство возникает не в точке действия одного фактора, а в узле их пересечения. Это пересечение сначала формирует хроническое внутреннее напряжение, затем — устойчивые способы тревожной переработки реальности, а далее — клиническую симптоматику, которая начинает поддерживать сама себя через избегание, телесную фиксацию, самоконтроль и нарушение отношений с миром. Такое понимание имеет не только теоретическое, но и практическое значение, поскольку ориентирует клинициста на необходимость комплексной помощи: уменьшать симптомы, восстанавливать регуляцию, перерабатывать травматический опыт, менять неадаптивные убеждения, укреплять социальную поддержку и снижать хроническую аллостатическую перегрузку.

Глава III. Клиническая характеристика невротических расстройств

3.1. Общая клиническая симптоматика неврозов

Клиническая характеристика невротических расстройств в современной науке требует двойной оптики. С одной стороны, в международных классификациях категория «невроз» больше не выступает как единая формальная нозологическая рубрика; вместо нее используются более дифференцированные обозначения — тревожные расстройства, фобические расстройства, обсессивно-компульсивное расстройство, расстройства, связанные со стрессом, соматические симптомные и функциональные неврологические расстройства. С другой стороны, в клинико-психологическом и психотерапевтическом смысле понятие невроза сохраняет объяснительную ценность, поскольку позволяет объединять группу не-психотических состояний, для которых характерны сохранность критики, отсутствие грубого распада личности, выраженное субъективное страдание, эмоциональная дезадаптация и сочетание психических, телесных и поведенческих нарушений. Именно поэтому при описании общей симптоматики неврозов оправдано говорить о целом спектре расстройств, объединенных внутренним напряжением, тревожной настроенностью, склонностью к фиксации на переживаниях и стойким снижением адаптационных возможностей. (Всемирная организация здравоохранения)

Общая клиническая симптоматика невротических расстройств формируется вокруг нескольких взаимосвязанных осей. Первая из них — эмоциональная. Для большинства таких состояний характерны чувство внутреннего неблагополучия, повышенная тревожность, напряженность, раздражительность, тревожное ожидание неблагоприятных событий, склонность к колебаниям настроения и повышенная чувствительность к стрессу. Вторая ось — когнитивная: трудности концентрации, мнительность, постоянное возвращение к болезненно значимым мыслям, руминации, нерешительность, ощущение утраты ясности мышления, ожидание ошибки или неудачи. Третья ось — телесная: мышечное напряжение, нарушения сна, утомляемость, сердцебиение, потливость, дрожь, желудочно-кишечный дискомфорт, головные боли, головокружение, ощущение нехватки воздуха, различные функциональные и соматизированные жалобы. Четвертая ось — поведенческая: избегание значимых или тревожащих ситуаций, ограничение активности, поиск безопасности, многочисленные проверки, ритуализированные действия, зависимость от внешнего подтверждения, снижение гибкости и сужение жизненного пространства. Такая многокомпонентность симптоматики является одной из причин, по которой невротические расстройства часто длительное время маскируются под соматическую, неврологическую или «характерологическую» проблему. (Всемирная организация здравоохранения)

Клинически существенной особенностью невротических состояний является их внутренняя противоречивость. Пациент, как правило, страдает от симптомов, осознает их болезненность или, по крайней мере, чрезмерность,

но при этом не может свободно прекратить тревожный контроль, избегающее поведение или навязчивые действия. В отличие от психотических расстройств, здесь обычно сохраняется связь с реальностью и критическое отношение к происходящему, однако сохранность критики не ведет автоматически к исчезновению симптома. Напротив, именно сочетание понимания иррациональности переживаний и невозможности справиться с ними нередко становится дополнительным источником вторичного страдания, чувства слабости, вины и стыда. Этот феномен особенно характерен для фобий и обсессивно-компульсивных проявлений, но в той или иной степени присущ почти всем невротическим расстройствам. (nimh.nih.gov)

С клинической точки зрения крайне важно подчеркнуть, что симптоматика невротических расстройств редко ограничивается одной изолированной сферой. Даже если на первый план выступает тревога, в ее структуру почти всегда включаются телесные проявления, когнитивное напряжение и изменения поведения. Если ведущей жалобой оказываются соматические ощущения, за ними нередко обнаруживаются гипернастороженность, тревога за здоровье, эмоциональная истощенность и особенности переработки внутреннего напряжения. Если доминирует навязчивость, она почти неизбежно сопровождается тревогой, чувством вынужденности и стремлением снизить внутренний дискомфорт через ритуал. Поэтому клиническая оценка невротического состояния требует не перечисления отдельных жалоб, а целостного анализа синдрома, его динамики, условий усиления и способов, которыми пациент пытается с ним справиться. (Всемирная организация здравоохранения)

Еще одной важной характеристикой является выраженная зависимость симптоматики от стресса, психической нагрузки и изменений жизненной ситуации. WHO указывает, что тревожные расстройства часто начинаются в детстве или подростковом возрасте и могут продолжаться во взрослой жизни, а симптомы многих состояний усиливаются под влиянием значимых жизненных изменений, перегрузки и неблагоприятных обстоятельств. Социальная тревога, например, нередко колеблется по выраженности и становится тяжелее в периоды значимого стресса или перемен; при ОКР навязчивости и компульсии также могут усиливаться в стрессовые периоды. Эта стрессозависимость делает клинику невротических расстройств подвижной, волнообразной и ситуационно окрашенной. (Всемирная организация здравоохранения)

Наконец, общая симптоматика невротических расстройств отличается сочетанием субъективной интенсивности и объективной неоднородности. Один и тот же уровень внутреннего страдания может быть выражен как через генерализованное беспокойство, так и через панические атаки, навязчивости, соматические жалобы, социальное избегание или астеническое истощение. Отсюда следует, что клиническая характеристика невротических расстройств должна строиться не только по принципу внешнего описания симптомов, но и по принципу выявления их ведущего аффективного ядра, триггеров, поддерживающих механизмов и влияния на повседневную жизнь пациента.

Именно в этой связи далее целесообразно рассмотреть отдельные основные группы проявлений более детально. (Всемирная организация здравоохранения)

3.2. Тревожные проявления при невротических расстройствах

Тревога является центральным клиническим феноменом для значительной части невротических расстройств и, в широком смысле, их наиболее универсальным психопатологическим компонентом. Согласно WHO, люди с тревожными расстройствами испытывают страх и беспокойство, которые являются интенсивными, чрезмерными, трудно контролируруемыми, нередко длятся месяцами и сопровождаются когнитивными, поведенческими и физическими симптомами, нарушающими семейную, социальную, учебную и профессиональную жизнь. При этом тревога в клиническом смысле отличается от нормального ситуативного напряжения не столько своим наличием, сколько степенью непропорциональности, стойкостью, склонностью к генерализации и способностью подчинять себе поведение человека. В невротических расстройствах тревога нередко становится не эпизодом, а фоном существования, на котором формируются вторичные симптомы и защитные стратегии. (Всемирная организация здравоохранения)

Клинически тревога имеет несколько уровней проявления. На эмоциональном уровне это ощущение внутреннего беспокойства, опасения, настороженности, ожидания угрозы, «неясной беды», чувства неполной безопасности. На когнитивном уровне — трудности сосредоточения, непрерывное прокручивание тревожных сценариев, сомнения, нерешительность, переоценка опасности, ощущение, что «что-то случится», и невозможность прекратить мысленный контроль. На телесном уровне тревога сопровождается мышечным напряжением, сердцебиением, потливостью, дрожью, ощущением нехватки воздуха, тошнотой, болями в животе, головокружением, нарушениями сна. На поведенческом уровне появляются суетливость, избегание, потребность в reassurance, стремление постоянно проверять ситуацию и искать гарантии безопасности. Все эти аспекты подробно отражены как в материалах WHO, так и в клинических описаниях НИМН по генерализованной тревоге и паническому расстройству. (Всемирная организация здравоохранения)

Особую клиническую значимость имеет генерализованная тревога, при которой беспокойство распространяется на широкий круг повседневных обстоятельств: работу, здоровье, учебу, семью, будущее, бытовые мелочи, собственную состоятельность и безопасность близких. НИМН отмечает, что при генерализованном тревожном расстройстве человек чрезмерно волнуется из-за обычных вещей, с трудом контролирует тревогу, часто чувствует раздражительность и внутреннее напряжение, не может расслабиться, хуже концентрируется, плохо спит, быстро устает и испытывает разнообразные телесные симптомы — от головных и мышечных болей до потливости, тремора и ощущения нехватки воздуха. В клинико-психологическом

отношении такая тревога часто переживается не как отдельный приступ, а как постоянная нервно-психическая мобилизация, истощающая пациента и формирующая вторичную астению. (nimh.nih.gov)

Другой важный вариант тревожной симптоматики — панические проявления. NIMH определяет панические атаки как внезапные волны интенсивного страха, дискомфорта или чувства потери контроля, возникающие даже без очевидного внешнего триггера. Они сопровождаются сердцебиением, потливостью, ознобом, дрожью, одышкой, слабостью, головокружением, онемением или покалыванием в руках, болью в груди, тошнотой и ощущением неминуемой гибели либо утраты контроля. Панические атаки сами по себе не всегда означают паническое расстройство, но когда они становятся повторными и сопровождаются постоянным страхом нового приступа и поведенческим избеганием, формируется устойчивая клиническая картина. С психопатологической точки зрения паника представляет собой крайнее заострение тревожного механизма, при котором телесные и эмоциональные проявления взаимно усиливают друг друга, а сама атака воспринимается как доказательство смертельной или безумной угрозы. (nimh.nih.gov)

Тревожные проявления при невротических расстройствах редко существуют «в чистом виде». WHO отдельно подчеркивает, что тревожные расстройства повышают риск депрессии, расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, а также суицидальных мыслей и поведения. NIMH, в свою очередь, отмечает частую коморбидность панического расстройства с депрессией, PTSD, OCD и соматическими заболеваниями, а при ОКР — частое сосуществование с тревожными и аффективными расстройствами. В клинической практике это означает, что тревога часто выступает не только самостоятельным ведущим синдромом, но и организующим ядром для других невротических и пограничных симптомов. (Всемирная организация здравоохранения)

Следует также учитывать, что тревога может быть диффузной и предметно неопределенной либо, напротив, привязанной к определенным ситуациям, телесным ощущениям или социальным сценариям. В первом случае она переживается как неотвязное «фоновое напряжение», во втором — как тревога ожидания, связанная с возможностью позора, паники, боли, болезни, потери контроля или катастрофы. Именно из такого дифференцированного тревожного поля клинически вырастают фобии, социальная тревога, панические расстройства, ипохондрическая фиксация и многие формы навязчивостей. Тем самым тревожные проявления при невротических расстройствах следует рассматривать не как частный симптом, а как системообразующий клинический феномен. (Всемирная организация здравоохранения)

3.3. Фобические расстройства

Фобические расстройства представляют собой одну из наиболее наглядных форм невротической симптоматики, поскольку в них особенно ясно проявляются избирательность страха, связь аффекта с определенными объектами или ситуациями и тенденция к поведенческому избеганию. WHO характеризует специфические фобии как интенсивные, иррациональные страхи определенных объектов или ситуаций, которые приводят к избеганию и значительному дистрессу. NIMH уточняет, что специфическая фобия — это интенсивный страх или тревога в отношении объекта либо ситуации, представляющих мало или вовсе не представляющих реальной опасности; даже мысль о контакте с фобическим стимулом может вызывать выраженные симптомы. Взрослые нередко понимают чрезмерность своего страха, однако это понимание не дает им возможности свободно контролировать реакцию. (Всемирная организация здравоохранения)

Клинически фобии характеризуются сочетанием трех основных элементов: предвосхищающего страха, немедленной тревожной реакции при столкновении с триггером и избегательного поведения. Предвосхищающий страх проявляется в том, что человек начинает тревожиться задолго до реальной встречи с пугающим объектом или ситуацией. При непосредственном столкновении развивается острый аффективный подъем, часто с вегетативной симптоматикой, а в тяжелых случаях — с панической атакой. Избегание, в свою очередь, выполняет функцию краткосрочного облегчения, но одновременно закрепляет патологическую связь между объектом и страхом. С точки зрения клинической динамики именно избегание во многом поддерживает устойчивость фобии и способствует ее распространению на все более широкий круг обстоятельств. (nimh.nih.gov)

Среди фобических расстройств особое место занимает социальная тревога, исторически известная как социальная фобия. NIMH описывает ее как интенсивный и стойкий страх быть наблюдаемым, оцениваемым и осуждаемым другими. Человека пугают не только формальные публичные выступления, но и повседневные ситуации — общение с незнакомыми людьми, прием пищи на глазах у других, разговор с кассиром, просьба о помощи, использование общественного туалета, участие в собеседовании, ответ в аудитории. При этом возникают покраснение, потливость, дрожь, тахикардия, «пустота в голове», тошнота, зажатость позы, избегание зрительного контакта, фиксация на предполагаемых собственных недостатках и ожидание наихудших последствий социального взаимодействия. Социальная тревога часто начинается в детстве или подростковом возрасте и без лечения способна существенно ограничивать учебную, профессиональную и межличностную адаптацию. (nimh.nih.gov)

Другим важным фобическим феноменом является агорафобия. В современных представлениях она описывается как чрезмерный страх, тревога и избегание ситуаций, из которых, по субъективному ощущению пациента, будет трудно уйти или в которых может не оказаться помощи при

возникновении паники, слабости, «плохого самочувствия» или смущения. NIMH отмечает, что при тяжелой агорафобии человек может стать практически прикованным к дому. Клинически агорафобия часто формируется после панических атак и связана не столько с внешним пространством как таковым, сколько с переживанием уязвимости, невозможности контролировать телесное состояние и опасения оказаться беспомощным перед публикой. (Всемирная организация здравоохранения)

Фобические расстройства отличаются высокой клинической вариативностью, но при этом сохраняют общую внутреннюю структуру. Для пациента характерны селективность страха, эмоциональное предвосхищение, физиологическая мобилизация и поведенческое ограничение. При длительном течении присоединяются вторичные нарушения: сужение жизненного пространства, снижение уверенности в себе, зависимость от сопровождения, рост общей тревоги, формирование депрессивных реакций и вторичных соматических жалоб. Чем больше человек подчиняет жизнь логике избегания, тем меньше возможностей остается для коррекции патологической ассоциации между ситуацией и угрозой. Это обстоятельство имеет не только терапевтическое, но и диагностическое значение: степень избегания во многом определяет тяжесть расстройства. (Всемирная организация здравоохранения)

С клинико-психологической точки зрения фобия является примером того, как внутренний страх получает внешний адрес и закрепляется вокруг определенного стимула или сценария. В одних случаях этот стимул очевиден — кровь, высота, полет, инъекция, животные. В других — он символически связан с оценкой, потерей контроля, болезнью или невозможностью получить помощь. Поэтому фобические расстройства нельзя понимать только как «страх чего-то конкретного»; в своей зрелой клинической форме они отражают сложное взаимодействие тревоги, катастрофизации, телесной реактивности и привычки к избеганию. (nimh.nih.gov)

3.4. Обсессивно-компульсивные проявления

Обсессивно-компульсивные проявления занимают особое место в структуре невротических расстройств, поскольку здесь с предельной отчетливостью проявляется сочетание внутренней навязчивости, чувства вынужденности и относительной сохранности критики. NIMH определяет ОКР как расстройство, характеризующееся неконтролируемыми и повторяющимися мыслями, образами или побуждениями — обсессиями, а также повторяющимися и чрезмерными действиями — компульсиями, либо их сочетанием. При этом симптомы нередко являются длительными, отнимают много времени, вызывают значительный дистресс и мешают повседневной жизни. Начало может приходиться на разные возрастные этапы, но часто симптомы появляются между поздним детством и молодым взрослым возрастом. (nimh.nih.gov)

Клиническое содержание обсессий разнообразно, но их общими свойствами являются произвольность, повторяемость, субъективная

чуждость или, по крайней мере, нежелательность, а также способность вызывать тревогу, отвращение, стыд или сомнение. Пациент может страдать от навязчивых мыслей о загрязнении, причинении вреда, моральной неприемлемости, сексуально или агрессивно окрашенных образов, религиозных сомнений, страха ошибки, сомнений в правильности уже совершенного действия. Obsессия не просто «приходит в голову»; она захватывает внимание и требует ответа, внутреннего разрешения или нейтрализации. Именно здесь начинается следующий клинический элемент — компульсия. (nimh.nih.gov)

Компульсии представляют собой повторяющиеся действия или ментальные акты, которые человек ощущает как вынужденные и использует для уменьшения тревоги, предотвращения воображаемой беды или нейтрализации обсессивного содержания. Это могут быть мытье, проверки, пересчитывание, повторение, упорядочивание, поиск подтверждений, мысленные формулы, внутренняя «отмена» пугающей мысли. С точки зрения краткосрочного эффекта компульсия действительно снижает напряжение, но именно это снижение и закрепляет патологический цикл. Поэтому клиническая сила ОКР состоит в том, что симптом действует как самоподдерживающаяся система: обсессия вызывает тревогу, компульсия временно снижает тревогу, вследствие чего вероятность новой компульсии возрастает. (nimh.nih.gov)

В невротическом контексте особое значение имеет факт сохранной или частично сохранной критики. Большинство пациентов понимают, что их навязчивые мысли или ритуалы чрезмерны, нелепы или по крайней мере несоизмеримы реальной опасности, однако неспособны просто отказаться от них. Именно это сочетание осознания и вынужденности делает обсессивно-компульсивные проявления одним из наиболее мучительных вариантов невротической симптоматики. Человек ощущает себя одновременно и субъектом действия, и его заложником. Со временем это может приводить к нарастанию стыда, скрытности, социальной изоляции и вторичной депрессии. NIMH также указывает, что у людей с ОКР нередко одновременно диагностируются тревожные или аффективные расстройства. (nimh.nih.gov)

Клиническая картина ОКР может быть внешне заметной либо преимущественно внутренней. В первом случае доминируют наблюдаемые ритуалы — проверки, очищение, повторные возвращения, симметризация, длительные бытовые процедуры. Во втором — основная тяжесть переносится внутрь: навязчивые сомнения, ментальные ритуалы, бесконечные внутренние обсуждения, моральная самопроверка, страх «неправильной» мысли. Такие формы нередко менее заметны для окружающих, но не менее разрушительны для пациента, поскольку время и психическая энергия поглощаются непрерывным контролем. Клинически это может приводить к снижению работоспособности, утрате спонтанности, изматывающей медлительности и ощущению, что жизнь подчинена логике симптома. (nimh.nih.gov)

Для течения ОКР характерна волнообразность. NIMH отмечает, что симптомы могут начинаться постепенно, иногда временно ослабевать и снова

усиливаться, а в периоды стресса нередко становятся более выраженными. Это указывает на тесную связь обсессивно-компульсивной симптоматики с общей стрессовой уязвимостью и подтверждает место ОКР в широком спектре невротических состояний, несмотря на его отдельное положение в современных классификациях. С клинической точки зрения обсессивно-компульсивные проявления — это не просто набор странностей или повторений, а особая форма тревожной борьбы за контроль, в которой мысль и действие становятся средствами временной защиты от невыносимой неопределенности. (nimh.nih.gov)

3.5. Истерические и соматоформные проявления

Истерические и соматоформные проявления исторически занимают важное место в описании невротических расстройств, хотя современная номенклатура использует иные обозначения. То, что ранее нередко объединялось под терминами «истерический невроз», «конверсионный невроз» или «соматоформный невроз», сегодня распределено между функциональным неврологическим симптомным расстройством, соматическим симптомным расстройством и рядом родственных состояний. Тем не менее клиническая сущность многих таких проявлений остается сходной: психическое напряжение, конфликт или тревога получают выражение в телесной, сенсорной, двигательной или соматической форме, причем сами симптомы являются реальными, причиняют страдание и не сводятся к симуляции. АРА специально подчеркивает, что при соматическом симптомном расстройстве человек действительно испытывает физические симптомы и считает себя больным; речь не идет о притворстве. (Психиатрия)

Соматическое симптомное расстройство клинически определяется выраженной фиксацией на физических симптомах — боли, слабости, одышке и других жалобах — до уровня, вызывающего значительный дистресс и нарушение функционирования. Диагностически важен не только сам факт телесного симптома, но и чрезмерные мысли, чувства и поведение, связанные с ним: постоянная тревога о здоровье, убежденность в серьезности состояния, непропорциональные переживания, чрезмерные затраты времени и энергии на наблюдение за собой и поиск медицинского подтверждения. АРА также отмечает, что физические симптомы могут быть связаны с реальным заболеванием или не иметь четко выявленного соматического субстрата; в обоих случаях центральным становится именно характер отношения человека к симптому и степень жизненной дезадаптации. В клинической практике это объясняет, почему одни и те же телесные ощущения у разных людей приводят к совершенно разным психологическим последствиям. (Психиатрия)

Особое значение для невротической проблематики имеет тот факт, что пациенты с соматическими симптомными расстройствами чаще обращаются к врачам первичного звена, чем к психиатрам или психологам. АРА прямо указывает на эту закономерность. Вследствие этого клиническая картина долго может оставаться расщепленной: жалобы пациента интерпретируются как

кардиологические, гастроэнтерологические, неврологические, эндокринные, тогда как эмоционально-тревожный и поведенческий контекст остается недостаточно осмысленным. Нередко человек с годами проходит множество обследований, но, не получая удовлетворительного объяснения своего страдания, еще сильнее фиксируется на телесности, что усиливает тревогу и соматизацию. (Психиатрия)

Функциональное неврологическое симптомное расстройство, исторически связанное с конверсионной симптоматикой, включает симптомы, затрагивающие движение, чувствительность, речь, зрение, равновесие, сознание или другие функции, при отсутствии достаточного объяснения в терминах структурного неврологического повреждения. АРА отмечает, что при conversion disorder могут возникать онемение, слепота, затруднение ходьбы; симптомы часто появляются внезапно, могут длиться долго или быстро исчезать, а также нередко сочетаются с депрессией и тревожными расстройствами. NINDS, в свою очередь, описывает функциональное неврологическое расстройство как состояние, включающее эпизоды, похожие на судороги, двигательные нарушения, когнитивные проблемы, головокружение, речевые трудности и другие симптомы, а диагноз основывается на истории болезни, симптомах и физикальном осмотре, включая позитивные клинические признаки, такие как Hoover's sign. Этот сдвиг особенно важен, поскольку подчеркивает: речь идет не о «диагнозе исключения» и не о фиктивных жалобах, а о специфическом функциональном расстройстве на стыке неврологии и психиатрии. (Психиатрия)

Клинически истерические и соматоформные проявления отличаются высокой образностью, изменчивостью и зависимостью от эмоционального контекста. Симптом может возникать внезапно, колебаться по выраженности, усиливаться на фоне стресса, внимания к нему, конфликтной ситуации, медицинской неопределенности и ослабевать при переключении, поддержке или снятии аффективного напряжения. Вместе с тем недопустимо рассматривать такую симптоматику как «поверхностную» или малозначимую. Для самого пациента слабость в конечности, потеря чувствительности, ощущение удушья, невозможность проглотить, эпизоды обездвиженности, боли или постоянная слабость являются реальным и тяжелым переживанием. Поэтому клиническая задача состоит не в разоблачении симптома, а в правильном распознавании его функциональной природы и включении его в общий контекст невротического расстройства. (Психиатрия)

С теоретико-клинической точки зрения истерические и соматоформные проявления особенно ярко демонстрируют единство психического и телесного в невротическом процессе. Здесь эмоциональный конфликт, тревога, страх, ожидание катастрофы, потребность в защите, бессознательная символизация или привычка к телесной самофиксации могут преобразовываться в симптом, который одновременно и сообщает о страдании, и организует поведение пациента, и влияет на систему его отношений с окружающими. В этой связи данные проявления следует рассматривать как один из наиболее сложных и

многослойных разделов клинической характеристики невротических расстройств. (Психиатрия)

3.6. Астенические и депрессивные компоненты невротических состояний

Клиническая картина невротических расстройств редко ограничивается тревогой, страхом или соматическими проявлениями. В большинстве случаев к ним присоединяются астенические и депрессивные компоненты, которые могут быть как вторичными по отношению к ведущей тревожной симптоматике, так и относительно самостоятельными по клинической значимости. WHO описывает депрессивный эпизод как состояние, при котором человек переживает сниженное, раздражительное или опустошенное настроение, утрату интереса и удовольствия, а также такие симптомы, как плохая концентрация, чувство вины или низкой ценности, безнадежность, нарушения сна, изменения аппетита и выраженную усталость или снижение энергии. В невротических состояниях далеко не всегда развивается полноценный депрессивный эпизод, но отдельные депрессивные компоненты — пессимизм, эмоциональная истощенность, чувство беспомощности, снижение мотивации — встречаются очень часто. (Всемирная организация здравоохранения)

Астения в структуре невротических расстройств проявляется прежде всего как повышенная истощаемость, чувство постоянной усталости, снижение психической и физической выносливости, раздражительная слабость, уменьшение переносимости привычных нагрузок, трудность восстановления после напряжения, ощущение «перегруженной нервной системы». Она может сочетаться с головными болями, снижением концентрации, нарушениями сна, гиперчувствительностью к звукам, свету, очередям, конфликтам и любым формам психического напряжения. При генерализованной тревоге NIMH прямо отмечает утомляемость, трудности сна и концентрации, а WHO включает в круг тревожных симптомов бессонницу, напряженность и когнитивные трудности. В клиническом отношении астения нередко оказывается мостом между хронической тревогой и депрессивным снижением тонуса. (nimh.nih.gov)

Депрессивные компоненты невротических состояний часто формируются как результат длительного эмоционального истощения и переживания собственной несостоятельности перед лицом симптомов. Пациент, месяцами или годами живущий в режиме тревоги, избегания, соматического дискомфорта или навязчивого контроля, постепенно утрачивает чувство эффективности, начинает сомневаться в перспективах выздоровления, ограничивает активность и интересы, отказывается от значимых социальных и профессиональных ролей. На этом фоне появляются подавленность, обеднение удовольствия, снижение инициативы, ощущение беспросветности. WHO подчеркивает, что тревожные расстройства увеличивают риск депрессии, а NIMH указывает на частое сосуществование панического расстройства и ОКР с депрессивной симптоматикой. Для клинициста это

означает необходимость постоянно различать, где заканчивается собственно тревожный синдром и где начинается астено-депрессивное утяжеление картины. (Всемирная организация здравоохранения)

Клинически важно и то, что астенические и депрессивные компоненты могут маскировать исходную тревогу. Пациент нередко обращается с жалобами не на страх, а на хроническую усталость, «потерю сил», неспособность собраться, ухудшение памяти, рассеянность, неспособность, апатию, эмоциональную опустошенность. Если не увидеть за этим продолжающееся внутреннее напряжение, избыточный самоконтроль, нарушения сна и избегание, можно недооценить невротическую природу состояния. В этом смысле астено-депрессивный компонент не является побочным добавлением, а выступает закономерной фазой и модификатором клинической картины. (nimh.nih.gov)

Отдельно следует подчеркнуть различие между невротической депрессивностью и тяжелыми эндогенными аффективными расстройствами. В невротическом контексте снижение настроения обычно теснее связано с текущими переживаниями, психотравмирующей ситуацией, личностными конфликтами и бременем самих симптомов; критика, как правило, сохранена, а аффект более реактивен и изменчив. Тем не менее по субъективной тяжести такое состояние может быть весьма мучительным и существенно нарушать качество жизни. Поэтому астенические и депрессивные компоненты невротических расстройств требуют самостоятельного клинического внимания, а не трактовки как «естественного следствия усталости». (Всемирная организация здравоохранения)

3.7. Вегетативные и психосоматические нарушения при неврозах

Вегетативные и психосоматические нарушения являются одной из наиболее частых причин обращения пациентов с невротическими расстройствами за медицинской помощью. WHO прямо указывает, что тревожные расстройства сопровождаются физическим напряжением, гиперактивностью нервной системы и рядом телесных проявлений, включая сердцебиение, тошноту, дрожь, потливость и нарушения сна. NIMH в материалах по генерализованной тревоге и паническому расстройству описывает широкий диапазон физических симптомов: тахикардию, потливость, тремор, головокружение, тошноту, боли в груди, боли в животе, напряжение, ощущение нехватки воздуха, слабость, покалывание и другие телесные ощущения. Это означает, что вегетативная симптоматика при неврозах не является периферийным феноменом: она входит в саму структуру расстройства и нередко определяет его субъективную тяжесть. (Всемирная организация здравоохранения)

С клинической точки зрения вегетативные проявления могут быть постоянными или пароксизмальными. В постоянном варианте преобладают хроническая напряженность, потливость, холодные конечности, учащенное сердцебиение, лабильность пульса и артериального давления, нарушения сна,

расстройства терморегуляции, ощущение внутренней дрожи, трудности расслабления. В пароксизмальном варианте они формируют картину вегетативного криза или панической атаки, когда за короткое время резко нарастают сердечно-сосудистые, дыхательные, гастроинтестинальные и сенсорные симптомы на фоне чувства ужаса и потери контроля. Именно такая телесная интенсивность часто заставляет пациента подозревать тяжелое соматическое заболевание и многократно обращаться за неотложной помощью. (nimh.nih.gov)

Психосоматический компонент при невротических расстройствах проявляется двояко. Во-первых, тревога и хроническое напряжение сами по себе создают устойчивые телесные жалобы, не всегда имеющие специфический органический субстрат. Во-вторых, уже существующее соматическое заболевание может стать объектом гиперфиксации и усилителя невротической симптоматики. WHO отмечает тесную связь тревожных расстройств с физическим здоровьем: последствия тревоги, включая постоянное напряжение и гиперактивацию нервной системы, могут быть факторами риска для соматических заболеваний, а наличие хронической болезни, в свою очередь, может усиливать тревожность. В клинике это проявляется сложным взаимовлиянием: тело становится ареной выражения психического дистресса, а телесные симптомы, в свою очередь, поддерживают тревогу. (Всемирная организация здравоохранения)

Особую группу составляют соматические симптомные расстройства, при которых телесные жалобы сочетаются с чрезмерной тревогой по поводу здоровья, непропорциональными мыслями о серьезности состояния и постоянной сосредоточенностью на симптоме. АРА подчеркивает, что значимость такого расстройства определяется не отсутствием медицинского объяснения, а уровнем дистресса, дисфункции и чрезмерности психологической реакции. Некоторые пациенты имеют доминирующий болевой синдром, другие — слабость, одышку, функциональные желудочно-кишечные симптомы, сенсорные жалобы. В любом случае для клинической оценки важно видеть не только симптом, но и всю систему поведения вокруг него: мониторинг тела, поиск обследований, недоверие к отрицательным результатам, избегание нагрузок и вторичную фиксацию на болезненности. (Психиатрия)

Функциональные неврологические симптомы также находятся на пересечении вегетативной, психосоматической и невротической клиники. Согласно NINDS, FND может включать приступообразные эпизоды, двигательные расстройства, головокружение, речевые и когнитивные трудности; АРА добавляет онемение, слепоту, трудности ходьбы. Подобные симптомы особенно трудны для пациента, потому что выглядят как серьезное неврологическое нарушение, но их динамика тесно связана с эмоциональным состоянием, вниманием к телу и стрессом. Здесь телесность перестает быть просто «носителем» тревоги и становится центральным языком невротического страдания. (ninds.nih.gov)

В более широком смысле вегетативные и психосоматические нарушения при неврозах демонстрируют невозможность жестко разделить психическое и соматическое в клинической реальности. Пациент не переживает тревогу отдельно от сердца, дыхания, желудка, мышц и сна; он переживает единое состояние внутренней дезорганизации, которое одновременно имеет аффективное, когнитивное, телесное и поведенческое выражение. Именно поэтому невротические расстройства так часто оказываются в поле зрения врачей непсихиатрических специальностей и требуют междисциплинарного подхода к диагностике и лечению. (Всемирная организация здравоохранения)

3.8. Особенности течения, стадийности и прогноза невротических расстройств

Течение невротических расстройств, как правило, не является строго линейным. Для большинства состояний характерны постепенное начало, волнообразность симптомов, зависимость от стрессовых воздействий, возможность периодов частичного улучшения и повторного обострения. ВНО указывает, что тревожные расстройства часто начинаются в детстве или подростковом возрасте и могут продолжаться во взрослой жизни, а NIMH отмечает различные возрастные пики начала: социальная тревога обычно стартует в детстве или подростковом возрасте, паническое расстройство — в позднем подростковом или раннем взрослом возрасте, ОКР — от позднего детства до молодого возраста. Эти данные позволяют говорить о том, что невротические расстройства часто имеют ранние предпосылки и длительную жизненную динамику, а не возникают внезапно «на пустом месте». (Всемирная организация здравоохранения)

В клинико-динамическом плане условно можно выделить несколько фаз. Первая — преморбидная или продромальная, когда уже заметны личностная тревожность, повышенная стрессочувствительность, склонность к сомнениям, телесной настороженности, утомляемости или избеганию, но еще нет оформленного синдрома. Вторая — стадия манифестации, когда под влиянием стресса, психотравмы, перегрузки или накопленного напряжения симптомы становятся устойчивыми, начинают повторяться и складываются в узнаваемый синдром — генерализованную тревогу, фобию, панические атаки, навязчивости, соматоформное расстройство. Третья — стадия закрепления и хронизации, при которой поведение пациента постепенно подстраивается под симптомы: усиливается избегание, формируются ритуалы, сужается активность, возрастает зависимость от reassurance и медицинского контроля, присоединяются астено-депрессивные и психосоматические компоненты. Хотя такая стадийность условна и не одинакова для всех расстройств, она помогает понять внутреннюю логику невротического процесса. Эта схема представляет собой клиническое обобщение, согласующееся с описанной в официальных источниках хронической, стрессозависимой и рецидивирующей природой ряда состояний. (Всемирная организация здравоохранения)

Для течения невротических расстройств особенно характерна роль вторичных поддерживающих механизмов. Даже если первичный пусковой фактор утрачивает силу, симптом может сохраняться за счет страха самого симптома, привычки к избеганию, изменения образа жизни, социальной изоляции, постоянного мониторинга тела и мыслей, недосыпания и вторичной депрессии. В паническом расстройстве такую поддерживающую роль играет страх нового приступа и избегание мест, где он уже возникал; при социальной тревоге — самонаблюдение и избегание контактов; при ОКР — ритуалы, временно уменьшающие тревогу; при соматическом симптомном расстройстве — постоянная фиксация на теле и тревога о здоровье. Поэтому течение невротических состояний нередко определяется не только исходной уязвимостью, но и тем, какие стратегии пациент вырабатывает в ответ на собственные симптомы. (nimh.nih.gov)

Прогноз при невротических расстройствах в целом благоприятнее, чем при тяжелых психотических нарушениях, но он существенно варьирует в зависимости от раннего распознавания, длительности симптомов, коморбидности, выраженности избегания, личностных особенностей и доступности помощи. WHO подчеркивает, что для тревожных расстройств существуют эффективные методы лечения, однако значительная часть нуждающихся не получает его. NIMH указывает, что при паническом расстройстве, социальной тревоге и ОКР при правильном лечении и поддержке люди могут управлять симптомами и улучшать качество жизни. Вместе с тем отсутствие лечения, хронический стресс и вторичные депрессивные или соматические осложнения способны переводить расстройство в затяжную форму. (Всемирная организация здравоохранения)

Отдельно следует отметить, что не все стресс-ассоциированные невротические реакции имеют одинаковую длительность. WHO и NIMH по PTSD подчеркивают, что большинство людей после травматического события испытывают дистресс, но у многих симптомы естественным образом уменьшаются со временем; лишь у части они сохраняются месяцами или годами. Этот факт важен и для более широкого невротического спектра: реактивные тревожные и стрессовые нарушения могут частично регрессировать, если снижается интенсивность стрессора и восстанавливаются поддерживающие ресурсы. Однако если тревога закрепляется через избегание, соматизацию, ритуализацию или депрессивное истощение, спонтанное улучшение становится менее вероятным.

В прогностическом отношении большое значение имеют сохранность критики и мотивация к лечению. Хотя осознание болезненности симптомов само по себе не устраняет расстройство, оно создает основу для психотерапевтической работы и для восстановления адаптивного контроля. Напротив, длительная фиксация на симптоме, недоверие к психогенному компоненту, отказ от психотерапии и сосредоточенность исключительно на соматическом поиске могут ухудшать течение. Поэтому прогноз при невротических расстройствах определяется не только формой синдрома, но и

всей структурой отношения пациента к болезни, его окружением и доступом к квалифицированной помощи.

Таким образом, клиническая динамика невротических расстройств характеризуется ранней уязвимостью, стрессозависимой манифестацией, склонностью к волнообразному течению, возможностью хронизации через вторичные поддерживающие механизмы и в то же время потенциальной обратимостью при своевременном лечении. Это делает прогноз относительно благоприятным, но не автоматически хорошим: невротические состояния нередко оказываются затяжными и социально инвалидизирующими именно потому, что долго остаются нераспознанными, недооцененными или неверно понятыми как исключительно соматическая проблема. В клиническом и прогностическом отношении это подчеркивает необходимость ранней диагностики, комплексного подхода и учета всей многослойности симптоматики, рассмотренной в настоящей главе.

Глава IV. Диагностика и дифференциальная диагностика невротических расстройств

4.1. Принципы клинико-психопатологической диагностики

Диагностика невротических расстройств в современной клинической практике представляет собой многоуровневый процесс, в котором сочетаются клинико-психопатологический анализ, оценка выраженности и структуры симптомов, изучение их связи со стрессом, личностными особенностями и соматическим состоянием пациента, а также использование стандартизированных психодиагностических инструментов. В актуальной международной нозологии прежняя широкая категория «невроз» распределена между несколькими диагностическими блоками, прежде всего тревожными и страх-ассоциированными расстройствами, обсессивно-компульсивными и родственными состояниями, расстройствами, специально связанными со стрессом, а также соматическими симптомными и функциональными неврологическими расстройствами. При этом WHO в *Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements for ICD-11* подчеркивает, что руководство создано именно для более точной и надежной идентификации психических расстройств в клинической практике, а сами психические расстройства определяются как синдромы, сопровождающиеся клинически значимым нарушением эмоций, поведения или мышления и обычно ведущие к дистрессу либо ухудшению функционирования. Следовательно, первый принцип клинико-психопатологической диагностики невротических расстройств состоит в том, что диагноз не может базироваться на изолированной жалобе: он требует установления синдрома, оценки его клинической значимости и анализа того, насколько он нарушает реальную жизнь пациента. (Всемирная организация здравоохранения)

Клинико-психопатологическая диагностика невротических состояний начинается с развернутого психиатрического и психологического интервью. Его задача заключается не только в том, чтобы выявить наличие тревоги, навязчивостей, соматизированных жалоб, страхов или астенических проявлений, но и в том, чтобы установить их форму, длительность, контекст возникновения, внутреннюю структуру, связь с психотравмирующими событиями, наличие избегания, компульсивных действий, вторичной депрессии и сопутствующих соматических расстройств. Для невротических состояний особенно важно выяснять, в какой степени симптомы переживаются как чуждые, чрезмерные или болезненные, сохраняется ли критика, осознает ли пациент непропорциональность своего страха или ритуала, способен ли он описать внутренний конфликт между пониманием симптома и невозможностью его прекратить. Именно сохранность или относительная сохранность критического отношения, отсутствие грубого распада мышления и неутрата реальностного тестирования традиционно относят невротические расстройства к не-психотическому уровню психопатологии. (nimh.nih.gov)

Вторым принципом диагностики является синдромальный подход. Он предполагает, что врач или клинический психолог должны выделить ведущий

психопатологический синдром — генерализованную тревогу, панические атаки, социальное избегание, специфическую фобию, обсессивно-компульсивную симптоматику, соматическую фиксацию, функционально-неврологические проявления, астено-депрессивный компонент — и уже затем соотносить его с диагностическими категориями. Такой порядок мышления особенно важен для невротических расстройств, поскольку они редко существуют в изолированных «чистых» формах. WHO подчеркивает, что тревожные расстройства, например, характеризуются не только страхом и тревогой, но и связанными с ними нарушениями поведения, а NIMH в описании OCD указывает на сочетание obsessions и compulsions, которые должны быть достаточно выраженными, чтобы вызывать значительный дистресс или нарушать повседневную жизнь. Следовательно, диагностика требует не подсчета отдельных жалоб, а выделения организующего синдрома и понимания того, какой механизм — тревога ожидания, избегание, компульсивная нейтрализация, телесная гиперфиксация — структурирует клиническую картину. (nimh.nih.gov)

Третий принцип связан с разграничением нормы и патологии. Для невротических расстройств это особенно важно, поскольку страх, тревога, сомнения, усталость, телесное напряжение и реакция на стресс являются универсальными феноменами человеческой психики. Поэтому клиницист должен оценивать не только содержание переживания, но и его непропорциональность ситуации, длительность, устойчивость, склонность к генерализации, выраженность поведенческого ограничения и степень нарушения функционирования. В ICD-11 CDDR специально выделяется «limit with normality», то есть граница между расстройством и вариантами нормы, а в WHO-определении психического расстройства подчеркивается связь с клинически значимым дистрессом или дисфункцией. Отсюда вытекает важное методологическое следствие: сам по себе высокий уровень переживания еще не всегда равен диагнозу, но становится основанием для диагноза тогда, когда перестает быть адаптивным и начинает подчинять себе поведение, социальную активность и внутреннюю жизнь человека. (Всемирная организация здравоохранения)

Четвертый принцип — динамический. Невротические расстройства необходимо оценивать во времени, а не только в момент осмотра. Для этого собирается анамнез развития симптомов, уточняются преморбидные особенности личности, возраст начала тревожности, наличие ранних тревожных или соматизированных реакций, эпизоды обострений, ремиссий, реакции на стресс, связь с утратами, конфликтами, перегрузкой, травматическими событиями. NIMH указывает, что OCD часто начинается между поздним детством и молодым взрослым возрастом, социальная тревога нередко формируется уже в детстве или подростковом возрасте, а паническое расстройство может развиваться позднее. В диагностическом отношении это означает, что клиницисту важно видеть не только актуальную форму симптома, но и его историю: многие состояния выглядят сходно поперечно, но различаются по траектории развития. (nimh.nih.gov)

Пятый принцип — исключение или подтверждение коморбидности. Тревожные и родственные расстройства часто сочетаются с депрессией, злоупотреблением психоактивными веществами, нарушениями сна, функциональными соматическими симптомами и расстройствами личности. WHO прямо указывает, что тревожные расстройства нередко перекрываются с депрессивными, а NIMH отмечает, что при OCD и паническом расстройстве часто обнаруживаются другие психические расстройства. Поэтому клинико-психопатологическая диагностика не должна завершаться после установления одного диагноза; напротив, требуется целенаправленно искать вторую и третью линии симптоматики, которые могут определять тяжесть случая и влиять на выбор лечения. (uspreventiveservicestaskforce.org)

Наконец, фундаментальным принципом является междисциплинарность. Невротические расстройства чрезвычайно часто маскируются под соматические и неврологические жалобы. APA указывает, что люди с somatic symptom disorder чаще обращаются в первичное звено, чем в психиатрические службы, а NINDS подчеркивает, что диагноз functional neurologic disorder должен основываться на истории болезни, симптомах и физикальном осмотре, включая позитивные клинические признаки, а не только на отсутствии органической находки. Следовательно, диагностика невротических расстройств требует не отвлечения от соматики, а ее грамотного учета: клиницист должен одновременно мыслить психопатологически и соматически, избегая как гиперсоматизации, так и поспешного психогенизирования. (Психиатрия)

4.2. Психологические и психодиагностические методы обследования

Психологические и психодиагностические методы обследования при невротических расстройствах играют вспомогательную, но чрезвычайно важную роль. Их главная функция состоит не в подмене клинического диагноза, а в структурировании симптоматики, количественной оценке ее выраженности, мониторинге динамики и выявлении тех доменов, которые могут быть недостаточно заметны в обычном интервью. APA прямо указывает, что cross-cutting symptom measures могут помочь в комплексной оценке психического состояния, обращая внимание на симптомы, значимые сразу для нескольких диагнозов, и служить отправной точкой для дальнейшего клинического расспроса. В DSM-5-TR online assessment measures APA подчеркивает, что такие инструменты предназначены для первичного интервью и для мониторинга динамики лечения. Отсюда вытекает основной принцип психодиагностики при невротических расстройствах: шкала не заменяет клинициста, но делает клиническое наблюдение более систематизированным и воспроизводимым. (Психиатрия)

Среди наиболее употребляемых скрининговых инструментов для тревожной симптоматики особое место занимает GAD-7. Оригинальная работа Spitzer и соавт. определяет GAD-7 как краткий и эффективный инструмент для скрининга генерализованного тревожного расстройства и

оценки его тяжести в клинической практике и исследованиях. В современных руководствах по первичной помощи он также часто рассматривается как практичный инструмент первичной оценки тревоги. Методологически важно, что GAD-7 не предназначен для формального «подтверждения невроза», но позволяет быстро оценить выраженность тревожных жалоб, сопоставить данные интервью с самоотчетом пациента и отслеживать изменения состояния во времени. В невротических состояниях это особенно полезно, поскольку субъективная тревога нередко колеблется и может быть недооценена при единичной беседе. ([PubMed](#))

Для оценки депрессивного компонента широко используется PHQ-9. Оригинальное исследование Kroenke и соавт. показывает, что PHQ-9 представляет собой краткую шкалу, основанную на девяти критериях DSM-IV депрессии, а APA описывает PHQ-9 и PHQ-2 как лаконичные, самозаполняемые инструменты для скрининга, диагностики и мониторинга депрессивной симптоматики. В структуре невротических расстройств PHQ-9 особенно значим не потому, что «выявляет невроз», а потому, что помогает оценить степень астено-депрессивного утяжеления, различить преобладание тревоги и депрессии и своевременно заметить случаи, где вторичная депрессия становится уже не фоном, а самостоятельной клинической проблемой. ([PMC](#))

Для соматизированной симптоматики и телесного дистресса важны PHQ-15 и родственные соматические меры. Оригинальная работа Kroenke и соавт. определяет PHQ-15 как краткий самоотчетный опросник, полезный для скрининга соматизации и мониторинга выраженности соматических симптомов, а более поздний систематический обзор 2024 года заключает, что PHQ-15 и SSS-8 могут быть рекомендованы для оценки и мониторинга соматической симптомной нагрузки. Клиническая ценность таких шкал при невротических расстройствах состоит в том, что они помогают увидеть не только наличие отдельных жалоб, но и общий уровень телесной перегруженности, который часто является ключом к соматоформным и тревожно-ипохондрическим вариантам клиники. Вместе с тем высокие показатели по PHQ-15 не позволяют автоматически исключить соматическое заболевание, а должны рассматриваться как сигнал к более тщательной дифференциальной диагностике. ([PubMed](#))

В диагностике обсессивно-компульсивных проявлений классическим инструментом остается Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. Goodman и соавт. еще в 1989 году показали, что Yale-Brown Scale является надежным инструментом для измерения тяжести OCD, а более поздняя литература продолжает рассматривать Y-BOCS как золотой стандарт оценки обсессивно-компульсивной симптоматики. Ее методологическое преимущество заключается в том, что она позволяет оценивать не только наличие определенных навязчивостей и компульсий, но и их влияние на время, интерференцию, дистресс, сопротивление и контроль. Для клинициста это особенно важно, поскольку многие пациенты способны перечислить навязчивые мысли, но недооценивают степень реального поведенческого подчинения симптомам. ([PubMed](#))

Важную роль играют и структурированные или полуструктурированные диагностические интервью. MINI, по данным оригинальной публикации Sheehan и соавт., представляет собой короткое структурированное диагностическое интервью, разработанное психиатрами и клиницистами для быстрой диагностики основных психических расстройств. SCID-5, в описании APA и VA National Center for PTSD, является полуструктурированным интервью для постановки основных DSM-5 диагнозов и должен проводиться клиницистом или подготовленным специалистом. В исследовательской и клинико-экспертной практике эти инструменты особенно полезны тогда, когда требуется формализованная оценка коморбидности, уточнение границ между тревожным, обсессивным, депрессивным и психотическим спектром либо повышение воспроизводимости диагностического решения. ([PubMed](#))

Кроме шкал симптомов, психологическое обследование при невротических расстройствах включает клиническую беседу, анализ стрессоров, оценку копинг-стратегий, личностных черт, особенностей привязанности, когнитивных искажений и функционального уровня. APA Guidelines for Psychological Assessment and Evaluation подчеркивают, что качественная психологическая оценка строится не на одном тесте, а на интеграции разных источников данных: интервью, наблюдения, психометрии, контекста и профессионального клинического суждения. В случае невротических расстройств это особенно существенно, поскольку одно и то же количество баллов на шкале может скрывать различные патогенетические конфигурации: у одного пациента за тревогой стоят прежде всего перфекционизм и хронический самоконтроль, у другого — психотравма и избегание, у третьего — соматическая гиперфиксация и тревога за здоровье. Поэтому психодиагностические методы должны использоваться не как механические сортировщики диагнозов, а как средства углубления клинического понимания. ([APA](#))

Таким образом, психологические и психодиагностические методы обследования при невротических расстройствах выполняют три основные функции: они помогают стандартизировать выявление симптомов, количественно описывать их тяжесть и отслеживать динамику; они облегчают выявление коморбидности и скрытых доменов страдания; и, наконец, они создают общий язык для взаимодействия клиницистов, психологов и исследователей. Но их полноценная ценность раскрывается только в том случае, если результаты интерпретируются в контексте клинико-психопатологического анализа, а не вместо него. ([Психиатрия](#))

4.3. Критерии разграничения неврозов и психозов

Разграничение невротических и психотических расстройств остается одним из ключевых вопросов клинической психопатологии, несмотря на то что термин «невроз» в строгом нозологическом смысле используется сегодня реже. В практическом отношении задача остается прежней: необходимо отличить не-психотические тревожно-обсессивно-соматизированные

состояния от состояний, сопровождающихся потерей контакта с реальностью, бредом, галлюцинациями, грубой дезорганизацией мышления и поведения. NIMH определяет психоз как состояние, при котором человек может переживать делюзии и галлюцинации; MedlinePlus подчеркивает, что при психотических расстройствах люди теряют контакт с реальностью, а MSD Manual указывает, что психотические симптомы включают галлюцинации, бред, дезорганизованную речь и поведение. Следовательно, базовое различие между невротическим и психотическим уровнями проходит по линии реального тестирования и структуры сознательного отношения к симптомам. (nimh.nih.gov)

Первым клиническим критерием разграничения является характер убеждений и переживаний. При невротических расстройствах тревожные мысли, навязчивости и страхи чаще переживаются как чрезмерные, мучительные, иногда нелепые, но в целом сохраняется возможность критической дистанции. Пациент может говорить: «Я понимаю, что это глупо», «Я знаю, что вероятность мала», «Я понимаю, что это просто мысль, но не могу от нее избавиться». При психозе, напротив, бредовые убеждения переживаются как истинные и не требуют такой внутренней оговорки; человек не сомневается, что за ним следят, что телевизор подает ему сигналы, что его мысли контролируются извне, либо что у него есть особое предназначение. Именно отсутствие критической дистанции к патологическому убеждению является одним из решающих дифференциальных признаков. (nimh.nih.gov)

Вторым критерием является характер перцептивных феноменов. В невротических состояниях пациент может сообщать о телесных ощущениях, дереализации, деперсонализации, «чувстве нереальности», но классические истинные галлюцинации для них не являются типичными. Психоз же определяется именно возможностью слуховых, зрительных и иных галлюцинаторных переживаний. NIMH описывает психоз через ложные убеждения и восприятия, а MSD Manual — через ложные восприятия, бред, дезорганизованное мышление и поведение. Поэтому наличие отчетливых галлюцинаций, особенно комментирующих или императивных, требует выхода за рамки простой «невротической» модели и переоценки случая на предмет психотического расстройства либо психоза, вызванного соматическим заболеванием или веществом. (nimh.nih.gov)

Третьим критерием является организация мышления и речи. При невротических расстройствах мышление может быть тревожно застревающим, руминативным, сомневающимся, сверхдетализированным, но в целом логическая связь, целенаправленность и синтаксическая организация речи остаются сохранными. При психозах же возможно выраженное разрыхление ассоциаций, бессвязность, нелепость выводов, символическая перегрузка, а также нарушение способности к совместному конструированию реальности в беседе. NIMH и MSD Manual оба включают *incoherent or nonsense speech* и *disorganized thinking* в число типичных признаков психоза. Поэтому дифференциальная диагностика должна оценивать не просто содержание

тревоги или убеждений, а общий строй психической деятельности. (nimh.nih.gov)

Четвертый критерий связан с уровнем инсайта. При невротических расстройствах, даже если инсайт снижен, он редко полностью утрачивается. При OCD, как подчеркивает NIMH, навязчивости и компульсии чаще всего переживаются как unwanted thoughts and repetitive behaviors, то есть как нечто нежелательное и тягостное. Напротив, при психотических состояниях возможно грубое отсутствие осознания болезненности переживаний. Следует, однако, учитывать, что инсайт — не бинарный феномен. При тяжелых тревожно-ипохондрических, дисморфофобических или обсессивных состояниях критика может быть существенно сужена, а при некоторых психотических расстройствах на ранних стадиях она может быть частично сохранена. Поэтому инсайт рассматривается не как единственный, а как один из взаимодополняющих критериев. (nimh.nih.gov)

Пятым критерием является тип нарушения поведения. Невротические состояния чаще ведут к избеганию, ритуализации, поиску безопасности, эмоциональному истощению и социальной скованности. Психотические — к дезорганизованному поведению, неадекватности, кататоническим проявлениям, опасным действиям под влиянием бреда или голосов, а также к более выраженному нарушению социальной и бытовой автономии. MSD Manual особо подчеркивает роль disorganized or abnormal motor behavior и negative symptoms в шизофреническом спектре. Поэтому оценка повседневной адаптации должна включать не только жалобы пациента, но и наблюдение за его реальным функционированием. ([MSD Manuals](#))

Особую сложность представляют промежуточные и пограничные случаи. Тяжелая тревога может сопровождаться кратковременной дереализацией, деперсонализацией и ощущением «схожу с ума», но это еще не психоз. Психотическая депрессия, наоборот, может маскироваться жалобами на тревогу и соматическое истощение, пока не будут целенаправленно выявлены бред вины, нигилистические идеи или галлюцинации, согласующиеся с депрессивным аффектом. NIMH и NHS подчеркивают, что в рамках биполярного расстройства и психотической депрессии возможны галлюцинации и бред. Следовательно, разграничение невроза и психоза требует активного поиска психотических симптомов, а не пассивного ожидания их спонтанного предъявления. (nimh.nih.gov)

Таким образом, критерии разграничения неврозов и психозов включают сохранность контакта с реальностью, уровень критики, отсутствие либо наличие бреда и галлюцинаций, степень дезорганизации мышления и поведения, а также общий профиль функционирования. Ни один из этих критериев не должен использоваться изолированно. Только их комплексная оценка позволяет избежать как гипердиагностики психоза у тревожного пациента, так и опасной недооценки раннего психотического процесса. (nimh.nih.gov)

4.4. Дифференциальная диагностика невротических и аффективных расстройств

Дифференциальная диагностика невротических и аффективных расстройств представляет особую сложность, поскольку тревожные, обсессивные, соматизированные и астенические проявления часто тесно переплетаются с депрессивной симптоматикой. WHO указывает, что тревожные расстройства и депрессия нередко перекрываются, а USPSTF в своих рекомендациях по скринингу специально подчеркивает, что anxiety and depressive disorders often overlap. Следовательно, в реальной клинике разграничение редко сводится к выбору «или-или»; чаще речь идет об определении ведущего синдрома, порядка формирования симптомов, глубины аффективного снижения и наличия признаков, выводящих состояние за рамки невротической тревожно-стрессовой дезадаптации. (uspreventiveservicestaskforce.org)

При невротических расстройствах депрессивные явления нередко имеют реактивный, вторичный и ситуационно окрашенный характер. Они формируются на фоне длительной тревоги, астении, ограничения активности, чувства истощения, неудовлетворенности собой, хронического напряжения или социальной дезадаптации. У таких пациентов снижение настроения часто более изменчиво, теснее связано с текущими обстоятельствами, а тревога, сомнения, страхи, телесная напряженность и психическая гипернастороженность остаются клинически доминирующими. При большом депрессивном эпизоде, напротив, на первый план обычно выходят стойкое сниженное настроение, утрата интереса и удовольствия, чувство вины или никчемности, безнадежность, психомоторные изменения, выраженное снижение энергии, а иногда и суицидальные мысли. WHO именно так описывает депрессивный эпизод, подчеркивая значение снижения настроения и утраты интереса как ведущих признаков. (NICE)

Важнейший критерий дифференциации — аффективное ядро состояния. Если пациент прежде всего страдает от страха, внутреннего напряжения, ожидания беды, избегания, соматической тревоги или навязчивого контроля, а депрессивные жалобы возникают позже, как следствие истощения, вероятнее невротическое или тревожное расстройство с вторичной депрессивностью. Если же определяющими являются подавленность, утрата удовольствия, психомоторная заторможенность, выраженная ангедония, глубокая безнадежность и самоуничтожение, следует думать о депрессивном расстройстве как о первичном процессе. При этом один и тот же пациент может демонстрировать оба спектра симптомов одновременно, что делает особенно важной оценку их иерархии и временной последовательности. (NICE)

Дополнительную сложность создает разграничение тревожной депрессии и генерализованной тревоги. В обоих случаях могут наблюдаться беспокойство, нарушения сна, утомляемость, снижение концентрации и соматические жалобы. Здесь особенно полезны структурированные интервью,

клиническая беседа и шкалы, такие как PHQ-9 и GAD-7, поскольку они позволяют отдельно оценить депрессивный и тревожный кластеры, хотя и не подменяют клиническое решение. Важно учитывать, что положительные результаты по обоим шкалам не решают вопроса автоматически: они лишь указывают на необходимость более углубленного синдромального анализа. ([PubMed](#))

Разграничение невротических состояний с биполярным аффективным спектром требует особой осторожности. NIMH подчеркивает, что биполярное расстройство сопровождается эпизодами мании или гипомании и что часть пациентов может переживать психотические симптомы. Клиническая ошибка возможна тогда, когда тревога, раздражительность, бессонница и психомоторное возбуждение при гипомании принимаются за «тревожный невроз», а депрессивные фазы — за реактивную депрессию на фоне хронической тревоги. Поэтому при любой картине тревоги и депрессии необходимо целенаправленно уточнять эпизоды аномально повышенного или раздражительного настроения, уменьшенной потребности во сне, ускорения мышления, роста активности, импульсивных действий и изменений привычного уровня функционирования. Наличие таких эпизодов существенно меняет нозологическую оценку. ([nimh.nih.gov](#))

Крайне важна дифференциальная диагностика с психотической депрессией. NICE указывает, что психотическая депрессия рассматривается в рамках лечения и ведения более тяжелых депрессивных состояний, а NHS и MedlinePlus описывают psychotic depression как депрессию, сопровождающуюся бредом и/или галлюцинациями, часто тематически связанными с чувством вины, греховности, телесной испорченности или наказания. С клинической точки зрения именно психотические симптомы отличают такое состояние от невротической депрессивности, даже если внешне пациент прежде всего жалуется на тоску, тревогу и бессонницу. Любые идеи неизбывной виновности, телесного разложения, неизлечимой «порчи», наказания свыше или голосов, подтверждающих никчемность, требуют переоценки состояния в сторону тяжелого аффективного расстройства с психотическими особенностями. ([NICE](#))

Следовательно, дифференциальная диагностика невротических и аффективных расстройств должна опираться на анализ аффективного ядра, временной последовательности симптомов, степени ангедонии и безнадежности, наличия маниакальных или гипоманиакальных эпизодов, а также признаков психоза. При этом во многих случаях правильнее говорить не о жестком противопоставлении, а о клиническом континууме и коморбидности, где тревожные и депрессивные механизмы переплетены, но один из них все же остается ведущим и определяющим лечебную тактику. ([uspreventiveservicestaskforce.org](#))

4.5. Дифференциальная диагностика с психосоматическими и неврологическими заболеваниями

Невротические расстройства особенно часто требуют дифференциальной диагностики с психосоматическими и неврологическими заболеваниями, поскольку именно в этих областях симптоматика может быть наименее специфичной и наиболее обманчивой. АРА отмечает, что при somatic symptom disorder ключевым является не отсутствие медицинского диагноза, а чрезмерная фиксация на физических симптомах, сопровождающаяся выраженным дистрессом и нарушением функционирования; симптомы при этом могут как иметь, так и не иметь подтвержденную соматическую основу. Этот тезис принципиален: задача врача состоит не в том, чтобы противопоставить «настоящую соматику» и «психогению», а в том, чтобы определить вклад каждого компонента и понять, не превратилась ли нормальная забота о здоровье в патологический стиль переживания болезни. (Психиатрия)

При разграничении невротических состояний и соматической патологии в первую очередь оцениваются характер жалоб, их соответствие известным физиологическим или анатомическим закономерностям, динамика симптомов, результаты объективного обследования и степень психической фиксации на телесности. Например, при тревожном и паническом расстройстве сердцебиение, одышка, чувство нехватки воздуха и боль в груди могут имитировать кардиологическую катастрофу, однако будут характеризоваться пароксизмальностью, связью с тревогой, отсутствием органической корреляции и тенденцией к страху нового приступа. При генерализованной тревоге множественные телесные жалобы сочетаются с хроническим беспокойством, бессонницей, мышечным напряжением и катастрофизацией. В отличие от этого, при соматическом заболевании телесная симптоматика обычно образует более закономерный паттерн, поддающийся объективной верификации. Но клиницист обязан помнить, что невротическое расстройство и соматическая болезнь могут сосуществовать, взаимно усиливая друг друга. (Психиатрия)

При соматическом симптомном расстройстве отличительным признаком становится избыточная психологическая реакция на телесный симптом. АРА подчеркивает, что диагностическое значение имеют excessive thoughts, feelings and behaviors relating to the physical symptoms. Иными словами, дифференциальная диагностика строится не только вокруг вопроса «есть ли болезнь?», но и вокруг вопроса «каков стиль отношения к телесным ощущениям?». Пациент с SSD может иметь реальную мигрень, боли в спине или функциональные кишечные симптомы, но клиническую картину определяет уже не столько сама боль, сколько непропорциональная тревога, поиск подтверждений, постоянный мониторинг и невозможность отвлечься от тела. Именно эта сверхценная фиксация отличает соматоформно-невротическую клинику от обычной реакции на болезнь. (Психиатрия)

Особое значение имеет дифференциальная диагностика с функциональным неврологическим расстройством и органической неврологической патологией. NINDS указывает, что FND диагностируется на основании анамнеза, симптомов и физикального обследования, причем существуют позитивные клинические признаки, например Hoover's sign, позволяющие подтвердить диагноз. NICE CKS формулирует это еще более определенно: диагноз FND должен быть «rule-in», то есть основанным на выявлении положительных признаков расстройства, а не просто на отсутствии органики. В клиническом плане это означает, что при слабости, треморе, нарушении походки, онемении, приступах, напоминающих судороги, зрительных или речевых расстройствах врач не должен ограничиваться формулой «ничего не нашли». Необходимо установить, соответствуют ли симптомы известным неврологическим закономерностям, есть ли внутренние несоответствия картины, и существуют ли позитивные функциональные признаки, поддерживающие диагноз FND. (ninds.nih.gov)

Дифференциальная диагностика с органическими неврологическими заболеваниями требует особой осторожности, потому что ошибка возможна в обе стороны. С одной стороны, истинное рассеянное склерозирование, эпилепсия, нейродегенеративное заболевание, миастения, мигрень, vestibular disorders или эндокринно-метаболические нарушения могут быть ошибочно психогенизированы. С другой — функциональные симптомы могут годами трактоваться как неуточненная неврологическая патология без должной психиатрической оценки. NICE guideline on suspected neurological conditions подчеркивает значение правильной первичной оценки симптомов и своевременного направления на специализированное обследование. Для клинициста это означает необходимость двойной установки: сначала — серьезно отнестись к неврологической жалобе и не пропустить опасную органику, затем — столь же серьезно рассмотреть возможность функционального или невротического механизма, если объективная картина не подтверждает органического объяснения. (NICE)

Сходная логика действует и в отношении психосоматических заболеваний. WHO подчеркивает двунаправленную связь тревожных расстройств и физического здоровья: хроническая тревога может способствовать физическому неблагополучию, а хроническая болезнь — усиливать тревожность. Поэтому дифференциальная диагностика не должна строиться как конкуренция «либо психика, либо тело». При синдроме раздраженного кишечника, хронической боли, соматических функциональных синдромах, сердечно-сосудистых жалобах и других состояниях психическое напряжение нередко влияет на выраженность симптомов, их переносимость и паттерны обращения за помощью. Но это влияние не отменяет возможности биологического субстрата. Верная диагностика требует признания их совместного существования. (Психиатрия)

Таким образом, дифференциальная диагностика невротических расстройств с психосоматическими и неврологическими заболеваниями строится на трех принципах: во-первых, симптом должен быть оценен

объективно и соматически добросовестно; во-вторых, клиницист должен искать не только отсутствие органики, но и наличие положительных признаков функционального либо соматизированного механизма; в-третьих, необходимо учитывать частое сосуществование невротического и соматического процесса, а не пытаться насильственно свести весь случай к одной модели. Только такой подход позволяет избежать как стигматизирующего «это все нервы», так и бесконечной соматической гипердиагностики. (ninds.nih.gov)

4.6. Проблемы раннего выявления невротических состояний

Проблема раннего выявления невротических состояний остается одной из наиболее острых в современной клинической практике. Хотя тревожные, обсессивно-компульсивные, соматоформные и стресс-ассоциированные расстройства чрезвычайно распространены и, как правило, поддаются лечению, они часто долго остаются нераспознанными или распознаются лишь на стадии хронического течения, когда уже сформированы избегание, социальная дезадаптация, вторичная депрессия и устойчивая соматическая фиксация. WHO подчеркивает, что эффективные методы лечения тревожных расстройств существуют, но многие люди не получают необходимой помощи. Следовательно, проблема раннего выявления состоит не только в наличии диагностических критериев, но и в том, что реальные пути пациента к специалисту оказываются запоздалыми и фрагментированными. (Всемирная организация здравоохранения)

Одной из главных причин позднего выявления является маскированность симптоматики. Пациент чаще обращается не с жалобой «у меня тревожное расстройство», а с бессонницей, сердцебиением, болями, слабостью, паническими приступами, навязчивой проверкой здоровья, ощущением внутреннего истощения или страхом конкретной ситуации. АРА отмечает, что люди с somatic symptom disorder чаще обращаются к врачам первичного звена, а NICE в старом, но по-прежнему значимом материале о common mental health disorders указывал на необходимость систем идентификации таких состояний в общеклинической практике. Иначе говоря, раннее выявление невротических состояний невозможно без подготовки врачей общей практики, неврологов, терапевтов и других специалистов к распознаванию психического компонента телесных жалоб. (Психиатрия)

Другой серьезной проблемой является стигма и низкая склонность пациентов связывать свои симптомы с психическим здоровьем. Многие считают тревогу, навязчивости или функциональные телесные симптомы проявлением слабости, «характера», утомления или неизлечимой телесной болезни и поэтому откладывают обращение к специалисту по психическому здоровью. WHO указывает, что психические расстройства связаны с выраженным бременем дистресса и нарушения функционирования, однако доступ к помощи по-прежнему ограничен. В результате пациент может годами двигаться по кругу между различными специалистами, получая разрозненную симптоматическую помощь без целостной психопатологической оценки.

Сложность раннего выявления усиливается и тем, что границы между субклинической тревожностью, реакцией на стресс и оформленным расстройством часто бывают размыты. Именно поэтому современные рекомендации по скринингу приобретают все большее значение. USPSTF в 2023 году впервые рекомендовала скрининг на тревожные расстройства у взрослых 64 лет и младше, включая беременных и послеродовых пациентов, а также подтвердила рекомендацию по скринингу депрессии у всех взрослых. Эти рекомендации не означают, что любой положительный скрининг равен диагнозу, но они отражают важную стратегию: общая медицинская практика должна не ждать тяжелой манифестации, а активно выявлять ранние признаки дистресса и направлять на дальнейшую оценку. Для невротических состояний это особенно актуально, поскольку раннее вмешательство может препятствовать хронизации избегающего и соматизирующего поведения.

Проблемой остается и недостаточная чувствительность к «нетипичным» или менее узнаваемым формам расстройства. NICE по OCD подчеркивает, что менее распространенные формы обсессивно-компульсивной симптоматики могут оставаться нераспознанными годами и что далеко не все специалисты имеют достаточный опыт их распознавания. Это наблюдение легко обобщается на весь невротический спектр: не только классическая тревога, но и навязчивые моральные сомнения, скрытые ментальные ритуалы, функциональные неврологические симптомы, телесная гиперфиксация, социальное избегание без явных панических атак, хроническая астеническая тревога могут долго не попадать в поле точной диагностики. Раннее выявление требует клинической чувствительности не только к «типичным» жалобам, но и к их менее очевидным эквивалентам.

Существенное препятствие для ранней диагностики составляет и организационный фактор. WHO mhGAP был создан именно на фоне глобального дефицита помощи людям с психическими, неврологическими и связанными с употреблением веществ расстройствами, особенно на уровне первичного звена. Это означает, что проблема позднего выявления невротических состояний имеет не только клиничко-психологическую, но и системную природу. Даже если скрининговый инструмент применен и тревога выявлена, дальнейшая маршрутизация пациента, доступность психотерапии, времени на полноценное интервью и междисциплинарное взаимодействие остаются критически важными. Без них раннее выявление остается формальным.

Наконец, ранняя диагностика невротических состояний затрудняется самой динамикой расстройств. Тревожность может нарастать постепенно, пациент и его близкие адаптируются к ее присутствию, избегание начинает восприниматься как «характер» или «образ жизни», компульсии — как привычки, соматическая фиксация — как забота о здоровье. В итоге момент перехода от личностной особенности или стрессовой реакции к клинически значимому расстройству оказывается пропущенным. В этом отношении раннее выявление требует не только шкал и рекомендаций, но и клинического мышления, чувствительного к постепенному снижению свободы и

адаптивности человека. Именно утрата спонтанности, расширение избегания, рост времени, подчиненного симптомам, и ухудшение функционирования часто являются самыми ранними надежными признаками того, что тревожно-невротическое состояние вышло за пределы нормы.

В итоге проблемы раннего выявления невротических состояний можно свести к нескольким взаимосвязанным уровням: феноменологическому, когда симптомы маскируются под соматику или «характер»; культурному, когда пациент не склонен обращаться за психиатрической или психологической помощью; организационному, когда первичное звено недостаточно интегрировано с психическим здоровьем; и диагностическому, когда клиницист недооценивает смешанные, скрытые или атипичные формы. Решение этой проблемы возможно только при сочетании клинической настороженности, скрининговых подходов, междисциплинарной подготовки и последующего углубленного обследования. Именно такой путь позволяет не просто ставить диагноз точнее, но и предотвращать хронизацию невротических расстройств.

Глава V. Лечение и коррекция невротических расстройств

5.1. Основные принципы терапии неврозов

Современное лечение невротических расстройств основывается на представлении о данных состояниях как о многофакторных, клинически значимых и вместе с тем потенциально обратимых формах психической дезадаптации, в структуре которых сочетаются тревожные, обсессивные, фобические, соматоформные, астенические, а нередко и депрессивные компоненты. В международных руководствах подчеркивается, что терапия должна быть направлена не только на уменьшение отдельных симптомов, но и на снижение дистресса, восстановление повседневного функционирования, предупреждение хронизации и улучшение качества жизни. Именно поэтому лечение невротических состояний не может сводиться к симптоматическому подавлению тревоги или отдельных телесных жалоб: оно должно быть этиопатогенетически обоснованным, синдромально точным, личностно ориентированным и динамически выстроенным. Руководство Всемирной организации здравоохранения по программе сокращения разрыва в оказании психиатрической помощи специально подчеркивает необходимость качественной, своевременной и научно обоснованной помощи при психических расстройствах, а рекомендации Национального института здравоохранения и совершенствования медицинской помощи Великобритании последовательно строятся вокруг идеи ремиссии, функционального восстановления и снижения риска рецидива. (Всемирная организация здравоохранения)

Первый принцип терапии невротических расстройств заключается в поэтапности и соразмерности вмешательства тяжести состояния. В рекомендациях по генерализованной тревоге и паническому расстройству подчеркивается ступенчатый подход, при котором на начальных этапах используются психообразование, активное наблюдение, управляемая самопомощь и психотерапевтические методы меньшей интенсивности, а при выраженном функциональном нарушении либо недостаточном эффекте начальных мер назначаются более интенсивные психотерапевтические вмешательства, лекарственная терапия или их сочетание. Аналогичный принцип прослеживается и в рекомендациях по обсессивно-компульсивным расстройствам, где степень выраженности нарушений определяет выбор между менее интенсивной психологической помощью, полноценной индивидуальной психотерапией и комбинированным лечением. Данный принцип имеет не только организационное, но и клиническое значение: он позволяет избежать как недолечивания тяжелого состояния, так и неоправданной интенсификации помощи при относительно легких и кратковременных нарушениях. (NICE)

Второй принцип — индивидуализация лечения. Невротические расстройства, даже формально относящиеся к одной диагностической группе, значительно различаются по клиническому содержанию, личностному фону,

степени сохранности критики, наличию соматической фиксации, коморбидных депрессивных проявлений, особенностям семейной и профессиональной ситуации, а также по готовности пациента к психотерапевтической работе. Поэтому выбор лечебной стратегии должен учитывать не только формальный диагноз, но и ведущий синдром, глубину дезадаптации, историю болезни, предшествующий опыт лечения, наличие сопутствующих соматических заболеваний, риск самоповреждения, а также субъективные предпочтения пациента. В руководствах по тревожным расстройствам, обсессивно-компульсивному расстройству и посттравматическому стрессовому расстройству неоднократно подчеркивается необходимость совместного принятия решений, обсуждения вариантов лечения, побочных эффектов и предпочтительного формата помощи. (NICE)

Третий принцип — приоритет психотерапевтического воздействия в структуре помощи при большинстве невротических расстройств. Современные рекомендации в отношении генерализованной тревоги, панического расстройства, обсессивно-компульсивной симптоматики и посттравматических стрессовых состояний свидетельствуют о высокой значимости психологических методов и, в ряде случаев, их предпочтительности по отношению к фармакотерапии либо, по крайней мере, о необходимости рассматривать их как равноправный или ведущий компонент лечения. Всемирная организация здравоохранения также указывает, что для тревоги и депрессии разработаны краткие психологические вмешательства, основанные на научно подтвержденных принципах и пригодные для масштабирования. Это особенно важно для невротических состояний, поскольку сами механизмы их развития и поддержания тесно связаны с избегающим поведением, искажениями оценки угрозы, нарушением эмоциональной регуляции и внутренними конфликтами, то есть с теми звеньями, на которые психотерапия воздействует непосредственно. (Всемирная организация здравоохранения)

Четвертый принцип — мультидисциплинарность. Невротические расстройства часто локализуются на границе психиатрии, клинической психологии, неврологии и общей медицинской практики. Пациенты нередко обращаются с бессонницей, кардиореспираторными жалобами, болевыми синдромами, функциональными нарушениями чувствительности или движений, усталостью, телесной напряженностью и страхом тяжелого соматического заболевания. В этих случаях успешное лечение невозможно без согласованной работы врача-психиатра, психотерапевта, клинического психолога, врача общей практики, а при необходимости — невролога, кардиолога, гастроэнтеролога и специалистов по реабилитации. Рекомендации по функциональным неврологическим расстройствам и соматическим симптомным расстройствам подчеркивают значение положительной диагностики, координации помощи и отказа от ложной дихотомии между «психическим» и «соматическим». (NICE)

Пятый принцип — ориентация на длительный результат. Лечение невротических расстройств не должно ограничиваться краткосрочным

уменьшением остроты симптомов. В рекомендациях по генерализованной тревоге и обсессивно-компульсивному расстройству специально отмечается необходимость продолжения эффективной лекарственной терапии на протяжении длительного времени после достижения улучшения и обязательность работы по переносу усвоенных психотерапевтических навыков на будущие симптомы и стрессовые ситуации. Тем самым цель лечения формулируется как достижение стойкой ремиссии, восстановление адаптационных возможностей и формирование более устойчивых способов совладания с внутренним напряжением и внешней неопределенностью. (NICE)

5.2. Психотерапия как ведущий метод лечения

Психотерапия занимает центральное место в лечении невротических расстройств, поскольку воздействует на те психологические механизмы, которые лежат в основе формирования и поддержания симптомов. В отличие от медикаментозных средств, преимущественно уменьшающих выраженность тревоги, навязчивости, депрессивного аффекта или нарушений сна, психотерапия позволяет изменять устойчивые паттерны интерпретации угрозы, избегающее поведение, ригидные способы эмоциональной регуляции, внутренние конфликты, избыточную потребность в контроле и патологическую фиксацию на телесных либо мысленных феноменах. Современные руководства подчеркивают, что при генерализованной тревоге, паническом расстройстве, обсессивно-компульсивных состояниях и посттравматических стрессовых нарушениях психотерапевтические вмешательства относятся к числу основных, а в ряде случаев — предпочтительных методов лечения. (NICE)

Как ведущий метод лечения психотерапия выполняет сразу несколько функций. Во-первых, она обеспечивает психообразовательный компонент, позволяющий пациенту понять природу симптомов, механизмы их усиления и роль тревожного круга, в котором страх, телесная реакция, катастрофическая интерпретация и избегание взаимно поддерживают друг друга. Во-вторых, психотерапия создает условия для формирования новых навыков саморегуляции, более реалистичной оценки угрозы, постепенного отказа от патологических способов защиты и восстановления утраченной активности. В-третьих, она позволяет работать с более глубокими уровнями расстройства — нарушенной системой отношений, внутренним конфликтом, травматическим опытом, чувством вины, стыда, беспомощности и неустойчивой самооценкой. Наконец, психотерапия способствует интеграции лечебного процесса, поскольку соединяет симптоматическую помощь с личностной реконструкцией и профилактикой рецидива. (Всемирная организация здравоохранения)

Важным достоинством психотерапии является ее способность влиять не только на текущие симптомы, но и на дальнейшую траекторию расстройства. В сети рандомизированных исследований, обобщенных в систематическом

анализе психотерапий при генерализованной тревоге, показано, что когнитивно-поведенческий подход связан как с выраженным уменьшением симптоматики в острой фазе, так и с более устойчивым сохранением эффекта в отдаленном периоде. Это особенно значимо применительно к невротическим расстройствам, которые отличаются склонностью к хронизации через избегание, ритуализацию, соматическую гиперфиксацию и повторные стрессовые обострения. Когда пациент получает не только облегчение, но и инструменты осмысления и регуляции своих реакций, лечение перестает быть внешним воздействием и становится внутренне освоенным способом самопомощи. (PMS)

Психотерапия в лечении невротических расстройств не является единым и однородным методом. Ее формы различаются по интенсивности, структуре, теоретической модели, степени директивности, длительности, участию семьи и техническому наполнению. Национальный институт здравоохранения и совершенствования медицинской помощи Великобритании рекомендует при генерализованной тревоге как интенсивные психологические вмешательства, так и более ранние формы направленной самопомощи и психообразовательных групп, а при обсессивно-компульсивном расстройстве — выбор интенсивности в зависимости от функционального нарушения. Это означает, что психотерапия должна быть не просто «назначена», а правильно подобрана: избыточно простое вмешательство может быть недостаточным, а слишком интенсивное — преждевременным и плохо принимаемым пациентом. (NICE)

Особое место занимает терапевтический союз. Независимо от модели психотерапии, при невротических расстройствах решающее значение имеет формирование безопасного и доверительного пространства, в котором пациент способен постепенно отказываться от защитной закрытости, стыда и привычки скрывать симптомы. Это особенно важно при обсессивно-компульсивных расстройствах, где навязчивые мысли нередко касаются агрессии, сексуальности, религиозных тем или страха причинить вред, а также при соматоформных состояниях, где пациент часто ожидает либо обесценивания своих страданий, либо очередного бессмысленного обследования. Рекомендации по обсессивно-компульсивному расстройству прямо подчеркивают необходимость чувствительного исследования скрытого дистресса и объяснения произвольной природы симптомов. Следовательно, терапевтический союз при невротических расстройствах является не только общим условием успешной помощи, но и самостоятельным лечебным фактором. (NICE)

С учетом изложенного психотерапию следует рассматривать как стержневой метод лечения невротических расстройств. Ее ведущая роль определяется тем, что она одновременно снижает симптоматическую выраженность, изменяет поддерживающие механизмы болезни, укрепляет личностные ресурсы и служит основой для длительной стабилизации результата. Именно поэтому в современной модели помощи при невротических состояниях психотерапия выступает не приложением к

лекарственному лечению, а его смысловым и клиническим центром. (Всемирная организация здравоохранения)

5.3. Когнитивно-поведенческая терапия в коррекции невротических расстройств

Когнитивно-поведенческая терапия занимает в современной клинической практике особое место благодаря высокой степени исследованности, структурированности и непосредственной направленности на механизмы, поддерживающие невротические расстройства. В систематическом сетевом анализе рандомизированных исследований при генерализованной тревоге показано, что именно данный подход ассоциирован как с выраженным снижением симптомов в ближайшей перспективе, так и с наиболее устойчивым сохранением эффекта в более отдаленные сроки. В рекомендациях Национального института здравоохранения и совершенствования медицинской помощи этот метод рассматривается как один из основных при генерализованной тревоге, паническом расстройстве, обсессивно-компульсивном расстройстве и посттравматических стрессовых состояниях. Всемирная организация здравоохранения также указывает, что ее краткие психологические вмешательства для тревоги и дистресса основаны именно на принципах данного направления и включают управление стрессом, решение проблем и укрепление социальной поддержки. (РМС)

Теоретическая основа когнитивно-поведенческой терапии при невротических расстройствах состоит в признании того, что клиническую выраженность симптомов определяют не только сами стрессовые события или телесные реакции, но и их интерпретация, а также закрепившиеся способы ответа на них. При генерализованной тревоге ведущую роль играют катастрофизация, непереносимость неопределенности и привычка к непрерывному мысленному контролю. При паническом расстройстве — катастрофическая оценка вегетативных ощущений и страх повторения приступа. При фобиях — завышенная оценка угрозы и избегающее поведение. При обсессивно-компульсивной симптоматике — переоценка значения навязчивых мыслей, гиперответственность и ритуализированная нейтрализация тревоги. При соматоформных состояниях — избыточная фиксация на телесных сигналах и привычка интерпретировать их как признаки тяжелого неблагополучия. Когнитивно-поведенческая терапия целенаправленно работает с каждым из этих звеньев, что и определяет ее высокую клиническую эффективность. (РМС)

Практически данный подход включает несколько взаимосвязанных компонентов. Сначала проводится разъяснение механизмов расстройства и формируется индивидуальная модель симптома. Затем осуществляется наблюдение за автоматическими мыслями, телесными реакциями и поведением, которое поддерживает болезнь. После этого используются методы когнитивной переработки, позволяющие подвергать сомнению катастрофические интерпретации, а также поведенческие методы,

направленные на постепенное прекращение избегания и проверку пугающих предположений в реальных условиях. В рекомендациях по обсессивно-компульсивному расстройству отдельно подчеркивается значение экспозиции с предупреждением ритуалов, включая работу как с открытыми компульсиями, так и с мысленными ритуалами и стратегиями нейтрализации. При посттравматическом стрессовом расстройстве рекомендации делают акцент на травмофокусированной разновидности данного подхода, включающей переработку травматических воспоминаний, изменение связанных с травмой значений и преодоление избегания. (NICE)

При генерализованной тревоге данная терапия позволяет переводить бесформенное беспокойство в управляемый объект анализа. Пациент учится различать продуктивное и непродуктивное беспокойство, отслеживать связь между тревожной мыслью и телесной реакцией, развивать переносимость неопределенности, сокращать бесконечное мысленное «предрешение» проблем и восстанавливать повседневную активность. Важным элементом работы становится отказ от ложной идеи, будто беспокойство само по себе предотвращает беду. Когда эта связь разрушается, тревога постепенно утрачивает статус обязательного способа самозащиты. Исследования, обобщенные в сетевом анализе, подтверждают, что именно такой подход дает устойчивый клинический эффект у взрослых с генерализованной тревогой. (PMC)

При паническом расстройстве и агорафобии основной задачей является разрыв порочного круга между телесным ощущением, его катастрофической интерпретацией и последующим страхом. Здесь используются обучение пониманию панической реакции, снижение страха перед вегетативными симптомами, поведенческие эксперименты, в том числе направленные на безопасное переживание пугающих телесных ощущений, а также постепенное возвращение в избегаемые ситуации. В рекомендациях по паническому расстройству когнитивно-поведенческая терапия названа предпочтительным психологическим методом, особенно при умеренной и тяжелой выраженности симптомов. Это объясняется тем, что она воздействует непосредственно на антиципаторную тревогу и избегание, являющиеся основными факторами хронизации. (NICE)

При обсессивно-компульсивной симптоматике терапевтическое значение имеет не только пересмотр иррациональных убеждений, но и систематическое обучение пациента выдерживать тревогу без ритуального ответа. Рекомендации по обсессивно-компульсивному расстройству прямо указывают на значимость экспозиции с предупреждением ритуалов, а также допускают добавление когнитивной терапии, адаптированной к обсессивной симптоматике, для усиления долгосрочного снижения симптомов. Особое внимание уделяется скрытым навязчивостям, мысленным ритуалам и вовлеченности родственников в поддержание болезни через участие в проверках, успокоении и обходных стратегиях. Таким образом, когнитивно-поведенческая терапия при обсессивно-компульсивном расстройстве

выступает как метод глубокой поведенческой и когнитивной перестройки, а не только как средство временного контроля тревоги. (NICE)

С клинической точки зрения важным достоинством данного подхода является его высокая адаптируемость. В рекомендациях по посттравматическому стрессовому расстройству предусмотрены как очные индивидуальные формы травмофокусированной терапии, так и поддерживаемые компьютеризированные форматы для определенных категорий пациентов. Всемирная организация здравоохранения, в свою очередь, указывает на возможность проведения кратких психологических вмешательств даже специалистами без узкой психотерапевтической специализации после соответствующего обучения. Это делает когнитивно-поведенческий подход не только эффективным, но и организационно перспективным инструментом, особенно в системах, где потребность в помощи значительно превышает доступность узких специалистов. (NICE)

Вместе с тем данный метод имеет и ограничения. Он требует определенной степени мотивации, способности к самонаблюдению, готовности встречаться с тревогой без привычных способов защиты и достаточно регулярного участия в терапевтическом процессе. При тяжелой депрессии, грубом когнитивном снижении, выраженной дезорганизации личности или полном отсутствии готовности к сотрудничеству его применение может быть затруднено либо нуждаться в предварительной стабилизации состояния. Однако в целом когнитивно-поведенческая терапия остается наиболее разработанным и доказательно обеспеченным направлением коррекции невротических расстройств, особенно когда целью является не только уменьшение симптомов, но и долговременное изменение поддерживающих их механизмов. (PМС)

5.4. Психодинамический и личностно-ориентированный подходы

Несмотря на доминирующее положение когнитивно-поведенческой модели в современных рекомендациях, психодинамический и личностно-ориентированный подходы сохраняют важное место в лечении невротических расстройств, особенно в тех случаях, когда клиническая картина тесно переплетена с глубинными внутренними конфликтами, нарушенной системой отношений, травматическим опытом раннего развития, неустойчивой самооценкой и ригидными защитными механизмами. В обзорном исследовании, посвященном современному статусу психодинамической психотерапии, отмечается наличие высококачественных данных при депрессивных и соматических симптомных расстройствах и умеренно качественных данных при тревожных и личностных расстройствах; при этом сделан вывод о клинически значимом эффекте и доказательной обоснованности данного направления. Такой результат особенно значим для невротических расстройств, поскольку он показывает, что лечение не должно быть сведено к одной теоретической модели. (PМС)

Психодинамический подход исходит из того, что симптом имеет не только поведенческий и физиологический, но и личностный смысл. Тревога, навязчивость, соматизация, хроническая истощаемость и эмоциональное напряжение рассматриваются не просто как ошибки переработки информации, а как формы внутреннего компромисса, возникающего на почве конфликта между влечениями, запретами, потребностью в зависимости и стремлением к автономии, агрессией и страхом утраты любви, желанием контроля и переживанием собственной хрупкости. В клинической практике это особенно важно у пациентов, чьи симптомы упорно воспроизводятся в одних и тех же межличностных сценариях, усиливаются в ситуациях стыда, вины, угрозы отвержения или повторяют структуру ранних отношений. В подобных случаях работа только на уровне поверхностного симптома может оказаться недостаточной для стойкой ремиссии. (РМС)

Личностно-ориентированные подходы, развивавшиеся в отечественной клинической психологии и психотерапии, особенно подчеркивают роль системы отношений личности. В рамках этой традиции невротическое расстройство понимается как следствие неудачного разрешения жизненно значимого противоречия, нарушающего адаптацию, эмоциональную устойчивость и целостность внутреннего мира. С терапевтической точки зрения это означает необходимость не только уменьшать симптомы, но и пересматривать дезадаптивные установки, отношение к себе, структуру притязаний, способы переживания неудачи, зависимости, конфликтов и фрустрированных потребностей. Лечение при таком подходе становится формой реконструкции личностных отношений и восстановления более зрелых способов эмоционального и социального функционирования. (РМС)

Преимущество психодинамического и личностно-ориентированного подходов состоит в их глубине. Они позволяют учитывать, почему один и тот же симптом у разных пациентов выполняет различную психологическую функцию. Для одного человека телесная жалоба может быть способом сделать невыносимое внутреннее напряжение более понятным и «законным»; для другого навязчивость служит защитой от агрессивных импульсов и чувства вины; для третьего хроническая тревога представляет собой форму поддержания внутреннего контроля над опасным и непредсказуемым миром. Когда терапия помогает осознать эту функцию, ослабляется потребность в самом симптоме как в единственном доступном способе психической стабилизации. (РМС)

Следует, однако, признать, что данные подходы требуют более тщательного отбора пациентов и более точного соотнесения с фазой расстройства. В состоянии острой паники, тяжелой декомпенсации, выраженного избегания или навязчивого ритуального подчинения первоочередной задачей нередко становится стабилизация состояния, снижение дистресса и восстановление базового контроля над симптомами. На этом этапе более структурированные методы могут быть предпочтительнее. Но после частичной стабилизации или при хронических, личностно насыщенных формах невротических расстройств психодинамическая и

личностно-ориентированная работа способна обеспечить то углубление лечения, без которого симптоматическое улучшение остается неустойчивым. В этом отношении данные подходы не конкурируют с более структурированными методами, а дополняют их. (PМС)

Особенно важна роль этих подходов в случаях рецидивирующих состояний, соматоформных расстройств, сочетания тревоги с личностной неустойчивостью, выраженным стыдом, зависимостью от одобрения и хроническими межличностными конфликтами. Здесь работа только с автоматическими мыслями или избеганием может оказаться полезной, но недостаточной, если не затрагиваются глубинные отношения пациента с собой и другими. Именно поэтому рациональная современная модель лечения невротических расстройств предполагает не догматическое противопоставление психотерапевтических школ, а их клинически обоснованное использование в зависимости от структуры случая. (PМС)

5.5. Медикаментозная терапия: показания и ограничения

Медикаментозная терапия при невротических расстройствах занимает важное, но подчиненное место. Ее основная задача состоит в уменьшении выраженности тревоги, паники, депрессивного аффекта, навязчивостей, нарушений сна и вегетативного напряжения в тех случаях, когда симптоматика достигает такой степени, что препятствует психотерапевтической работе, резко снижает повседневное функционирование или не поддается немедленной коррекции одними психологическими средствами. Рекомендации по генерализованной тревоге указывают, что при выборе лекарственной терапии следует назначать препараты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, а при недостаточном эффекте — рассматривать другие препараты этой группы либо ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина. Для обсессивно-компульсивного расстройства также подтверждается эффективность селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, а при тяжелом функциональном нарушении рекомендуется сочетать их с психотерапией. При посттравматическом стрессовом расстройстве медикаменты рекомендуются лишь тогда, когда взрослый пациент предпочитает лекарственный путь, причем речь идет преимущественно о препаратах серотонинергического ряда либо венлафаксине, а не о медикаментозной терапии как лечении первой очереди. (NICE)

Показания к фармакотерапии следует формулировать клинически, а не механически. К ним относятся выраженная генерализованная тревога с существенным нарушением функционирования, частые и тяжелые панические атаки, обсессивно-компульсивная симптоматика средней и тяжелой степени, затяжное течение расстройства, значимая коморбидная депрессия, бессонница и истощение, препятствующие повседневной жизни и участию в психотерапии, а также отсутствие эффекта от полноценного психотерапевтического вмешательства. В рекомендациях по

генерализованной тревоге прямо указано, что при недостаточном ответе на высокоинтенсивное психологическое вмешательство следует предлагать лекарственную терапию, а при частичном ответе на препарат — рассматривать добавление интенсивной психотерапии. Тем самым фармакотерапия понимается как элемент ступенчатой стратегии, а не как универсальное решение. (NICE)

Препараты серотонинергического ряда предпочтительны не только из-за их доказанной эффективности, но и потому, что они лучше подходят для длительного ведения тревожных и обсессивных состояний, чем препараты быстрого седативного действия. При этом лечение требует терпения и правильного информирования пациента. В рекомендациях по обсессивно-компульсивному расстройству специально отмечается, что эффект может формироваться с задержкой до двенадцати недель, а на ранних этапах необходимо обсуждать возможные нежелательные явления, усиление тревоги и риск самоповреждающих мыслей у молодых взрослых и пациентов с депрессивной коморбидностью. Аналогичная настороженность в отношении ранних побочных реакций содержится и в рекомендациях по генерализованной тревоге. Следовательно, лекарственная терапия невротических расстройств требует не только назначения препарата, но и тщательного сопровождения начала лечения. (NICE)

Ограничения медикаментозной терапии особенно отчетливо проявляются в отношении бензодиазепинов. В руководстве по генерализованной тревоге прямо указано, что данные препараты не должны использоваться в первичной и специализированной помощи, за исключением краткосрочной меры в кризисной ситуации. В рекомендациях по посттравматическому стрессовому расстройству подчеркивается, что лекарственные препараты, включая бензодиазепины, не следует использовать для профилактики посттравматического расстройства у взрослых. Это отражает современное понимание их места: они могут кратковременно уменьшать напряжение, но не решают патогенетических задач, несут риск зависимости и не способствуют долговременному восстановлению адаптивных механизмов. Для невротических расстройств, склонных к хронизации через избегание и внешнюю опору на «успокаивающее средство», такой риск особенно неблагоприятен. (NICE)

Существенные ограничения касаются и других лекарственных групп. В рекомендациях по обсессивно-компульсивному расстройству указано, что трициклические антидепрессанты, кроме кломипрамина, а также ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина не должны обычно использоваться для лечения данного расстройства без сопутствующей патологии; антипсихотические препараты не должны применяться в рутинном режиме самостоятельно у детей и подростков, а у взрослых при посттравматическом стрессовом расстройстве их добавление допустимо лишь в тяжелых и резистентных случаях под контролем специалиста. Эти ограничения подчеркивают важный принцип: медикаментозное лечение невротических расстройств должно быть не эмпирическим, а строго

взвешенным, минимально достаточным и соответствующим конкретной клинической задаче. (NICE)

Отдельного внимания заслуживает вопрос длительности фармакотерапии. В руководстве по генерализованной тревоге указано, что при эффективности препарата его следует продолжать не менее года, поскольку риск рецидива высок. В рекомендациях по обсессивно-компульсивному расстройству для взрослых также рекомендуется продолжать эффективное лечение селективными ингибиторами обратного захвата серотонина не менее двенадцати месяцев для предупреждения рецидива и дальнейшего улучшения, а затем пересматривать необходимость продолжения с учетом тяжести исходного заболевания, количества предыдущих эпизодов, остаточной симптоматики и актуальных психосоциальных трудностей. Следовательно, фармакотерапия при невротических состояниях не должна прерываться сразу после первого облегчения, но и не должна бесконтрольно продолжаться без регулярной переоценки необходимости. (NICE)

Наконец, важнейшим ограничением медикаментозной терапии является ее неспособность самостоятельно менять внутренние механизмы расстройства. Препараты могут уменьшать интенсивность страха, тревоги, навязчивости, бессонницы и аффективного снижения, но не устраняют автоматически избегание, ритуалы, непереносимость неопределенности, искаженные убеждения, дефициты эмоциональной регуляции и личностные конфликты. Именно поэтому в современных подходах лекарственная терапия рассматривается как средство создания более благоприятных условий для психотерапии и реабилитации, а не как их замена. В случаях тяжелого функционального нарушения, средней и тяжелой обсессивно-компульсивной симптоматики и ряда хронических состояний наилучшие результаты обычно достигаются при сочетании медикаментозного и психотерапевтического лечения. (NICE)

5.6. Комплексный подход к лечению и реабилитации

Комплексный подход к лечению невротических расстройств является логическим следствием их биопсихосоциальной природы. Поскольку в формировании и поддержании данных состояний участвуют биологическая уязвимость, психологические механизмы, семейные отношения, социальные нагрузки, соматическое здоровье и характер жизненной ситуации, терапевтическая помощь должна быть организована таким образом, чтобы воздействовать на все основные патогенетические звенья. Всемирная организация здравоохранения прямо подчеркивает необходимость сочетания качественного ухода, психосоциальной поддержки и, когда это требуется, лекарственной терапии. Аналогично в рекомендациях по тревожным, обсессивно-компульсивным и посттравматическим расстройствам проводится мысль о ступенчатой и координированной помощи, в которой выбор вмешательства зависит от тяжести состояния, ответа на предшествующее лечение и наличия сопутствующих проблем.

Ключевым элементом комплексного лечения является сочетание психотерапии с разумно подобранной фармакотерапией в тех случаях, когда это клинически оправдано. При обсессивно-компульсивном расстройстве при тяжелом функциональном нарушении рекомендуется комбинированное лечение, включающее психотерапию и селективный ингибитор обратного захвата серотонина. При генерализованной тревоге также допускается добавление интенсивной психотерапии к частично эффективному лекарственному лечению либо, наоборот, назначение препарата после недостаточного ответа на полноценное психологическое вмешательство. Такая комбинация особенно ценна в тех случаях, когда выраженность симптомов препятствует полноценному участию в психотерапии, но при этом одной медикаментозной стабилизации недостаточно для стойкого результата. (NICE)

Важнейшей частью комплексной помощи является психообразование. Пациент должен получать ясные и научно обоснованные объяснения природы своего состояния, механизмов его поддержания, роли избегания, ритуалов, соматической фиксации, хронического стресса и нарушения сна. В рекомендациях по обсессивно-компульсивному расстройству подчеркивается необходимость объяснять произвольную природу симптомов и скрытый дистресс, а в материалах Всемирной организации здравоохранения по кратким психологическим вмешательствам одним из базовых направлений является обучение управлению стрессом и решению проблем. Психообразование имеет не только информационное, но и лечебное значение: оно уменьшает катастрофизацию, снижает вторичный страх перед симптомами и делает пациента активным участником терапии. (NICE)

Реабилитационный компонент при невротических расстройствах включает восстановление нарушенной социальной, семейной и профессиональной адаптации. Длительная тревога, фобическое избегание, навязчивые ритуалы, функциональные телесные симптомы и астено-депрессивные проявления нередко приводят к утрате прежней активности, социальной изоляции, снижению трудоспособности, нарушению внутрисемейных отношений и формированию зависимого стиля жизни. Поэтому лечение не может считаться завершенным, если пациент лишь субъективно чувствует себя немного лучше, но продолжает жить в суженном пространстве избегания и самоограничения. Рекомендации по обсессивно-компульсивному расстройству даже на уровне организационных мер учитывают необходимость помощи с транспортом, доступа к домашним формам лечения и работы с семьей, если она вовлечена в поддержание симптомов. Это отражает более общий принцип: реабилитация должна быть направлена на расширение жизненного пространства пациента. (NICE)

Особое значение имеет семейный компонент лечения. Родственники часто невольно становятся частью патологической системы, участвуя в успокоении пациента, подстраиваясь под ритуалы, усиливая избегание или, напротив, обесценивая страдание и тем самым углубляя чувство стыда и непонятости. В рекомендациях по обсессивно-компульсивному расстройству

специально подчеркивается необходимость оценки участия родственников в компульсивном поведении и постепенного уменьшения их вовлеченности в проверку, избегание и поиск уверений. В более широком смысле семейная работа позволяет не только снизить нагрузку на близких, но и превратить семейную систему из фактора хронизации в ресурс выздоровления. (NICE)

Комплексный подход включает и работу с образом жизни. При невротических расстройствах значимы режим сна, регулярность нагрузок, снижение хронической перегрузки, восстановление баланса между работой и отдыхом, постепенное возвращение к физической активности, ограничение самонаблюдения и интернет-поиска по теме симптомов, а также формирование устойчивых практик эмоциональной саморегуляции. Хотя подобные меры могут казаться неспецифическими, на деле именно они создают повседневную среду, в которой психотерапевтические и лекарственные эффекты становятся более устойчивыми. Особенно важны они при сочетании тревоги с астенией, соматической гиперчувствительностью и нарушениями сна. В системе Всемирной организации здравоохранения это соответствует более широкому пониманию психосоциальной поддержки и укрепления ресурсов повседневной адаптации. (Всемирная организация здравоохранения)

В целом комплексный подход к лечению и реабилитации невротических расстройств предполагает, что эффективная помощь строится вокруг нескольких взаимодополняющих линий: психотерапевтической, медикаментозной, психообразовательной, семейной, реабилитационной и профилактической. Только такое сочетание позволяет воздействовать не на отдельный симптом, а на всю систему факторов, удерживающих расстройство и препятствующих возвращению человека к полноценной жизни.

5.7. Профилактика рецидивов и поддерживающая терапия

Профилактика рецидивов при невротических расстройствах имеет не меньшее значение, чем купирование острой симптоматики, поскольку именно склонность к повторным обострениям, стрессозависимым колебаниям и постепенному восстановлению избегания или ритуалов определяет хроническое бремя данных состояний. В руководстве по генерализованной тревоге подчеркивается, что вероятность рецидива высока, поэтому эффективную лекарственную терапию следует продолжать не менее года. В рекомендациях по обсессивно-компульсивному расстройству также указано на необходимость длительного продолжения медикаментозного лечения после достижения ремиссии и регулярного последующего наблюдения в течение двенадцати месяцев. Эти положения отражают современный принцип: ремиссия невротического расстройства — это не конец лечения, а переход к его новой фазе. (NICE)

Поддерживающая терапия включает прежде всего закрепление навыков, усвоенных в процессе основного лечения. В рекомендациях по обсессивно-компульсивному расстройству прямо сказано, что к концу лечения пациенту

следует разъяснять, как применять усвоенные принципы в случае возвращения прежних или появления новых симптомов. Для детей и подростков предусмотрена возможность дополнительных сессий после завершения основного курса. Такой подход имеет универсальное значение и для других невротических расстройств: пациент должен уметь распознавать ранние признаки обострения, замечать возобновление избегания, навязчивых проверок, телесной гиперфиксации, бессонницы и катастрофического мышления, а также своевременно использовать освоенные способы коррекции. (NICE)

К профилактике рецидивов относится и постепенное, контролируемое прекращение медикаментозной терапии. В рекомендациях по обсессивно-компульсивному расстройству подчеркивается необходимость медленного снижения дозы для минимизации синдрома отмены и предупреждения ошибочной интерпретации отменных явлений как возвращения болезни. Аналогичная логика применима и к другим тревожным состояниям: слишком быстрое прекращение лечения может не только вызвать соматический и эмоциональный дискомфорт, но и вновь усилить страх, подорвать доверие пациента к терапии и спровоцировать закрепление убеждения о собственной «неизлечимости». Следовательно, поддерживающая терапия включает не только продолжение лечения, но и грамотный выход из него. (NICE)

Существенную роль играет поддержание регулярного контакта со специалистом в течение периода ремиссии. В рекомендациях по обсессивно-компульсивному расстройству указано, что человек, находящийся в ремиссии, должен регулярно наблюдаться в течение двенадцати месяцев, а при повторном обращении после успешного лечения не должен помещаться в обычную очередь ожидания. Это отражает клиническую реальность: раннее вмешательство при первых признаках ухудшения позволяет предотвратить полное разворачивание рецидива. Поддерживающее наблюдение не обязательно должно быть интенсивным, но оно должно быть достаточным для своевременного выявления опасных изменений. (NICE)

Психотерапевтическая профилактика рецидива направлена на устойчивое изменение образа реагирования на стресс. В обзоре профилактических психологических вмешательств отмечается, что меры, ориентированные на предупреждение возврата тревожных и депрессивных симптомов, рассматриваются как самостоятельное направление помощи. Практически это означает работу с уязвимостями, которые сохраняются и после клинического улучшения: непереносимостью неопределенности, привычкой к избеганию, самокритикой, гиперответственностью, зависимостью от внешнего одобрения и склонностью переводить эмоциональное напряжение в соматическую плоскость. Чем лучше пациент понимает свои индивидуальные механизмы уязвимости, тем выше шанс поддержать ремиссию в реальных жизненных условиях.

Поддерживающая терапия должна включать и работу со стрессом. Рецидив невротического расстройства нередко провоцируется не одним драматическим событием, а кумуляцией повседневной перегрузки,

недосыпания, семейных конфликтов, профессионального истощения, хронической неопределенности и утраты восстановительных практик. Поэтому профилактика рецидива предполагает не абстрактное пожелание «меньше нервничать», а конкретное построение режима, способов саморегуляции, восстановления активности, границ нагрузки и реалистичного отношения к собственным ресурсам. Всемирная организация здравоохранения в своих кратких психологических вмешательствах уделяет особое внимание управлению стрессом и решению проблем, что подтверждает значение этой линии в профилактической работе.

Наконец, поддерживающая терапия включает укрепление внутренней позиции пациента как субъекта своего выздоровления. Если в острой фазе он часто переживает себя как пассивную жертву симптомов, то на этапе профилактики рецидива принципиально важно восстановить чувство эффективности, способности замечать ранние сигналы обострения, осознанно пользоваться психотерапевтическими навыками и своевременно обращаться за помощью. Подобное изменение внутренней позиции является одним из наиболее надежных признаков завершения не только симптоматического, но и более глубинного этапа лечения. В этом смысле профилактика рецидива представляет собой не приложение к терапии, а высший этап ее завершения.

Таким образом, лечение и коррекция невротических расстройств в современной клинической модели строятся на сочетании поэтапности, индивидуализации, приоритета психотерапии, обоснованного использования лекарственных средств, междисциплинарного взаимодействия и обязательной профилактики рецидивов. Психотерапия выступает ведущим методом, поскольку воздействует на психологические механизмы заболевания, тогда как медикаментозная терапия занимает вспомогательное, но нередко необходимое место при выраженных и затяжных формах расстройства. Наиболее продуктивной оказывается комплексная стратегия, соединяющая симптоматическую стабилизацию с личностной переработкой, психообразованием, семейной поддержкой и реабилитацией. Именно такой подход обеспечивает не только уменьшение симптомов, но и восстановление адаптационных возможностей личности, снижение риска повторных эпизодов и повышение качества жизни пациентов с невротическими расстройствами.

Глава VI. Невротические расстройства в различных возрастных и социальных группах

Возрастной и социальный контекст является одним из ключевых условий, определяющих как клиническое своеобразие невротических расстройств, так и особенности их возникновения, течения, диагностики и прогноза. Хотя основные механизмы невротизации — тревожная переработка неопределенности, нарушение эмоциональной регуляции, избегающее поведение, соматизация, внутренний конфликт и повышенная чувствительность к стрессу — сохраняют общую патогенетическую значимость на протяжении жизни, их конкретное клиническое выражение существенно меняется в зависимости от возраста, пола, семейного положения, профессиональной роли и социальной нагрузки. В подростковом возрасте на первый план выступают процессы эмоционального созревания, школьное давление, становление самооценки и зависимость от семейной среды; в молодом и зрелом возрасте — задачи самоопределения, профессиональной реализации, партнерства, родительства и социальной конкуренции; в пожилом возрасте — утраты, одиночество, соматическая коморбидность, снижение функциональных возможностей и риск социальной изоляции. Дополнительное значение приобретают гендерные различия, специфика профессий с высокой эмоциональной и организационной перегрузкой, а также межличностные отношения, выступающие то фактором риска, то ресурсом защиты. Именно поэтому клиническое изучение невротических расстройств требует не абстрактного, а возрастно-социального подхода, позволяющего рассматривать болезнь в контексте жизненного пути человека и той социальной среды, в которой разворачивается его психическая адаптация. (Всемирная организация здравоохранения)

6.1. Невротические расстройства у детей и подростков

В детском и подростковом возрасте невротические расстройства занимают особое место, поскольку именно в этот период происходит становление базовых механизмов эмоциональной регуляции, формируются устойчивые способы реагирования на стресс, закрепляются модели привязанности, самооценки и отношения к миру как к безопасному либо угрожающему пространству. Всемирная организация здравоохранения указывает, что эмоциональные расстройства широко распространены среди подростков, причем тревожные расстройства являются наиболее частыми в этой возрастной группе и встречаются чаще у старших подростков, чем у младших: ориентировочно у 4,1% детей 10–14 лет и у 5,3% подростков 15–19 лет. Тем самым уже на уровне глобальных данных подтверждается, что подростковый возраст является не только периодом нормативной эмоциональной лабильности, но и временем повышенной уязвимости к формированию клинически значимых тревожных и иных невротических состояний. (Всемирная организация здравоохранения)

Клиническая картина невротических расстройств у детей и подростков отличается возрастной спецификой. Тревога в этом возрасте нередко проявляется не столько в форме развернутого вербального описания внутреннего напряжения, сколько через соматические жалобы, страх разлуки, школьное избегание, нарушения сна, плаксивость, раздражительность, двигательное беспокойство, навязчивые действия, трудности концентрации, зависимость от родительского успокоения и выраженную чувствительность к оценке. Обзор, посвященный тревожным расстройствам у детей и подростков, подчеркивает, что их распознавание затруднено именно потому, что детская тревога часто переплетается с возрастными особенностями развития и нередко маскируется под поведенческие, учебные или соматические проблемы. Это означает, что клиническая диагностика детско-подростковых невротических состояний должна учитывать не только наличие страха или беспокойства, но и то, каким образом ребенок или подросток выражает дистресс в доступной ему форме. (РМС)

Подростковый возраст особенно чувствителен к влиянию социальных и образовательных нагрузок. Региональные данные Всемирной организации здравоохранения по Европе показывают рост школьного давления и одновременное снижение семейной поддержки, причем данная тенденция особенно выражена у девочек: среди пятнадцатилетних почти две трети девочек сообщают о сильном давлении, связанном с учебой, тогда как у мальчиков этот показатель заметно ниже. Хотя эти данные относятся к конкретному региону, они отражают более общий клинически значимый феномен: подростковая невротизация нередко развивается в точке пересечения учебной перегрузки, неустойчивой самооценки, социального сравнения, повышенной чувствительности к одобрению и страха не соответствовать ожиданиям окружающих. В результате тревожные, астенические, фобические и соматизированные симптомы становятся не только реакцией на отдельную трудность, но и способом существования в условиях хронического давления. (Всемирная организация здравоохранения)

Особое значение в детском и подростковом возрасте имеют неблагоприятные переживания раннего развития. Исследование, посвященное клиническим проявлениям тревоги у подростков с неблагоприятным детским опытом, показало значимую связь между числом таких переживаний и уровнем тревожной симптоматики; при этом девочки демонстрировали более высокие показатели тревоги, чем мальчики. Эти данные согласуются с более широкой концепцией, согласно которой насилие, пренебрежение, семейная дисфункция, утраты и хроническая небезопасность формируют долговременную уязвимость к невротическим реакциям, изменяя восприятие угрозы, толерантность к неопределенности и способность к эмоциональному самоуспокоению. В клиническом смысле это означает, что подростковая тревога часто имеет накопительный характер и не может быть понята вне биографии развития. (РМС)

Не менее значима роль семейной среды как ближайшего контекста формирования детской невротизации. Современный обзор о семейном

функционировании и детской тревоге показывает двустороннюю связь между этими явлениями: благополучное семейное функционирование связано с более низким риском тревоги у ребенка, тогда как сама детская тревога способна усиливать эмоциональное напряжение родителей и ухудшать внутрисемейную атмосферу. В том же обзоре подчеркивается посредническая роль привязанности: надежные отношения с родителями снижают риск тревожных нарушений и смягчают влияние неблагоприятных моделей воспитания. Следовательно, семья не только передает ребенку стиль реагирования на стресс, но и определяет степень его психологической защищенности перед лицом внешних и внутренних угроз. ([tp.amegroups.org](http://amegroups.org))

Долговременное наблюдение за связью родительской и детской тревоги подтверждает, что передача тревожности осуществляется не только через общую наследственную предрасположенность, но и через реальные эмоциональные взаимодействия в семье. В четырехволновом исследовании было показано, что родительская тревога статистически значимо предсказывала тревогу ребенка на всех временных точках, причем это влияние было сильнее у девочек и у детей, чем у подростков. При этом определенный обратный эффект также был обнаружен: выраженная тревога ребенка в ряде случаев усиливала тревогу родителя. Это делает семейную систему не просто фоном, а динамическим участником формирования невротического процесса. Практический вывод отсюда состоит в том, что у детей и подростков лечение невротических состояний часто требует не только индивидуальной, но и семейной коррекции. (РМС)

Подростковый возраст следует рассматривать и как период повышенного риска закрепления невротических механизмов на длительную перспективу. Если тревога, избегание, школьная дезадаптация, зависимость от внешнего подтверждения, соматические реакции на стресс и неустойчивое чувство собственного достоинства закрепляются в этот возрастной период, то они могут перейти в молодую взрослость уже не как эпизод, а как устойчивый способ эмоционального функционирования. Именно поэтому раннее распознавание подростковых невротических состояний имеет не только симптоматическое, но и прогностическое значение: помощь в этот период может предотвратить хронизацию тревожного и избегающего стиля жизни.

6.2. Неврозы у лиц молодого и зрелого возраста

Период молодого и зрелого возраста отличается особой клинической значимостью в отношении невротических расстройств, поскольку именно на этих этапах жизни человек сталкивается с наибольшей плотностью социальных требований и жизненных задач. Переход от подросткового возраста к взрослости связан с профессиональным самоопределением, получением образования, экономической самостоятельностью, построением интимных отношений, вступлением в брак, рождением и воспитанием детей, а затем — с ростом ответственности, карьерными нагрузками и необходимостью совмещать семейные, профессиональные и личностные

роли. Обзор, посвященный переходу к взрослой жизни при тревожных и депрессивных расстройствах, указывает, что распространенность тревожных расстройств имеет выраженный подъем в период перехода от поздней юности к ранней взрослости и что к 26 годам почти 23% молодых взрослых соответствуют критериям тревожного расстройства. Тем самым молодой возраст предстает не как период максимальной устойчивости, а как этап существенной психической уязвимости. (РМС)

Клиническая специфика невротических расстройств у молодых взрослых часто определяется сочетанием повышенной личностной чувствительности с объективной неопределенностью жизненной ситуации. Для многих лиц этого возраста характерны тревога выбора, страх неуспеха, повышенная зависимость от оценки, болезненное переживание сравнения себя с ровесниками, трудности профессионального и эмоционального самоутверждения, а также амбивалентность между стремлением к автономии и потребностью в поддержке. В результате генерализованная тревога, панические атаки, социальная тревожность, соматизированные реакции и обсессивная потребность в контроле могут формироваться не столько вокруг одного события, сколько вокруг более широкой проблемы неопределенного будущего и непрочности жизненных опор. При этом ранние невротические паттерны, возникшие в подростковом возрасте, нередко получают в молодости вторую волну усиления, поскольку именно здесь они сталкиваются с необходимостью самостоятельного функционирования в сложной социальной среде. (РМС)

В молодом и зрелом возрасте особое значение приобретает профессиональная сфера. Всемирная организация здравоохранения подчеркивает, что почти 60% населения мира находятся в трудовой деятельности, а достойная работа может защищать психическое здоровье, обеспечивая материальную основу жизни, чувство смысла, уверенности, достижений, социального включения и структурированного ритма повседневности. Одновременно неблагоприятные условия труда — отсутствие поддержки, неясные организационные рамки, высокий уровень напряжения, конфликты, дискриминация, небезопасная рабочая среда — подрывают способность человека наслаждаться работой и выполнять ее без выраженного психологического ущерба. Для невротических расстройств это имеет принципиальное значение: работа в зрелом возрасте является не только источником нагрузки, но и важнейшим регулятором самооценки, идентичности и чувства социальной состоятельности. (Всемирная организация здравоохранения)

У лиц зрелого возраста клиническая картина невротических состояний нередко усложняется множественностью одновременно действующих стрессоров. Если в молодости тревога чаще вращается вокруг выбора и самоопределения, то в зрелом возрасте она теснее переплетается с ответственностью за семью, экономическую устойчивость, здоровье родителей, воспитание детей, профессиональные обязательства и страх потери социального статуса. В такой ситуации невротические расстройства

приобретают более хронический и астенизированный характер: усиливаются истощаемость, нарушения сна, соматические жалобы, раздражительность, чувство внутренней перегруженности, затруднения переключения внимания и снижение удовольствия от привычной деятельности. Таким образом, в зрелом возрасте невротизация часто развивается на фоне длительного несоответствия между уровнем требований и доступными личностными и социальными ресурсами. (Всемирная организация здравоохранения)

Существенное место в зрелом возрасте занимают партнерские и семейные отношения. Исследования в области взрослой привязанности показывают, что небезопасные модели привязанности — прежде всего тревожная и избегающая — связаны с особыми способами эмоциональной регуляции в близких отношениях, особенно в условиях хронического или острого стресса. У взрослых с тревожной привязанностью чаще наблюдаются страх утраты, потребность в постоянном подтверждении значимости, эмоциональная гиперчувствительность и трудность саморегуляции; у лиц с избегающей привязанностью — отчуждение, подавление потребности в поддержке и уклонение от эмоциональной близости. Эти особенности имеют прямое отношение к невротическим состояниям, поскольку определяют, будет ли близкое отношение источником стабилизации или, напротив, полем усиления внутренней тревоги. (РМС)

Связь тревожных расстройств с качеством интимных отношений носит двусторонний характер. Исследования показывают, что тревожные расстройства ассоциированы с ухудшением супружеского функционирования, причем эта связь не сводится просто к общему снижению социальной активности. В более широких обзорах по здоровью в паре также подчеркивается, что конфликты в близких отношениях связаны с усилением тревожных и депрессивных симптомов, ухудшением субъективного самочувствия и ростом функциональных ограничений. Следовательно, для лиц молодого и зрелого возраста межличностная среда становится неотъемлемой частью клинического контекста невротического расстройства: трудности партнерства могут не только сопровождать болезнь, но и поддерживать ее хроническое течение. (РМС)

Таким образом, невротические расстройства в молодом и зрелом возрасте следует рассматривать как результат сложного взаимодействия возрастных задач, профессионального давления, неустойчивости или, напротив, чрезмерной жесткости жизненных ролей, а также качества интимных и семейных отношений. В этот период особенно заметно, что невроз — это не только нарушение внутренней регуляции, но и болезненная форма адаптации к многослойным требованиям взрослой жизни. (РМС)

6.3. Особенности невротических расстройств у пожилых

Пожилым возрастом предъявляются особые требования к клиническому анализу невротических расстройств, поскольку на этом этапе жизни тревожные, соматизированные, астенические и депрессивные проявления

тесно переплетаются с изменениями здоровья, социального статуса, функциональных возможностей и переживаниями утрат. Всемирная организация здравоохранения указывает, что около 14,1% людей в возрасте 70 лет и старше живут с психическим расстройством, причем наиболее частыми психическими состояниями в этой возрастной группе являются депрессия и тревога. Следовательно, поздний возраст нельзя рассматривать как период автоматического снижения значимости невротической симптоматики; напротив, это время, когда тревожные и депрессивные расстройства сохраняют высокую клиническую и социальную актуальность. (Всемирная организация здравоохранения)

Ключевой особенностью позднего возраста является накопительный характер факторов риска. По данным Всемирной организации здравоохранения, психическое здоровье пожилых определяется не только текущими физическими и социальными обстоятельствами, но и кумулятивным влиянием всей предшествующей жизни. Для людей позднего возраста особенно значимы утраты близких, снижение дохода, потеря привычной социальной роли после выхода на пенсию, возрастная дискриминация, одиночество и социальная изоляция. Отдельно подчеркивается, что примерно четверть пожилых людей испытывают одиночество, а один из шести пожилых сталкивается с насилием или пренебрежением, чаще всего со стороны лиц, осуществляющих уход. Эти обстоятельства не просто создают фон для тревоги и депрессии, но и способны прямо участвовать в формировании невротических состояний позднего возраста. (Всемирная организация здравоохранения)

Клиническая картина невротических расстройств у пожилых нередко отличается меньшей психологической «чистотой» и большей соматической окрашенностью. Тревога может маскироваться под опасения по поводу здоровья, страх падения, повышенную зависимость от телесного самоконтроля, жалобы на бессонницу, слабость, напряжение, боли, нарушения дыхания или сердцебиение. При этом диагностика осложняется тем, что многие симптомы действительно сосуществуют с хроническими заболеваниями, неврологическими нарушениями и возрастными изменениями. Обзор, посвященный тревожным расстройствам в пожилом возрасте, прямо указывает, что их диагностика затруднена как в клинической практике, так и в исследованиях, и что эта проблема имеет существенные последствия для общественного здоровья. Следовательно, у пожилых людей особенно велик риск как недооценки невротической симптоматики, так и ее ошибочного полного сведения к соматическому заболеванию. (РМС)

Особенность пожилого возраста состоит и в том, что тревога тесно переплетается со страхом утраты самостоятельности. Снижение подвижности, ухудшение слуха и зрения, необходимость ухода, когнитивные жалобы и зависимость от медицинской системы могут усиливать ощущение хрупкости и способствовать формированию хронической тревожной настороженности. В этом возрасте невротические состояния часто принимают форму не бурных аффективных всплесков, а длительного напряжения, ипохондрической

фиксации, астенизации, мнительности, страха за будущее и повышенной чувствительности к любым изменениям самочувствия. При этом реальные утраты и реальные соматические ограничения делают такую тревогу психологически «правдоподобной», что еще больше затрудняет разграничение между нормативной обеспокоенностью и клиническим расстройством. (Всемирная организация здравоохранения)

Большое значение в пожилом возрасте имеет проблема социальной связи. Всемирная организация здравоохранения подчеркивает, что meaningful social activities, поддержка и включенность в сообщество способны улучшать психическое благополучие, удовлетворенность жизнью и качество жизни, а также снижать депрессивные проявления. В отношении невротических расстройств это означает, что профилактика и коррекция позднеговозрастной тревоги и депрессии не могут ограничиваться только медицинским воздействием. Социальная активность, поддержка семьи, контакты со сверстниками, участие в добровольческих, культурных и образовательных формах деятельности выступают не второстепенным дополнением, а важным лечебно-профилактическим фактором. (Всемирная организация здравоохранения)

У части пожилых людей дополнительным стрессором становится роль ухаживающего за больным супругом или родственником. ВОЗ отмечает, что многие пожилые ухаживают за супругами с хроническими заболеваниями, например с деменцией, и такая ответственность может быть эмоционально подавляющей и негативно влиять на их собственное психическое здоровье. В клиническом плане это создает особую группу риска: у пожилого человека, формально выполняющего социально значимую и морально одобряемую роль, может постепенно развиваться сочетание тревоги, астении, соматической перегруженности и депрессивных проявлений, которое долго не распознается как самостоятельное невротическое состояние. (Всемирная организация здравоохранения)

Следовательно, невротические расстройства в пожилом возрасте следует рассматривать как многофакторные состояния, формирующиеся на пересечении биографии, соматического статуса, функциональных потерь, одиночества, возрастной дискриминации и семейно-уходовых нагрузок. Их клиническое своеобразие определяется соматической маскированностью, трудностями диагностики и высокой зависимостью от качества социальной поддержки.

6.4. Гендерные аспекты невротических состояний

Гендерные аспекты невротических состояний являются одним из наиболее устойчиво подтверждаемых направлений современной клинической психологии и психиатрии. Систематический обзор факторов, связанных с половыми и гендерными различиями тревожных расстройств, подчеркивает, что распространенность таких расстройств значительно выше у женщин, чем у мужчин, причем эта разница наблюдается не только у взрослых, но и у детей

и подростков. Более ранние обзоры также показывали, что женщины не только чаще соответствуют критериям тревожных расстройств, но нередко несут и большой груз болезни по выраженности симптомов, коморбидности и функциональных ограничений. Таким образом, гендерное измерение невротических состояний касается не только частоты, но и клинической нагрузки. (РМС)

Вместе с тем гендерные различия нельзя сводить исключительно к биологическому фактору. Современные обзоры подчеркивают необходимость биопсихосоциального подхода к объяснению более высокой частоты тревоги у женщин, а специализированный обзор по жизненному пути женщин указывает, что выраженность тревожных нарушений может возрастать в периоды гормональной нестабильности — в пубертате, в предменструальный период, во время беременности и после родов, а также в переходе к менопаузе. Эти данные позволяют говорить о том, что биологическая чувствительность и гормональные колебания действительно могут влиять на уязвимость к невротическим состояниям. Однако сам по себе этот фактор не исчерпывает проблему, поскольку клиническая картина разворачивается в социально и культурно определенной системе ролей, ожиданий и нагрузок. (РМС)

Уже в подростковом возрасте гендерные различия становятся заметными. Всемирная организация здравоохранения по Европе сообщает о существенном росте школьного давления среди девочек-подростков, а исследование неблагоприятного детского опыта и тревоги показало более высокие уровни тревожности у девочек по сравнению с мальчиками. Это согласуется с наблюдением, что девочки и молодые женщины чаще сталкиваются с сочетанием высокой чувствительности к оценке, раннего внутреннего принятия социальных стандартов успешности, телесных и ролевых ожиданий, а также эмоционального самоконтроля, ориентированного на сохранение отношений и одобрения. В клиническом плане это может создавать почву для тревожных, фобических, соматизированных и астено-депрессивных вариантов невротизации. (Всемирная организация здравоохранения)

Гендерные различия касаются и семейной передачи тревожности. В продольном исследовании взаимосвязи родительской и детской тревоги было показано, что влияние родительской тревожности на тревогу ребенка выражено сильнее у девочек. Это может указывать на более сложную и чувствительную систему эмоционального усвоения семейных моделей у женского пола, хотя интерпретация такого результата должна оставаться осторожной и учитывать культурный контекст. Для клинической практики важно другое: девочки и женщины могут оказываться особенно уязвимыми в тех семейных системах, где тревога является нормализованным способом реагирования на неопределенность и угрозу. (РМС)

Однако гендерный анализ невротических состояний должен включать и особенности мужской клинической картины. Более низкая выявляемость тревожных расстройств у мужчин не обязательно означает более низкое субъективное страдание. На выраженность и предъявление симптомов могут влиять нормы мужественности, установка на эмоциональную

самодостаточность, позднее обращение за помощью и тенденция к маскировке тревоги через раздражительность, трудоголизм, телесные жалобы или рискованное поведение. Хотя в рассмотренных источниках этот аспект освещен менее подробно, сама необходимость учитывать пересечение пола, гендера и социально-ролевых ожиданий прямо подчеркивается в современных систематических обзорах. Следовательно, гендерные различия в невротических состояниях касаются не только распространенности, но и способов переживания, предъявления и распознавания симптомов. (РМС)

Таким образом, гендерные аспекты невротических состояний отражают взаимодействие биологических, личностных и социокультурных факторов. Женщины в среднем демонстрируют более высокую распространенность тревожных расстройств и большую клиническую нагрузку, но сами эти различия формируются на пересечении гормональной чувствительности, возрастных переходов, школьных и семейных нагрузок, социальных ожиданий и особенностей помощи. Мужчины, в свою очередь, могут оставаться недовыявленной группой из-за иной формы предъявления страдания и барьеров к обращению за психологической поддержкой. (РМС)

6.5. Невротические расстройства у лиц с повышенной профессиональной и эмоциональной нагрузкой

Особую клиническую группу составляют лица, занятые в профессиях с высокой эмоциональной, организационной и стрессовой нагрузкой. Всемирная организация здравоохранения подчеркивает, что безопасная и поддерживающая рабочая среда может быть защитным фактором психического здоровья, тогда как плохие условия труда, стигма, дискриминация, конфликты, неэффективная организационная структура и отсутствие поддержки представляют серьезные риски для психического благополучия. Руководство ВОЗ по психическому здоровью на рабочем месте ориентировано именно на профилактику психических расстройств, продвижение психического благополучия и поддержание трудовой включенности людей, уже живущих с психическими нарушениями. Для невротических расстройств это имеет фундаментальное значение, поскольку работа в таких случаях выступает одновременно и ресурсом идентичности, и источником хронического психического напряжения. (Всемирная организация здравоохранения)

Когда профессиональная нагрузка становится длительной, плохо регулируемой и эмоционально истощающей, возникает состояние, которое ВОЗ в Международной классификации болезней одиннадцатого пересмотра определяет как синдром, возникающий вследствие хронического стресса на рабочем месте, с которым не удалось успешно справиться. Хотя профессиональное выгорание не отнесено к числу самостоятельных заболеваний, его клиническая связь с невротическими состояниями очевидна: нарастают эмоциональное истощение, внутреннее напряжение, тревога, снижение работоспособности, раздражительность, бессонница, соматические

жалобы и чувство отчуждения от собственной деятельности. Важно, что этот синдром развивается постепенно и может долго восприниматься как «нормальная цена» профессиональной вовлеченности, особенно в культурах, где самопожертвование и постоянная перегрузка считаются признаком добросовестности. (Всемирная организация здравоохранения)

Особенно уязвимы медицинские работники. Систематический обзор, посвященный профилактике профессионального стресса у работников здравоохранения, указывает, что недостаток навыков, организационные проблемы и низкая социальная поддержка на рабочем месте ведут к дистрессу, профессиональному выгоранию, психосоматическим проблемам, снижению качества жизни и даже ухудшению качества помощи. Среди конкретных стрессоров называются высокая нагрузка, эмоциональные последствия постоянного соприкосновения со страданием и смертью, а также организационные конфликты. Тем самым медицинская профессия объединяет сразу несколько факторов риска невротизации: высокую ответственность, постоянное напряжение, эмоциональное сопереживание, нехватку времени и ресурсов и зачастую невозможность полноценно восстановиться между нагрузками. (РМС)

Аналогичным образом уязвимы работники образования. В обзорном исследовании, посвященном стрессу, выгоранию, тревоге и депрессии среди учителей, показано, что при учете клинически значимых уровней психологических нарушений распространенность тревоги у педагогов в отдельных исследованиях колебалась примерно от 38% до 41,2%, а само профессиональное напряжение и выгорание встречались еще чаще. Авторы подчеркивают связь этих состояний с организационными и профессиональными факторами, включая размер класса, удовлетворенность работой, продолжительность педагогической деятельности и иные характеристики школьной среды. Учительская профессия тем самым выступает примером систематической эмоциональной нагрузки, при которой требования к постоянной вовлеченности, контролю, заботе и педагогической эффективности сочетаются с высоким риском астенизации и тревожной перегрузки. (РМС)

Высокий риск профессионально обусловленного психологического травматизма характерен и для работников экстренных служб, полиции, пожарных, спасателей и иных специалистов первого реагирования. Обзор обзоров, посвященный профессиональному стрессовому повреждению у таких групп, рассматривает их как популяцию высокого риска вследствие длительного соприкосновения с опасностью, кризисами и человеческими страданиями. В работе подчеркивается, что профессиональное стрессовое повреждение включает широкий круг состояний, влияющих и на профессиональную, и на личную жизнь, включая тревогу, депрессию и посттравматические нарушения. Для невротических расстройств здесь особенно значима хроническая кумуляция травматических и квазитравматических впечатлений, формирующая тревожную настороженность,

эмоциональную ригидность, раздражительность, нарушения сна и трудности межличностного функционирования. (РМС)

Следует подчеркнуть, что профессиональный риск невротизации определяется не только содержанием труда, но и качеством организационной среды. Всемирная организация здравоохранения указывает, что психическому здоровью на работе способствуют меры организационного уровня, обучение руководителей и работников, индивидуальные вмешательства и поддержка возвращения к труду. Это означает, что невротические состояния у лиц с высокой профессиональной нагрузкой нельзя объяснять только «личной слабостью» или недостатком индивидуальной устойчивости. Во многих случаях речь идет о системном несоответствии между требованиями труда и доступными ресурсами, в том числе управленческими и социальными. Соответственно, эффективная профилактика и коррекция таких расстройств требует не только индивидуальной психотерапии, но и изменения организационных условий. (Всемирная организация здравоохранения)

Таким образом, лица с высокой профессиональной и эмоциональной нагрузкой представляют особую группу риска по невротическим расстройствам. Для них характерны сочетание хронического напряжения, эмоционального истощения, тревоги, нарушений сна, соматических проявлений и угрозы профессионального выгорания. Наиболее уязвимы те профессиональные контексты, где к высокой ответственности добавляются дефицит времени, отсутствие поддержки, контакт с человеческим страданием, непредсказуемость и организационные конфликты

6.6. Семейные и межличностные факторы в развитии неврозов

Семейные и межличностные отношения образуют одну из самых значимых сред, в которой формируются, поддерживаются и, при благоприятных условиях, преодолеваются невротические расстройства. Это обусловлено тем, что именно в отношениях с близкими человек впервые осваивает способы эмоциональной регуляции, базовые представления о безопасности и опасности, допустимости зависимости, возможности получения помощи и собственной ценности в глазах другого. Поэтому невротизация личности не может быть адекватно понята вне анализа системы привязанности, родительских стилей, супружеских и партнерских взаимодействий, а также устойчивых семейных сценариев обращения со страхом, конфликтом, автономией и близостью. (tp.amegroups.org)

В детстве и подростковом возрасте роль семьи носит первичный характер. Современный обзор показывает, что семейное функционирование и детская тревога связаны двусторонне: здоровое семейное функционирование ассоциировано с более низким риском тревоги, тогда как тревожность ребенка, в свою очередь, ухудшает эмоциональное состояние родителей и способствует нарастанию дисфункции в семье. Особое значение имеет надежная привязанность, которая способна смягчить негативное влияние неблагоприятных семейных структур и неадаптивных воспитательных

практик. Следовательно, семья не просто «содержит» ребенка с тревогой, но и активно участвует в конструировании его чувства безопасности или небезопасности. ([tp.amegroups.org](http://amegroups.org))

Продольные данные о связи родительской и детской тревоги подтверждают, что семья является не только местом эмоционального заражения, но и механизмом межпоколенческой передачи тревожного стиля реагирования. Родительская тревога предсказывает детскую тревогу на протяжении времени, причем влияние особенно выражено у девочек и у детей младшего возраста. Авторы интерпретируют это через наблюдаемое моделирование, снижение качества воспитания, гиперконтроль, повышенную чувствительность родителей к стрессу и нарушение формирования безопасной привязанности. Практически это означает, что в развитии детских невротических состояний существенную роль играют не только прямые психотравмы, но и повседневный эмоциональный климат семьи. (РМС)

Во взрослой жизни межличностные факторы продолжают играть центральную роль, но их структура усложняется. Исследование взрослых пациентов с тревожными расстройствами показало связь тревожной психопатологии с небезопасной привязанностью и дисфункциональным воспитанием, причем эти ассоциации сохранялись независимо от возраста, пола и общего состояния здоровья. В теоретическом плане это подтверждает, что взрослый невротический синдром часто опирается на внутренние модели отношений, сформированные в раннем опыте: ожидание нестабильности, страх покинутости, сомнение в доступности поддержки, сочетание потребности в близости и недоверия к ней. В клиническом отношении такие модели проявляются как чрезмерная зависимость от подтверждения, страх оценки, трудность переживания дистанции и склонность к интерпретации межличностной неопределенности как угрозы. (РМС)

Интимные отношения у взрослых могут быть как мощным фактором стабилизации, так и важнейшим полем воспроизводства невротической симптоматики. Исследования подчеркивают, что небезопасная взрослая привязанность связана с особыми, менее гибкими способами эмоциональной регуляции в романтических отношениях, особенно в ситуациях хронического или острого стресса. Отдельно отмечается, что тревожные расстройства ассоциированы с ухудшением супружеского функционирования, и эта связь не сводится лишь к общему социальному снижению. Это означает, что человек с невротическим расстройством не просто переносит симптом внутрь семьи; сам характер близких отношений может либо поддерживать его тревогу, либо способствовать восстановлению чувства устойчивости и доверия. (РМС)

Конфликт в паре является одним из наиболее изученных межличностных факторов хронического эмоционального напряжения. В обзоре, посвященном здоровью партнеров в условиях стресса, показано, что конфликты связаны с более выраженными тревожными и депрессивными симптомами, худшим субъективным здоровьем и большим функциональным ограничением как в поперечных, так и в продольных исследованиях. Это особенно важно для понимания невротических состояний зрелого возраста, где хроническое

напряжение в отношениях способно закреплять бессонницу, соматизацию, тревожную настороженность, раздражительность и эмоциональное истощение. Таким образом, межличностный конфликт выступает не внешним обстоятельством, а действующим патогенетическим фактором невротизации.

В семейной системе значимы не только открытые конфликты, но и более тонкие формы дисфункции: гиперопека, размытые границы, эмоциональная холодность, непредсказуемость, избыточная критика, ролевое закрепощение, невозможность автономии без чувства вины. Такие отношения могут способствовать тому, что тревога становится хронической формой поддержания контакта, а симптом — способом удержать близость, оправдать зависимость или выразить неосознаваемое напряжение. Именно поэтому в клинической практике невротических расстройств столь важны семейная терапия, работа с партнером и психообразование родственников: изменение межличностной среды способно уменьшать симптоматическую нагрузку не меньше, чем воздействие на отдельные когнитивные или поведенческие механизмы.

Таким образом, семейные и межличностные факторы в развитии невротозов имеют сквозное значение на протяжении всей жизни. В детстве они определяют базовую эмоциональную безопасность, в подростковом возрасте — устойчивость к школьному и социальному стрессу, во взрослости — качество привязанности, партнерских отношений и повседневной саморегуляции, в пожилом возрасте — степень защищенности от одиночества, насилия и ухода в изоляцию. Семья и близкие отношения могут быть как пространством происхождения невротического конфликта, так и главным ресурсом его преодоления. Именно в этом заключается их фундаментальная клинико-психологическая роль.

Глава VII. Социально-психологические последствия и профилактика невротических расстройств

Социально-психологические последствия невротических расстройств выходят далеко за пределы собственно клинической симптоматики. Хотя тревога, фобии, обсессивно-компульсивные проявления, соматоформные нарушения, астения и эмоциональное напряжение изначально воспринимаются как явления внутренней, индивидуальной сферы, в действительности они затрагивают все уровни жизнедеятельности личности: субъективное благополучие, межличностные отношения, семейную систему, профессиональную состоятельность, участие в образовании, способность к принятию решений, отношение к будущему и общую жизненную перспективу. Современные данные показывают, что тревожные расстройства являются наиболее распространенной группой психических нарушений в мире; по оценке Всемирной организации здравоохранения, ими в настоящее время страдает около 4,4% населения мира, а в 2021 году число людей с тревожными расстройствами достигало 359 миллионов. При этом только около четверти нуждающихся получают какую-либо помощь. Такая распространенность делает проблему социально-психологических последствий невротических состояний не частным клиническим вопросом, а значимой задачей общественного здоровья. (Всемирная организация здравоохранения)

Невротические расстройства отличаются тем, что, не приводя, как правило, к грубому распаду личности и утрате контакта с реальностью, они способны последовательно и глубоко подтачивать адаптационные ресурсы человека. В этом заключается их социальная опасность: внешне сохраняя способность к повседневной деятельности, человек постепенно теряет внутреннюю свободу, устойчивость, гибкость, возможность полноценно работать, учиться, строить отношения и ощущать удовлетворенность жизнью. В научной литературе подчеркивается, что тревожные расстройства связаны со значительным функциональным нарушением, экономическим бременем и выраженным снижением качества жизни на протяжении всего жизненного цикла, особенно если остаются без своевременного лечения. (РМС)

Поэтому профилактика невротических расстройств не может рассматриваться как второстепенное направление по сравнению с терапией уже сформировавшегося заболевания. Напротив, современные международные подходы подчеркивают необходимость сочетания раннего выявления, укрепления психического благополучия, развития навыков совладания, поддержки семьи, профилактики в школе, на рабочем месте и в первичном звене здравоохранения. Всемирная организация здравоохранения прямо указывает, что эффективные общественные подходы к профилактике тревожных расстройств включают обучение родителей, школьные программы, направленные на развитие социальных и эмоциональных навыков и позитивных способов совладания, а для взрослых полезны программы физической активности и навыки управления стрессом.

7.1. Влияние невротических расстройств на качество жизни

Качество жизни при невротических расстройствах снижается не только вследствие остроты симптомов, но и вследствие их хронического, многоуровневого и самоподдерживающегося характера. Современный обзор, посвященный качеству жизни при тревожных расстройствах, подчеркивает, что эти состояния оказывают выраженное отрицательное влияние на субъективное благополучие, особенно при отсутствии лечения, а большая выраженность тревожной симптоматики закономерно связана с худшими показателями качества жизни. При этом страдают не только эмоциональное состояние и чувство внутреннего комфорта, но и восприятие собственной жизненной компетентности, телесного благополучия, социальной включенности и способности получать удовлетворение от привычной деятельности. (РМС)

Снижение качества жизни при невротических состояниях имеет, как правило, накопительный характер. Вначале человек испытывает лишь внутреннее напряжение, периодическую тревогу, бессонницу, трудности расслабления, повышенную утомляемость или склонность к самоконтролю. Однако по мере закрепления симптоматики уменьшается жизненное пространство, усиливается зависимость от избегания, падает уверенность в себе, возрастает фиксация на возможной опасности, сужаются интересы и ухудшается переживание собственной жизненной полноценности. В литературе подчеркивается, что тревожные расстройства ухудшают общее психическое и физическое благополучие, а также рольовое и социальное функционирование. В этом смысле качество жизни страдает не только «внутри» субъекта, но и в плоскости его реальных возможностей. (РМС)

Особенно заметно ухудшается качество жизни у тех пациентов, у которых тревога сочетается с депрессивными, соматизированными или обсессивными проявлениями. Чем более выражена коморбидность, тем выше субъективное страдание и тем сильнее ощущение утраты жизненной перспективы. Исследования социального функционирования у лиц с тревожными и депрессивными расстройствами показывают, что нарушения особенно выражены при сочетании этих состояний, а у ряда пациентов остаточные ограничения сохраняются даже после ремиссии основной аффективной симптоматики. Следовательно, влияние невротических расстройств на качество жизни может сохраняться и после частичного клинического улучшения, если не восстановлены социальные навыки, чувство самоэффективности и жизненная активность. (РМС)

Качество жизни при невротических расстройствах тесно связано и с тем, насколько человек способен понимать и контролировать собственное состояние. Когда симптомы воспринимаются как необъяснимые, катастрофические или свидетельствующие о тяжелом телесном неблагополучии, уровень субъективного страдания возрастает. Напротив, раннее распознавание природы расстройства, доступ к помощи, психообразование и снижение вторичного страха перед симптомами могут

существенно улучшать повседневное самочувствие даже до полной ремиссии. Это подчеркивает, что качество жизни является не только итоговым показателем тяжести болезни, но и чувствительным индикатором успешности психотерапевтической, медицинской и социальной помощи. (Всемирная организация здравоохранения)

7.2. Нарушение социальной адаптации и профессионального функционирования

Социальная адаптация при невротических расстройствах нарушается постепенно, часто незаметно как для самого человека, так и для его окружения. На ранних этапах страдает прежде всего эмоциональная сторона социальной жизни: уменьшается чувство уверенности в контактах, появляется повышенная чувствительность к оценке, усиливается застенчивость, тревога ожидания, трудность в спонтанном взаимодействии, склонность к самонаблюдению и к интерпретации нейтральных реакций окружающих как неблагоприятных. Затем к этим изменениям присоединяются поведенческие ограничения: человек начинает избегать встреч, публичных ситуаций, сложных профессиональных задач, ответственности, новых контактов, длительных поездок, а иногда и повседневных выходов из дома. Исследования показывают, что социальное функционирование у пациентов с тревожными расстройствами действительно нарушено, причем остаточные дефициты могут сохраняться даже после ремиссии. Более того, субъективно переживаемая социальная несостоятельность может предсказывать сохранение диагноза в будущем. (РМС)

Профессиональное функционирование страдает в равной степени, хотя долгое время пациент может продолжать формально выполнять свои обязанности. Нарушения затрагивают концентрацию внимания, скорость принятия решений, устойчивость к нагрузке, способность выдерживать неопределенность, переносить контроль и оценку, взаимодействовать в коллективе и поддерживать стабильную продуктивность. На уровне глобальных показателей Всемирная организация здравоохранения отмечает, что ежегодно из-за депрессии и тревоги теряется около 12 миллиардов рабочих дней, а экономические потери составляют примерно один триллион долларов в год. Дополнительный обзор по производительности труда подтверждает наличие убедительных данных о связи плохого психического здоровья, прежде всего тревоги и депрессии, с потерей продуктивности, ростом прогулов и снижением эффективности во время фактического присутствия на работе. (Всемирная организация здравоохранения)

Социальная дезадаптация при невротических расстройствах имеет качественную особенность: она далеко не всегда сопровождается очевидным выпадением из общества. Человек может продолжать посещать работу, сохранять семью, выполнять внешние обязанности и при этом переживать глубокое внутреннее истощение, постоянное напряжение, страх ошибиться, чувство несостоятельности и утрату спонтанности. Подобное расщепление

между внешней сохранностью и внутренней декомпенсацией нередко затрудняет своевременное обращение за помощью и усиливает риск хронизации. Тем самым невротические расстройства формируют скрытую форму социальной инвалидизации, при которой качество участия в жизни снижается раньше, чем полностью утрачивается сама роль. (РМС)

Нарушение профессионального функционирования особенно велико там, где работа требует высокой ответственности, постоянного общения, эмоциональной включенности и быстрого реагирования. Всемирная организация здравоохранения подчеркивает, что безопасная и поддерживающая рабочая среда способствует удержанию персонала, повышению производительности и снижению конфликтности, тогда как отсутствие эффективной организационной поддержки подрывает способность человека делать свою работу хорошо, а иногда и сохранять занятость как таковую. Поэтому последствия невротических расстройств для труда не следует объяснять только индивидуальной хрупкостью; они определяются и тем, насколько профессиональная среда допускает психологическую разгрузку, поддержку и раннее обращение за помощью.

7.3. Семейные последствия невротизации личности

Невротизация личности почти всегда затрагивает семейную систему, поскольку тревога, фобии, навязчивости, соматическая фиксация, эмоциональная неустойчивость и избегающее поведение неизбежно перестраивают характер повседневных отношений. Семья в подобных случаях становится не только пространством, где симптомы проявляются, но и той средой, которая вынуждена к ним приспособливаться. Исследования показывают, что тревожные расстройства связаны с межличностным дистрессом и ухудшением качества близких отношений, а данные о супружеской удовлетворенности указывают на двустороннюю связь: тревожные расстройства ухудшают партнерские отношения, а неудовлетворенность отношениями, в свою очередь, может выступать фактором запуска, модуляции и поддержания симптомов. (РМС)

В семье невротические расстройства часто приводят к формированию патологических кругов взаимного подкрепления. При выраженной тревоге родственники начинают постоянно успокаивать пациента, подстраиваться под его опасения, брать на себя все больше ответственности, избегать «провоцирующих» тем и ситуаций. При обсессивно-компульсивных состояниях они могут участвовать в проверках, ритуалах, специальных правилах чистоты и безопасности. Исследования семейной подстройки при обсессивно-компульсивных и тревожных расстройствах подчеркивают, что такое участие создает высокую нагрузку для близких и в ряде случаев прямо связано с тяжестью симптоматики. Особенно значим тот факт, что принудительная или конфликтизированная семейная подстройка ассоциируется с еще большей эмоциональной перегрузкой родственников. (РМС)

Семейные последствия невротизации выражаются не только в эмоциональном напряжении, но и в нарушении ролевого баланса. Один из членов семьи может постепенно занимать позицию хронически тревожного, зависимого или симптоматически поглощенного человека, тогда как другой принимает на себя функцию постоянного организатора, контролера, спасателя или терпеливого посредника. Это ведет к истощению близких, накоплению раздражения, стыда, вины и скрытых конфликтов. Обзор, посвященный бремени семьи при тревожных расстройствах, указывает на неблагоприятное воздействие таких состояний на здоровье, психологическое благополучие и семейное функционирование родственников. В исследованиях семейного ухода подчеркивается, что нарастание бремени связано с эмоциональными и повседневными затратами, а также с ухудшением качества жизни членов семьи.

Особенно выражены семейные последствия при детских и подростковых невротических расстройствах. Современные обзоры показывают двустороннюю связь между семейным функционированием и детской тревогой: благополучная семейная атмосфера снижает риск тревожных нарушений, тогда как сама тревога ребенка усиливает эмоциональное напряжение родителей и ухудшает семейное взаимодействие. Тем самым семья может одновременно выступать и фактором риска, и объектом вторичной дезадаптации вследствие болезни одного из ее членов. С практической точки зрения это означает, что профилактика и лечение невротических расстройств без учета семейного контекста часто оказываются неполными. (РМС)

Следовательно, семейные последствия невротизации личности охватывают сферу эмоций, ролей, коммуникации, повседневной организации жизни и долгосрочного психологического благополучия родственников. Это делает семейно-ориентированный подход одной из важнейших линий и профилактики, и терапии: без снижения семейного напряжения и без восстановления более здоровых форм взаимодействия трудно рассчитывать на устойчивую ремиссию у самого пациента. (РМС)

7.4. Психогигиена и психопрофилактика

Психогигиена и психопрофилактика невротических расстройств основываются на идее, что значительная часть факторов риска поддается раннему распознаванию и частичной коррекции еще до формирования развернутой клинической картины. Всемирная организация здравоохранения рассматривает укрепление психического здоровья и профилактические вмешательства как важнейшую часть современной политики в области психического благополучия, указывая, что защитные факторы присутствуют на протяжении всей жизни и включают социальные и эмоциональные навыки, позитивные взаимодействия, доступ к качественному образованию, достойному труду и сильным сообществам. В отношении тревожных расстройств ВОЗ подчеркивает значение родительского обучения, школьных

программ и развития позитивных способов совладания у детей и подростков, а для взрослых — роли физической активности и навыков управления стрессом. (Всемирная организация здравоохранения)

Психогигиеническая работа направлена на сохранение психического равновесия в условиях повседневной нагрузки. В контексте невротических расстройств это означает формирование такого режима жизни, при котором снижается вероятность хронической перегрузки и кумуляции эмоционального напряжения. К психогигиеническим мерам относятся упорядоченный ритм труда и отдыха, достаточный сон, ограничение постоянного психоинформационного перенапряжения, регулярная физическая активность, развитие навыков расслабления, устойчивые формы социальной поддержки и снижение злоупотребления алкоголем либо иными дезадаптивными способами саморегуляции. ВОЗ прямо указывает, что управление стрессом, навыки расслабления, внимательное отношение к собственному состоянию, физическая активность и регулярные привычки сна и питания помогают уменьшать симптомы тревоги и поддерживать общее благополучие. (Всемирная организация здравоохранения)

Психопрофилактика имеет несколько уровней. На первичном уровне речь идет о предупреждении возникновения расстройства у относительно здоровых лиц путем снижения воздействия факторов риска и укрепления защитных ресурсов. На вторичном — о раннем выявлении начальных тревожных, обсессивных, соматизированных и астенических проявлений, пока они еще не привели к устойчивой дезадаптации. На третичном — о предупреждении рецидивов и хронических форм после перенесенного эпизода. Руководство программы сокращения разрыва в оказании психиатрической помощи подчеркивает значение расширения помощи в неспециализированных условиях, а рекомендации ВОЗ по психическому здоровью подростков и по стрессу указывают на важность кратких, практически ориентированных вмешательств, которые могут использоваться в широкой популяции. (Всемирная организация здравоохранения)

Особого внимания заслуживает психопрофилактика в группах риска. К ним относятся дети и подростки, переживающие неблагоприятные семейные обстоятельства, лица с хроническим стрессом на работе, люди с соматическими заболеваниями, ухаживающие родственники, а также лица с уже сформированной личностной тревожностью и неустойчивыми навыками эмоциональной регуляции. Профилактика в этих группах должна быть направленной и опережать развитие выраженной симптоматики. ВОЗ подчеркивает, что пережитое насилие, тяжелые утраты и иные неблагоприятные события повышают риск тревожных расстройств, а потому работа с последствиями подобных событий должна начинаться как можно раньше. (Всемирная организация здравоохранения)

Таким образом, психогигиена и психопрофилактика при невротических расстройствах предполагают не только общее «укрепление нервной системы», но и целенаправленное создание такой жизненной и социальной среды, в которой уменьшается вероятность хронической тревожной мобилизации, а

человек получает реальную возможность развивать устойчивые и здоровые формы совладания с неопределенностью, перегрузкой и эмоциональными трудностями. (Всемирная организация здравоохранения)

7.5. Роль образовательных и медицинских учреждений в профилактике невротических расстройств

Образовательные учреждения играют ключевую роль в профилактике невротических расстройств, поскольку школа и другие формы организованного обучения являются пространством, где ребенок и подросток проводят значительную часть жизни, сталкиваются с систематическими требованиями, социальным сравнением, оценкой, конфликтами и одновременно могут получать поддержку и навыки психической саморегуляции. Материалы Всемирной организации здравоохранения по школьному психическому здоровью подчеркивают, что школа благодаря своему положению и доступу к ученикам, семьям и сообществам может играть важнейшую роль в укреплении психического здоровья, профилактике и раннем выявлении психологического дистресса, психических нарушений и проблем, связанных с употреблением веществ, а также в обеспечении необходимого направления в соответствующие службы.

Школьная профилактика наиболее эффективна тогда, когда она не ограничивается отдельными лекциями, а строится как системная работа всей образовательной среды. Современные исследования программ социально-эмоционального обучения показывают, что такие программы способны снижать риск тревожных и депрессивных проявлений и улучшать эмоциональное благополучие учащихся. В большом анализе школьных программ было отмечено, что школьная среда является важной платформой для профилактики психических нарушений у подростков, а программы, направленные на развитие психологических стратегий и эмоционального благополучия, включены в современные рекомендации Всемирной организации здравоохранения. При этом более поздний метаанализ комплексных школьных подходов показывает, что их эффективность зависит от качества внедрения, согласованности действий школы, семьи и сообщества и учета возрастных потребностей подростков. (РМС)

Из этого следует, что образовательное учреждение в профилактике невротических расстройств выполняет сразу несколько функций: развивающую, поскольку формирует эмоциональную компетентность и устойчивость; диагностическую, поскольку позволяет заметить изменения поведения, школьное избегание, тревожность, соматические жалобы и снижение успеваемости; и маршрутизирующую, поскольку может вовремя направить ребенка к психологу, педагогу, врачу или социальным службам. Особенно важны программы, ориентированные не только на учеников, но и на педагогов, поскольку учитель нередко первым сталкивается с проявлениями скрытого дистресса. Исследования школьных программ ВОЗ подчеркивают

значимость повышения психической грамотности педагогов и их умения замечать ранние признаки неблагополучия. (РМС)

Медицинские учреждения, в свою очередь, выполняют ведущую роль в раннем распознавании, первичной профилактике хронизации и своевременном начале помощи. Программа сокращения разрыва в оказании психиатрической помощи направлена именно на расширение возможностей неспециализированного здравоохранения и первичного звена в распознавании и ведении психических расстройств. ВОЗ подчеркивает, что эта программа предназначена для врачей, медсестер и других работников первичного уровня, а более чем 75% людей с психическими, неврологическими и связанными с употреблением веществ состояниями во многих регионах не получают необходимой помощи. Это означает, что без участия врачей общей практики, педиатров, неврологов, терапевтов и школьных медработников профилактика невротических расстройств будет заведомо неполной. (Всемирная организация здравоохранения)

Особое значение для медицинских учреждений имеет раннее распознавание соматизированных и маскированных форм дистресса. Пациенты с тревожными и иными невротическими расстройствами часто обращаются не с жалобой на тревогу как таковую, а с бессонницей, сердцебиением, головокружением, болями, усталостью, нарушением концентрации и страхом соматической катастрофы. Поэтому медицинские учреждения должны выполнять не только лечебную, но и профилактическую функцию, предупреждая многолетнее существование нераспознанных невротических состояний. Интеграция психического здоровья в первичную медицинскую помощь рассматривается Всемирной организацией здравоохранения как один из основных путей повышения доступности помощи и сокращения поздней диагностики. (Iris)

Тем самым и образовательные, и медицинские учреждения выступают базовыми институциональными площадками профилактики невротических расстройств. Первые воздействуют прежде всего на развитие навыков, школьный климат и раннее замечание неблагополучия, вторые — на распознавание, направление и оказание своевременной помощи. Их согласованная работа является одним из важнейших условий снижения как индивидуального, так и общественного бремени невротических состояний.

7.6. Формирование стрессоустойчивости как направление профилактики

Формирование стрессоустойчивости представляет собой одно из наиболее перспективных направлений профилактики невротических расстройств, поскольку оно ориентировано не только на устранение отдельных факторов риска, но и на укрепление внутренних и социальных ресурсов личности, позволяющих переносить напряжение без перехода к патологической тревоге, избеганию и дезадаптации. В современных подходах стрессоустойчивость понимается не как врожденная «непробиваемость», а как способность относительно успешно адаптироваться к неблагоприятным

условиям, восстанавливаться после стрессов и сохранять психологическую целостность в ситуациях неопределенности. Всемирная организация здравоохранения относит к защитным факторам социальные и эмоциональные навыки, позитивные взаимодействия, качественное образование, достойный труд и сильные связи с сообществом, то есть фактически рассматривает стрессоустойчивость как личностно-социальное образование, а не только как индивидуальное качество. (Всемирная организация здравоохранения)

На практике формирование стрессоустойчивости связано с развитием нескольких групп навыков. Во-первых, это навыки эмоциональной саморегуляции: распознавание напряжения, способность переносить неприятные аффекты без немедленного избегания, использование дыхательных, расслабляющих и других саморегуляционных техник. Во-вторых, это когнитивная гибкость: умение различать реальные и воображаемые угрозы, снижать катастрофизацию, выдерживать неопределенность и не превращать единичную трудность в доказательство всеобщей небезопасности. В-третьих, это социальная устойчивость: способность обращаться за помощью, сохранять значимые связи, участвовать в поддерживающих отношениях и не замыкаться в одиночестве. Руководство Всемирной организации здравоохранения по преодолению стресса подчеркивает, что практические навыки совладания могут осваиваться постепенно и применяться в самых разных обстоятельствах. (Всемирная организация здравоохранения)

Эффективность программ, направленных на повышение устойчивости к стрессу, подтверждается систематическими обзорами. В обзоре индивидуальных вмешательств, развивающих устойчивость у взрослых, отмечено, что наиболее часто использовались подходы, основанные на когнитивно-поведенческих принципах, внимательном отношении к текущему переживанию и тренировке интерпретации событий. Более ранний метаанализ программ развития устойчивости показал, что вмешательства, основанные на сочетании когнитивно-поведенческих и практик осознанности, способны положительно влиять на уровень психологической устойчивости. Эти данные важны именно в профилактическом плане: даже если такие программы не устраняют все возможные стрессоры, они могут уменьшать вероятность того, что напряжение перерастет в устойчивый невротический процесс. (РМС)

Формирование стрессоустойчивости особенно значимо в подростковом возрасте и в группах повышенного риска. Руководство Всемирной организации здравоохранения по укрепляющим и профилактическим вмешательствам для подростков отмечает, что наиболее действенными компонентами программ для подвергавшихся сильному стрессу подростков являются управление стрессом, техники расслабления и забота о благополучии тех, кто реализует вмешательство. Для подростков, переживших высокий уровень травматизации, полезны и более специализированные формы психологической помощи. Это подтверждает общий принцип: устойчивость к стрессу развивается не в виде абстрактных

лозунгов о «силе характера», а через конкретные навыки, отношения и поддерживающую среду.

Не менее важно понимать, что стрессоустойчивость не должна трактоваться как обязанность отдельного человека в одиночку приспосабливаться к систематически вредной среде. Всемирная организация здравоохранения в рекомендациях по психическому здоровью на рабочем месте и в образовательной среде подчеркивает значение организационных и средовых условий. Следовательно, подлинная профилактика невротических расстройств через развитие стрессоустойчивости включает два измерения: развитие личных навыков совладания и параллельное создание более безопасной, предсказуемой и поддерживающей социальной среды — в семье, школе, университете, коллективе и системе здравоохранения. Без второго компонента требование «быть устойчивым» рискует превратиться в скрытую форму перекладывания системной ответственности на самого страдающего человека. (Всемирная организация здравоохранения)

Таким образом, формирование стрессоустойчивости является не частной психологической техникой, а стратегическим направлением профилактики невротических расстройств. Оно соединяет развитие саморегуляции, когнитивной гибкости, социальных ресурсов и навыков обращения за помощью с более широкой задачей создания поддерживающей среды. Именно такой подход позволяет не только снижать риск развития тревожных и иных невротических состояний, но и укреплять качество жизни, адаптацию и психическое здоровье в широком социальном смысле.

В целом социально-психологические последствия невротических расстройств проявляются в выраженном снижении качества жизни, нарушении социальной адаптации и профессионального функционирования, дестабилизации семейных и межличностных отношений, а также в риске хронизации внутреннего дистресса при внешне сохранной жизнедеятельности. Именно поэтому профилактика невротических расстройств должна строиться как многоуровневая система: от психогигиенических мер и укрепления стрессоустойчивости до программ в школе, на рабочем месте, в семье и в первичном звене здравоохранения. Образовательные и медицинские учреждения, поддерживающая семейная среда, развитие социальных и эмоциональных навыков, раннее выявление и доступность помощи образуют тот профилактический каркас, который способен уменьшать и распространённость невротических состояний, и тяжесть их последствий. В научном и практическом отношении это позволяет рассматривать профилактику не как приложение к лечению, а как полноценное и стратегически значимое направление борьбы с невротическими расстройствами. .

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема невроза и невротических расстройств сохраняет свою научную и практическую значимость, несмотря на изменения в понятийном аппарате современной психиатрии, клинической психологии и психотерапии. Проведённый в настоящей монографии теоретический и клинико-методологический анализ позволяет сделать вывод о том, что невротические расстройства представляют собой не частный и не периферийный раздел психопатологии, а одну из наиболее существенных форм психической дезадаптации, имеющую сложную биопсихосоциальную природу, высокую распространённость, выраженное влияние на качество жизни и устойчивую тенденцию к хронизации при отсутствии своевременной и адекватной помощи. Несмотря на то что в современных международных классификациях термин «невроз» используется значительно реже и уступает место более дифференцированным нозологическим обозначениям, сама клиническая реальность, ранее охватывавшаяся этим понятием, не только не исчезла, но в ряде аспектов стала ещё более актуальной. Это обусловлено ростом психоэмоциональных нагрузок, усложнением социальной среды, усилением неопределённости жизненных перспектив, изменением структуры межличностного взаимодействия и возрастанием общего уровня хронического стресса в обществе.

Одним из важнейших результатов проведённого исследования является подтверждение того, что понятие невроза сохраняет значительный эвристический потенциал как интегративная научная категория. Оно позволяет рассматривать невротические расстройства не просто как набор отдельных симптомов или формально разграниченных диагнозов, а как область состояний, объединённых рядом общих признаков: сохранностью связи с реальностью, отсутствием грубого психотического распада, выраженным субъективным страданием, центральной ролью тревоги, внутреннего конфликта и дезадаптивных способов эмоциональной переработки жизненных затруднений. В этом отношении категория невроза, хотя и утратила прежнюю нозологическую монолитность, продолжает играть важную роль в понимании природы не-психотической психопатологии, в клиническом мышлении и в психотерапевтической практике.

В ходе монографического анализа было показано, что историческая эволюция представлений о неврозах отражает постепенный переход от узко неврологического и функционального понимания «нервной болезни» к многомерной модели, включающей биологические, психологические, личностные и социальные детерминанты. Отечественная и зарубежная научные традиции внесли существенный вклад в это развитие. Зарубежные концепции позволили последовательно осмыслить роль внутреннего конфликта, психической травмы, тревоги, символизации телесных симптомов и механизмов психологической защиты. Отечественная школа, в свою очередь, обогатила проблему через изучение высшей нервной деятельности, патогенетических механизмов неврозов, системы отношений личности и роли

психотерапевтического вмешательства как средства не только симптоматического облегчения, но и личностной реконструкции. Такое историко-научное рассмотрение убеждает в том, что современное понимание невротических расстройств не возникает на пустом месте, а является результатом длительного накопления клинических наблюдений, экспериментальных данных и теоретических обобщений.

Существенным выводом монографии является признание многофакторной природы невротических расстройств. Они не могут быть сведены ни исключительно к биологической предрасположенности, ни только к психогенной реакции, ни лишь к воздействию неблагоприятной социальной среды. Биологические факторы формируют общий уровень уязвимости, включающий особенности нервной и эндокринной регуляции, повышенную чувствительность к стрессу, наследственную предрасположенность и телесную реактивность. Психологические механизмы определяют специфику переработки переживаний, характер эмоциональной регуляции, склонность к катастрофизации, избеганию, ригидному контролю, соматизации и фиксации на угрозе. Социальные и семейные условия задают ту среду, в которой формируются ранние модели привязанности, представления о безопасности и собственных возможностях, а также способы переживания конфликта, зависимости, неудачи и ответственности. Следовательно, патогенез невротических состояний следует понимать как результат взаимодействия уязвимости и стресса, биологических предпосылок и жизненного опыта, внутреннего конфликта и внешней нагрузки.

Отдельное значение имеет вывод о центральной роли стресса, психотравмы и хронического эмоционального напряжения в развитии невротических расстройств. При этом стресс не выступает как механическая причина, неизбежно порождающая расстройство, а реализует свой патогенный потенциал через индивидуальную систему уязвимости и доступных ресурсов совладания. В одних случаях он действует как острый пусковой фактор, в других — как длительный фон психической перегрузки, постепенно подтачивающий адаптационные механизмы. Психическая травма, особенно перенесённая в детстве или в условиях дефицита поддержки, способна оставлять долговременный след в виде изменённой стресс-реактивности, хронической настороженности, нарушенной привязанности и трудностей эмоционального саморегулирования. Именно поэтому невротические расстройства должны рассматриваться не только как клиническая реакция на актуальное неблагополучие, но и как выражение более глубокой истории взаимодействия личности с миром.

Проведённый клинический анализ показал, что невротические расстройства представляют собой внутренне неоднородную, но структурно связанную группу состояний. Их клиническая картина может включать генерализованную тревогу, панические проявления, фобические и обсессивно-компульсивные синдромы, соматоформные и конверсионные расстройства, астенические и депрессивные компоненты, вегетативные и психосоматические нарушения. При этом в реальной практике данные

проявления редко существуют изолированно. Гораздо чаще наблюдаются смешанные состояния, в которых тревога переплетается с соматической фиксацией, навязчивый контроль — с депрессивной истощённостью, фобическое избегание — с ощущением собственной несостоятельности, а телесные жалобы — с хроническим эмоциональным напряжением. Такой характер клинической картины требует отказа от упрощённого симптомоцентризма и ориентирует на синдромальный и динамический анализ, учитывающий и ведущий синдром, и его личностный, семейный и социальный контекст.

Особое внимание в монографии было уделено диагностике и дифференциальной диагностике невротических расстройств. В результате можно сделать вывод, что успешное распознавание данных состояний возможно лишь при сочетании клинико-психопатологического анализа, тщательного сбора анамнеза, оценки динамики симптомов, использования психодиагностических инструментов и обязательного учёта соматического и неврологического статуса пациента. Невротические расстройства часто остаются нераспознанными именно потому, что предъявляются в виде телесных жалоб, нарушений сна, усталости, функциональных неврологических симптомов или расстройств повседневного поведения. В этой связи особенно важным является разграничение невротических состояний с психозами, аффективными расстройствами, соматическими заболеваниями и органической неврологической патологией. Разграничение неврозов и психозов основывается на сохранности критики, отсутствия грубого нарушения связи с реальностью, бреда и галлюцинаций, тогда как дифференциация с аффективными расстройствами требует оценки ведущего аффективного ядра, степени ангедонии, безнадёжности, а также наличия маниакальных, психотических или тяжёлых депрессивных признаков. В отношении соматических и неврологических заболеваний особенно важно избегать как гиперсоматизации, так и поспешного психогенизирования, признавая возможное сосуществование органического и невротического компонентов.

Важнейшим практическим результатом исследования является подтверждение ведущей роли психотерапии в лечении невротических расстройств. Психотерапевтическое вмешательство является не вспомогательным, а смыслообразующим компонентом помощи, поскольку оно направлено на те механизмы, которые лежат в основе симптомообразования и хронизации: тревожную переработку неопределённости, избегание, катастрофизацию, ритуализацию, нарушенные способы эмоциональной регуляции и внутренние конфликты. Среди современных методов наибольшей доказательной разработанностью обладает когнитивно-поведенческий подход, особенно эффективный при тревожных, панических, фобических и обсессивно-компульсивных состояниях. Вместе с тем психодинамические и личностно-ориентированные формы психотерапии сохраняют высокую ценность там, где симптом тесно связан с глубинной структурой личности, системой отношений, хроническими межличностными конфликтами, переживаниями

вины, стыда, зависимости и неустойчивой идентичности. Следовательно, современная терапия невротических расстройств должна быть не догматически односторонней, а клинически гибкой и индивидуализированной.

Медикаментозная терапия, как показано в монографии, занимает важное, но ограниченное место. Она показана при выраженной тревоге, тяжёлых и затяжных состояниях, наличии значительной коморбидной депрессии, нарушениях сна и в тех случаях, когда выраженность симптомов препятствует психотерапевтической работе. Однако медикаменты не могут рассматриваться как самостоятельное решение проблемы, поскольку не устраняют внутренние механизмы избегания, соматизации, ригидного контроля и нарушенной саморегуляции. Наилучшие результаты достигаются при комплексном лечении, сочетающем психотерапию, разумно подобранную фармакотерапию, психообразование, семейную поддержку, восстановление режима жизни и профилактику рецидивов. В этой связи важен отказ от практики симптоматического и краткосрочного подавления тревоги без последующей глубинной работы с причинами и поддерживающими факторами болезни.

Проведённый возрастно-социальный анализ позволяет заключить, что невротические расстройства по-разному проявляются и по-разному формируются на различных этапах жизни. У детей и подростков они тесно связаны с семейной атмосферой, неблагоприятным детским опытом, нарушением привязанности, школьным давлением и неустойчивостью самооценки. В молодом и зрелом возрасте на первый план выходят проблемы профессионального самоопределения, экономической и ролевой ответственности, трудности партнёрских отношений, хронический стресс труда и необходимость поддерживать баланс между многочисленными жизненными задачами. У пожилых людей невротические состояния часто маскируются под соматическое неблагополучие, теснее переплетаются с одиночеством, утратами, страхом утраты самостоятельности и возрастной социальной изоляцией. Следовательно, клиническая помощь и профилактика должны учитывать возрастную специфику и не строиться по единой схеме для всех групп.

Особо значимым представляется вывод о гендерной и профессиональной неоднородности невротических состояний. Женщины в среднем демонстрируют более высокую распространённость тревожных расстройств, что связано как с биологическими факторами, так и с более высоким уровнем социальных и ролевых нагрузок, повышенной чувствительностью к оценке, школьному и семейному давлению. Мужчины, напротив, могут оставаться недодиагностированной группой вследствие специфики предъявления страдания и культурных барьеров к обращению за помощью. Лица с высокой профессиональной и эмоциональной нагрузкой, особенно медицинские работники, педагоги, сотрудники экстренных служб и лица, занятые в условиях постоянного дефицита ресурсов и высокой ответственности, составляют особую группу риска по тревожным, астеническим и психосоматическим формам невротизации. Это подчёркивает,

что профилактика должна быть ориентирована не только на «среднестатистического» пациента, но и на специфические социальные контексты, в которых формируется хроническое напряжение.

Семейные и межличностные последствия невротических расстройств, как показано в работе, имеют системный характер. Болезнь одного члена семьи изменяет роль, поведение и эмоциональное состояние всех остальных. Возникают формы семейной подстройки под симптом, эмоционального истощения близких, скрытых конфликтов, зависимости от проверки, reassurance, избегания и постоянного контроля. В отношении детей тревога родителей и семейная дисфункция прямо участвуют в формировании детской тревожности. Во взрослом возрасте небезопасная привязанность, неудовлетворённость браком, хронический межличностный конфликт и дефицит эмоциональной поддержки становятся не только фоном, но и самостоятельным фактором поддержания болезни. Следовательно, невроз следует рассматривать не просто как индивидуальное расстройство, а как явление, имеющее выраженное семейное и межличностное измерение.

Не менее важен вывод о глубоком влиянии невротических расстройств на качество жизни, социальную адаптацию и профессиональное функционирование. Даже при формальной сохранности внешней деятельности они могут значительно ограничивать свободу человека, сужать его жизненное пространство, подрывать уверенность в себе, ухудшать повседневную продуктивность, лишать удовольствия от общения и труда, а также формировать скрытую, но стойкую форму социальной дезадаптации. Социальное бремя таких расстройств проявляется не только в индивидуальном страдании, но и в экономических потерях, снижении производительности, напряжении внутри семьи, перегрузке первичного звена здравоохранения и потребности в длительной поддержке. Всё это делает проблему невротических расстройств не частной психотерапевтической задачей, а крупным медико-социальным вопросом.

Особого внимания заслуживает профилактическое направление, которое в настоящей монографии рассматривается как стратегически необходимое. Психогигиена, психопрофилактика, развитие эмоциональной грамотности, формирование навыков саморегуляции и стрессоустойчивости, поддержка семьи, школьные программы, раннее выявление тревоги и соматизированного дистресса в первичном звене здравоохранения, а также создание более благоприятной организационной среды в образовании и труде являются взаимосвязанными элементами эффективной профилактики. Важнейшим результатом исследования является вывод о том, что устойчивость к стрессу не должна пониматься как врождённая невосприимчивость к неблагоприятным обстоятельствам. Она является формируемым качеством, зависящим от навыков саморегуляции, когнитивной гибкости, поддержки значимых отношений и социальной среды. Следовательно, профилактика невротических расстройств должна быть направлена как на самого человека, так и на ту среду, в которой он живёт, учится, работает и строит отношения.

Подводя общий итог, следует подчеркнуть, что невротические расстройства представляют собой сложную область клинической реальности, в которой особенно ярко проявляется взаимосвязь биологического, психологического и социального. Они демонстрируют, что человеческое страдание невозможно адекватно понять, если отделять симптом от личности, болезнь от жизненной истории, тревогу от отношений, телесное от психического и индивидуальное от социального. Именно поэтому исследование невротических расстройств требует не только клинической точности, но и широты гуманитарного и психологического взгляда. Настоящая монография показывает, что современное научное осмысление невротических расстройств должно опираться на интегративную модель, соединяющую достижения психиатрии, клинической психологии, психотерапии, неврологии и социальной медицины.

Практическая значимость такого подхода заключается в возможности перехода от фрагментарного симптоматического реагирования к целостной системе помощи, где ранняя диагностика, психотерапия, разумная фармакотерапия, семейная поддержка, социальная реабилитация и профилактика рецидива образуют единый лечебно-профилактический контур. Научная значимость состоит в дальнейшем уточнении места невротических расстройств в структуре современной психопатологии, в преодолении ложного противопоставления между историческим понятием невроза и современными нозологическими системами, а также в развитии представления о невротизации как особой форме нарушения адаптации личности.

Таким образом, проведенное исследование позволяет заключить, что изучение невроза и невротических расстройств сохраняет не только теоретическую, но и непосредственную практическую ценность. Глубокое понимание этих состояний необходимо для совершенствования клинической диагностики, повышения эффективности психотерапевтической и комплексной помощи, сокращения социальной дезадаптации и формирования более зрелой системы профилактики психического неблагополучия. В условиях современного общества, характеризующегося возрастанием психоэмоциональных нагрузок, неопределенности и хронического стресса, значение данной проблематики будет не уменьшаться, а возрастать. Именно поэтому дальнейшее исследование невротических расстройств, разработка междисциплинарных подходов к их профилактике и лечению, а также расширение доступности квалифицированной помощи следует рассматривать как одно из приоритетных направлений современной клинической науки и практического здравоохранения.

ВЫВОДЫ

Проведённое монографическое исследование, посвящённое неврозу и невротическим расстройствам, позволяет сделать ряд обобщающих выводов, имеющих теоретическое, клиническое и прикладное значение. Прежде всего следует отметить, что невротические расстройства представляют собой одну из наиболее распространённых и социально значимых форм не-психотической психической патологии, которая, несмотря на трансформацию терминологии в современных классификационных системах, сохраняет высокую актуальность для психиатрии, клинической психологии, психотерапии, неврологии и общей медицинской практики. Изменение нозологического языка и распределение классического понятия «невроз» между рядом более частных диагностических категорий не отменяют существования единого клинко-психологического поля расстройств, объединённых общностью ведущих механизмов, характера дезадаптации и клинической динамики. Тем самым понятие невроза сохраняет существенную эвристическую ценность как интегративная категория, позволяющая рассматривать тревожные, фобические, обсессивно-компульсивные, соматоформные, астенические и стресс-ассоциированные состояния в единой системе научного анализа.

Исследование показало, что невротические расстройства имеют сложную, многофакторную и биопсихосоциальную природу. Их нельзя удовлетворительно объяснить ни только биологической предрасположенностью, ни исключительно психогенным воздействием, ни лишь влиянием социальных обстоятельств. Формирование невротического состояния происходит в точке взаимодействия конституциональной уязвимости, особенностей нервной и эмоциональной регуляции, личностных характеристик, раннего семейного опыта, уровня стрессовой нагрузки, качества социальных связей и способов психологической переработки внутреннего и внешнего напряжения. Биологические факторы определяют фон повышенной чувствительности к стрессу и эмоциональной перегрузке; психологические механизмы задают форму переживания, осмысления и закрепления тревоги; социально-средовые условия выступают как контекст, в котором разворачивается либо адаптация, либо патологизация психических реакций. Следовательно, невротические расстройства необходимо рассматривать как результат не линейной причинности, а сложного взаимодействия предрасполагающих, провоцирующих и поддерживающих факторов.

Важным итогом исследования является вывод о центральной роли тревоги как системообразующего клинического и патогенетического феномена. Независимо от конкретной формы расстройства — генерализованной тревоги, фобии, навязчивостей, соматизированных жалоб или астенического истощения — именно тревожное переживание угрозы, небезопасности, неопределённости, возможной утраты контроля или неблагоприятной оценки составляет внутреннее ядро невротического процесса. При этом тревога редко проявляется изолированно: она

сопровождается когнитивной гипернастороженностью, избеганием, нарушениями сна, вегетативной симптоматикой, соматической фиксацией, снижением переносимости нагрузок, астенией и вторичными депрессивными реакциями. В результате невротическое расстройство оказывается не отдельным симптомом, а устойчивой системой дезадаптивного эмоционального, телесного и поведенческого функционирования.

Отдельный вывод касается роли стресса, психотравмы и хронического эмоционального напряжения. Исследование подтверждает, что невротические расстройства часто развиваются на фоне как острых, так и длительных стрессовых воздействий, однако сам по себе стресс не имеет универсального патогенного эффекта вне субъективной переработки и индивидуальной уязвимости. Для одних людей психотравмирующая ситуация остаётся тяжёлым, но преодолимым жизненным эпизодом; для других она становится исходной точкой хронической тревожной мобилизации, внутреннего конфликта, соматизации и устойчивого нарушения адаптации. Особенно значимы ранние неблагоприятные переживания, нарушенная привязанность, дефицит эмоциональной безопасности в детстве и отсутствие поддерживающей среды, которые формируют долговременную склонность к невротическим реакциям. Тем самым невротизация личности должна пониматься не только как реакция на актуальные нагрузки, но и как отражение индивидуальной истории развития.

Клинический анализ невротических расстройств позволяет заключить, что они отличаются внутренней неоднородностью при наличии общих признаков. Для них характерны сохранность критики, отсутствие грубого психотического распада, субъективная чуждость или тягостность симптомов, высокая зависимость состояния от стресса и значительное нарушение качества жизни. При этом конкретная симптоматика может принимать форму генерализованной тревоги, панических атак, фобических реакций, обсессивно-компульсивных проявлений, функциональных телесных симптомов, астенических и депрессивных состояний, а также вегетативных и психосоматических нарушений. Существенно, что в клинической практике невротические расстройства часто имеют смешанный характер, а доминирующий синдром может меняться на протяжении болезни. Это требует синдромального, а не узко симптоматического подхода к анализу случая.

Проведённое исследование подтверждает, что диагностика невротических расстройств является одной из наиболее трудных областей клинической практики. Трудности связаны как с разнообразием клинических форм, так и с высокой частотой соматизированных и маскированных вариантов течения. Пациенты нередко обращаются за помощью не с жалобой на тревогу как таковую, а с бессонницей, сердцебиением, головокружением, болями, слабостью, навязчивым контролем здоровья, страхом тяжёлого заболевания или функциональными неврологическими симптомами. В этой связи принципиально важным является сочетание клинико-психопатологической оценки, тщательного анамнестического анализа, психодиагностических методов и компетентного соматического обследования. Только такой подход

позволяет избежать как недооценки психогенного компонента, так и ошибочного исключения органической патологии.

Значимым результатом исследования стало уточнение критериев дифференциальной диагностики невротических состояний. Разграничение с психозами должно опираться на оценку реальностного тестирования, уровня критики, наличия бреда, галлюцинаций, дезорганизации мышления и поведения. Разграничение с аффективными расстройствами требует анализа ведущего аффективного ядра, степени ангедонии, чувства безнадежности, выраженности суточной динамики и наличия психотических либо биполярных компонентов. Дифференциальная диагностика с соматическими и неврологическими заболеваниями предполагает признание возможного сосуществования органического и невротического компонентов, а также отказ от упрощённого противопоставления «настоящей болезни» и «психогении». Следовательно, невротические расстройства требуют междисциплинарного подхода уже на этапе постановки диагноза.

Одним из центральных выводов монографии является признание психотерапии ведущим методом лечения невротических расстройств. Это обусловлено тем, что именно психотерапевтические подходы непосредственно воздействуют на основные механизмы формирования и поддержания симптоматики: катастрофизацию, избегание, ритуализацию, соматическую гиперфиксацию, нарушенную эмоциональную регуляцию, внутренний конфликт, искажённые убеждения и дефицит устойчивых способов совладания со стрессом. Наиболее разработанным и научно обоснованным методом выступает когнитивно-поведенческая терапия, особенно эффективная при тревожных, фобических, панических и обсессивно-компульсивных состояниях. Вместе с тем психодинамические и личностно-ориентированные подходы сохраняют высокую значимость там, где на первый план выходят глубинные конфликты, нарушения системы отношений, устойчивые защитные паттерны, чувство вины, стыда, неустойчивость самооценки и хронические межличностные трудности. Следовательно, оптимальная психотерапевтическая стратегия должна быть индивидуализированной и строиться с учётом не только диагноза, но и структуры личности пациента.

Медикаментозная терапия, как показывает анализ, имеет существенное, но ограниченное значение. Она является показанной при выраженной тревоге, тяжёлых обсессивно-компульсивных и панических состояниях, затяжных формах расстройства, значительной коморбидной депрессии, тяжёлых нарушениях сна и случаях, когда выраженность симптоматики препятствует психотерапевтической работе. Однако лекарственные средства не решают ключевых патогенетических задач и не могут самостоятельно изменить личностные и поведенческие механизмы болезни. Поэтому фармакотерапия должна рассматриваться как вспомогательное, патогенетически оправданное и строго дозированное средство в структуре комплексного лечения, а не как его единственная основа.

Исследование показывает, что невротические расстройства существенно различаются в зависимости от возрастного и социального контекста. В детском и подростковом возрасте на первый план выступают семейное неблагополучие, школьное давление, неустойчивая самооценка, тревожная привязанность и ранняя психотравматизация. В молодом и зрелом возрасте клиническая картина тесно связана с задачами профессионального самоопределения, ролевой перегрузкой, ответственностью, трудностями партнёрских отношений и хроническим стрессом труда. В пожилом возрасте возрастают роль соматической коморбидности, одиночества, утрат, снижения функциональной независимости и социальной изоляции. Гендерный анализ показывает, что женщины чаще демонстрируют тревожные и иные невротические состояния, однако мужчины могут оставаться недовыявленной группой из-за иной формы предъявления дистресса и меньшей склонности к обращению за помощью. Лица с высокой профессиональной и эмоциональной нагрузкой — медицинские работники, педагоги, специалисты экстренных служб и иные профессиональные группы — составляют особую категорию риска, нуждающуюся в целенаправленной профилактике.

Одним из наиболее значимых выводов является признание семейных и межличностных отношений как ключевого звена в развитии, поддержании и преодолении невротических расстройств. Семья может выступать как пространством формирования тревожных и зависимых моделей реагирования, так и основным ресурсом эмоциональной защиты и восстановления. При уже сформировавшемся расстройстве болезнь одного человека влияет на всю семейную систему, изменяя роли, характер общения, уровень напряжения и способы организации повседневной жизни. Это особенно заметно при обсессивно-компульсивных, тревожно-избегающих и соматизированных формах невротизации, когда родственники невольно вовлекаются в поддержание симптомов. Таким образом, лечение и профилактика невротических состояний без учёта семейного контекста оказываются неполными.

Исследование убедительно показывает, что невротические расстройства глубоко затрагивают качество жизни, социальную адаптацию и профессиональное функционирование. Даже при внешней сохранности социальной роли человек может переживать внутреннее истощение, потерю свободы, сужение жизненного пространства, снижение способности к близости, творчеству, инициативе и удовольствию от жизни. Следовательно, невротические расстройства не должны рассматриваться как «лёгкие» или «малозначимые» по сравнению с более тяжёлыми формами психической патологии. Их клиническое бремя определяется не только симптоматической выраженностью, но и длительным подрывом адаптационных и личностных ресурсов.

Наконец, монография позволяет сделать принципиальный вывод о приоритетной роли профилактики. Психогигиена, раннее выявление, школьные и семейные профилактические программы, поддержка психического здоровья на рабочем месте, развитие эмоциональной

грамотности, навыков саморегуляции и стрессоустойчивости, а также расширение возможностей первичного звена здравоохранения представляют собой необходимые условия снижения бремени невротических расстройств. Профилактика в данном случае должна рассматриваться не как второстепенное дополнение к лечению, а как стратегическое направление современной клинической и социальной практики.

Таким образом, проведенное исследование подтверждает, что невротические расстройства являются сложной, многоуровневой и высоко значимой областью психопатологии, требующей интегративного научного подхода и комплексной системы помощи. Их успешное понимание и преодоление возможно только при соединении клинической точности, психологической глубины, междисциплинарного взаимодействия и широкой профилактической перспективы.

Практические рекомендации

Практические рекомендации, вытекающие из проведенного исследования, целесообразно рассматривать как систему мер, охватывающих клиническую диагностику, терапию, реабилитацию, семейное сопровождение и профилактику невротических расстройств на индивидуальном, институциональном и социальном уровнях. Их реализация позволяет не только повышать качество помощи пациентам, но и уменьшать вероятность хронизации расстройств, социальной дезадаптации и повторных эпизодов.

Прежде всего в клинической практике необходимо исходить из того, что невротические расстройства редко предъявляются в виде «чистой» психической жалобы. Врачу общей практики, неврологу, терапевту, кардиологу, гастроэнтерологу, эндокринологу и другим специалистам следует сохранять настороженность в отношении тревожных, обсессивных, соматоформных и астенических состояний во всех случаях, когда пациент предъявляет множественные функциональные жалобы, длительное время обращается за медицинской помощью при отсутствии достаточного органического объяснения, склонен к катастрофической интерпретации телесных ощущений, демонстрирует выраженную тревогу ожидания, нарушения сна, внутреннее напряжение и снижение повседневной адаптации. Практически это означает необходимость включения краткой психической оценки в стандартное первичное обследование пациентов с хроническими функциональными жалобами.

Для специалистов в области психического здоровья первоочередной рекомендацией является проведение развернутой клинико-психопатологической оценки, ориентированной не только на формальную постановку диагноза, но и на выявление структуры расстройства. В каждом случае следует определять ведущий синдром, степень выраженности тревоги, наличие избегания, ритуалов, соматической фиксации, астено-депрессивного компонента, качество критики, глубину социальной дезадаптации и характер коморбидности. Особое внимание рекомендуется уделять динамике развития

симптомов, их связи со стрессом, психотравмой, семейными и профессиональными обстоятельствами, а также преморбидным личностным особенностям. Диагностика должна быть процессом понимания конкретного случая, а не только классификационным актом.

Практически оправдано более широкое использование валидизированных психодиагностических методик в сочетании с клиническим интервью. Опросники тревоги, депрессии, соматизации, обсессивно-компульсивной симптоматики и общего уровня дистресса могут применяться для скрининга, оценки тяжести, выявления скрытых компонентов расстройства и мониторинга динамики лечения. Однако результаты тестирования должны интерпретироваться только в контексте полного клинического обследования. Недопустимо подменять диагноз баллами по шкале; их следует использовать как инструмент уточнения, а не как самостоятельное основание для заключения.

В дифференциальной диагностике рекомендуется придерживаться принципа двойной проверки: с одной стороны, не игнорировать возможность психического происхождения симптомов, с другой — не списывать соматические и неврологические жалобы на «нервы» без полноценного обследования. Особенно это важно при болевых синдромах, вегетативных кризах, нарушениях чувствительности, слабости, головокружении, приступообразных состояниях и выраженной усталости. Оптимальная тактика состоит в последовательном исключении клинически значимой органической патологии, поиске позитивных признаков функционального расстройства и обсуждении с пациентом результатов обследования в ясной, не стигматизирующей форме. Такая позиция укрепляет терапевтический союз и снижает риск как гипердиагностики соматической болезни, так и потери доверия пациента в случае поспешной психогенизации его состояния.

В лечебной практике приоритет следует отдавать психотерапии как ведущему методу помощи при большинстве невротических расстройств. При генерализованной тревоге, паническом расстройстве, фобических состояниях, обсессивно-компульсивной симптоматике и соматоформных нарушениях целесообразно раннее направление пациента на психотерапевтическое лечение, а не отсрочка психотерапии до тех пор, пока не окажутся неэффективными исключительно медикаментозные меры. При выборе психотерапевтического подхода рекомендуется учитывать клиническую форму расстройства, личностную структуру пациента, степень мотивации, выраженность коморбидности и наличие глубинных межличностных конфликтов. Для тревожно-фобических и обсессивных состояний наиболее предпочтительны структурированные методы, направленные на работу с избеганием, катастрофизацией и патологическим контролем. Для хронических, личностно осложнённых форм невротизации, тесно связанных с нарушениями системы отношений, чувством вины, стыда, зависимостью и внутренней конфликтностью, оправдано подключение психодинамических и личностно-ориентированных форм помощи.

Медикаментозную терапию рекомендуется использовать строго по показаниям. Она наиболее оправдана при выраженной тревоге, тяжёлых панических и обсессивно-компульсивных состояниях, затяжном течении расстройства, сочетании с клинически значимой депрессией, тяжёлой бессонницей и в случаях, когда симптоматика делает невозможной или резко затрудняет психотерапевтическую работу. Следует избегать неоправданного длительного назначения быстро действующих седативных средств, особенно в форме, поддерживающей психологическую зависимость пациента от внешнего «успокоителя». В процессе фармакотерапии необходимо подробно информировать пациента о сроках наступления эффекта, возможных побочных явлениях, необходимости регулярного приёма и недопустимости самовольного прерывания лечения. При достижении улучшения отмена препаратов должна проводиться постепенно и под контролем специалиста.

Практически значимым является развитие комплексных программ лечения, включающих помимо психотерапии и фармакотерапии психообразование, обучение навыкам саморегуляции, восстановление режима сна, коррекцию повседневной перегрузки, возвращение к дозированной физической активности, ограничение постоянного самонаблюдения и тревожного поиска медицинской информации. Для пациентов с соматоформными и функциональными телесными проявлениями целесообразно включать в программу элементы телесно-ориентированной и реабилитационной работы, направленной на восстановление доверия к телу и снижение страха перед симптомом. Для пациентов с выраженным избеганием необходимо поэтапно расширять жизненное пространство и поддерживать постепенное возвращение к образовательной, социальной и профессиональной активности.

В работе с детьми и подростками практические рекомендации должны включать раннее выявление тревожных и соматизированных симптомов в школе и семье. Педагогам, школьным психологам и родителям следует обращать внимание на школьное избегание, немотивированное снижение успеваемости, частые соматические жалобы, нарушения сна, чрезмерную застенчивость, навязчивые действия, зависимость от постоянного успокоения и выраженную реакцию на оценку. Рекомендуется развивать программы психологического сопровождения учащихся, направленные на эмоциональную грамотность, развитие социальных навыков, толерантность к ошибке, профилактику школьного стресса и обучение способам обращения за помощью. При наличии семейного неблагополучия, родительской тревожности или признаков психотравматизации помощь должна включать и работу с родителями.

Для лиц молодого и зрелого возраста особое значение имеет профилактика профессионально обусловленной невротизации. Рекомендуется внедрять в трудовых коллективах программы поддержки психического здоровья, психологического консультирования, профилактики эмоционального выгорания и обучения навыкам управления стрессом. Руководителям и администраторам организаций следует учитывать, что хроническая перегрузка, неясные требования, отсутствие поддержки,

конфликтная среда и невозможность восстановления являются факторами риска тревожных, астенических и соматизированных нарушений. Практически оправдано создание таких организационных условий, при которых работник может своевременно получать психологическую помощь без страха стигматизации и профессиональных санкций.

В отношении пожилых пациентов рекомендуется уделять особое внимание маскированным и соматизированным формам невротических расстройств. При хронической бессоннице, множественных жалобах на самочувствие, страхе ухудшения здоровья, тревоге одиночества, нарастающей зависимости от контроля за телесными функциями и общем снижении жизненного тонуса следует целенаправленно оценивать наличие тревожного и депрессивного дистресса. Практическая помощь должна включать не только медикаментозную и психотерапевтическую поддержку, но и меры по снижению социальной изоляции, поддержанию контактов, вовлечению в посильную деятельность и укреплению чувства значимости.

Семейно-ориентированная работа должна рассматриваться как обязательный компонент помощи при значительной части невротических расстройств. Родственникам необходимо разъяснить природу симптомов, роль семейной подстройки в поддержании болезни, способы конструктивной поддержки без усиления избегания, ритуалов и тревожной зависимости. В семьях, где болезнь одного из членов приводит к хроническому напряжению, чувству беспомощности и эмоциональному истощению близких, оправдано проведение семейных консультаций, направленных на восстановление более здоровых границ, распределения ответственности и способов общения. Особенно важна такая работа при детских тревожных расстройствах, обсессивно-компульсивных состояниях и затяжных соматоформных нарушениях.

В сфере профилактики практические меры должны строиться на многоуровневом принципе. На первичном уровне рекомендуется развитие программ психогигиены, направленных на нормализацию режима труда и отдыха, сна, физической активности, информационной нагрузки и эмоциональной саморегуляции. На вторичном уровне необходимо расширять возможности раннего скрининга тревожных и иных невротических проявлений в первичном звене здравоохранения, образовательной среде и на рабочем месте. На третичном уровне требуется формировать системы профилактики рецидивов у лиц, уже перенёвших невротическое расстройство: регулярное наблюдение, поддерживающие консультации, закрепление психотерапевтических навыков и раннее вмешательство при первых признаках обострения.

Для образовательных учреждений практически целесообразно внедрять программы социально-эмоционального обучения, психологической поддержки учащихся и подготовки педагогов к распознаванию признаков дистресса. Для медицинских учреждений — обучать специалистов первичного звена базовым навыкам выявления тревожных, соматизированных и астенических состояний, формировать маршрутизацию пациентов в службы

психического здоровья и укреплять междисциплинарное взаимодействие между психиатрами, клиническими психологами, неврологами и врачами общей практики. Для работодателей — развивать культуру заботы о психическом благополучии сотрудников, не сводя проблему к индивидуальной слабости или личной неустойчивости.

Формирование стрессоустойчивости рекомендуется рассматривать как одно из главных профилактических направлений. Практически это означает развитие у детей, подростков и взрослых навыков распознавания собственного напряжения, управления эмоциями, терпимости к неопределённости, отказа от катастрофизации, поиска помощи и восстановления после перегрузки. Однако развитие стрессоустойчивости не должно сводиться к индивидуальному тренингу. Необходима и работа со средой: уменьшение чрезмерного давления в школе, на рабочем месте и в семье, укрепление поддерживающих отношений и формирование культуры уважительного отношения к психическому здоровью.

Обобщая практические рекомендации, можно заключить, что наиболее эффективная стратегия помощи при невротических расстройствах должна опираться на раннее распознавание, междисциплинарное взаимодействие, приоритет психотерапии, разумное и ограниченное использование медикаментов, семейную и социальную поддержку, восстановление повседневного функционирования и активную профилактику рецидивов. Только при таком подходе можно рассчитывать не просто на уменьшение симптомов, а на действительное восстановление качества жизни, социальной адаптации и личностной устойчивости пациента. Если хотите, я могу сразу оформить этот раздел в более «диссертационном» виде — с нумерованными выводами и отдельным списком практических рекомендаций.

Список литературы

1. Александровский Ю. А. *Пограничные психические расстройства: руководство для врачей*. 4-е изд., перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 707 с.
2. Александровский Ю. А. *Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства: этиология, патогенез, специфические и неспецифические симптомы, терапия*. Москва: Литтерра, 2010.
3. Бехтерев В. М. *Общие основы рефлексологии человека: руководство к объективному изучению личности*. 4-е посмертное изд. Москва; Ленинград: Гос. изд-во, 1928. XXIV, 544 с.
4. Карвасарский Б. Д. *Неврозы: руководство для врачей*. 2-е изд., перераб. и доп. Москва: Медицина, 1990.
5. Карвасарский Б. Д., ред. *Психотерапевтическая энциклопедия*. 2-е изд. Санкт-Петербург: Питер, 2006. 943 с.
6. Мясищев В. Н. *Личность и неврозы*. Ленинград: Изд-во Ленингр. ун-та, 1960. 427 с.
7. Мясищев В. Н. *Психология отношений*. Москва; Воронеж: Изд-во МПСИ; МОДЭК, 1998. 362 с.
8. Павлов И. П. *Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных: условные рефлексы*. 3-е изд. Ленинград; Москва: Гос. изд-во, 1925. 397 с.
9. Павлов И. П. *Полное собрание сочинений*. 2-е изд., доп. Москва: Изд-во АН СССР, 1951–1954.
10. World Health Organization. *Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements for ICD-11 Mental, Behavioural and Neurodevelopmental Disorders*. Geneva: WHO, 2024.
11. World Health Organization. *International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11): Reference Guide*. Geneva: WHO, 2025.
12. World Health Organization. *mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-specialized Health Settings. Version 2.0*. Geneva: WHO, 2016.
13. World Health Organization. *Guidelines on Mental Health at Work*. Geneva: WHO, 2022.
14. World Health Organization. *Guidelines on Mental Health Promotive and Preventive Interventions for Adolescents: Helping Adolescents Thrive*. Geneva: WHO, 2020.
15. World Health Organization. *Doing What Matters in Times of Stress: An Illustrated Guide*. Geneva: WHO, 2020.
16. Всемирная организация здравоохранения. *Важные навыки в периоды стресса: иллюстрированное пособие*. Женева: ВОЗ, 2020.
17. World Health Organization. *Anxiety Disorders [Fact sheet]*. Geneva: WHO, 2025.
18. World Health Organization. *Mental Disorders [Fact sheet]*. Geneva: WHO, 2025.

19. World Health Organization. *Mental Health at Work* [Fact sheet]. Geneva: WHO, 2024.
20. World Health Organization. *Mental Health of Adolescents* [Fact sheet]. Geneva: WHO, 2025.
21. World Health Organization. *Mental Health of Older Adults* [Fact sheet]. Geneva: WHO, 2025.
22. National Institute for Health and Care Excellence. *Generalised Anxiety Disorder and Panic Disorder in Adults: Management*. Clinical guideline CG113. London: NICE, 2011.
23. National Institute for Health and Care Excellence. *Obsessive-compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder: Treatment*. Clinical guideline CG31. London: NICE, 2005.
24. National Institute for Health and Care Excellence. *Post-traumatic Stress Disorder*. Guideline NG116. London: NICE, 2018.
25. American Psychiatric Association. *DSM-5-TR Online Assessment Measures*. Washington, DC: APA, 2022.
26. American Psychiatric Association. *What Is Somatic Symptom Disorder?* Washington, DC: APA.
27. Spitzer R. L., Kroenke K., Williams J. B. W., Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7 // *Archives of Internal Medicine*. 2006. Vol. 166, No. 10. P. 1092–1097.
28. Kroenke K., Spitzer R. L., Williams J. B. W. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure // *Journal of General Internal Medicine*. 2001. Vol. 16, No. 9. P. 606–613.
29. Kroenke K., Spitzer R. L., Williams J. B. W. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms // *Psychosomatic Medicine*. 2002. Vol. 64, No. 2. P. 258–266.
30. Goodman W. K., Price L. H., Rasmussen S. A. et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability // *Archives of General Psychiatry*. 1989. Vol. 46, No. 11. P. 1006–1011.
31. Sheehan D. V., Lecrubier Y., Sheehan K. H. et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10 // *Journal of Clinical Psychiatry*. 1998. Vol. 59, Suppl. 20. P. 22–33.
32. Wilmer M. T., Anderson K., Reynolds M. Correlates of Quality of Life in Anxiety Disorders: Review of Recent Research // *Current Psychiatry Reports*. 2021. Vol. 23, No. 11. Art. 77.
33. Leichsenring F., Abbass A., Heim N. et al. The status of psychodynamic psychotherapy as an empirically supported treatment for common mental disorders: an umbrella review based on updated criteria // *World Psychiatry*. 2023. Vol. 22. P. 286–304.
34. Papola D., Sanz C. M., Mazzaglia M. et al. Psychotherapies for Generalized Anxiety Disorder in Adults: A Systematic Review and Network Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials // *JAMA Psychiatry*. 2024. Vol. 81, No. 3. P. 250–259.

35. Ferreira M., Marques A., Gomes P. V. Individual Resilience Interventions: A Systematic Review in Adult Population Samples over the Last Decade // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021. Vol. 18, No. 14. Art. 7564.
36. Ye Z.-Y., Han Z.-Y., Zhong B.-L. Family functioning and anxiety in children: a narrative review // *Translational Pediatrics*. 2025. Vol. 14, No. 9. P. 2311–2320.
37. Wilmer M. T., Anderson K., Reynolds M. Correlates of Quality of Life in Anxiety Disorders: Review of Recent Research // *Current Psychiatry Reports*. 2021. Vol. 23, No. 11. Art. 77.
38. World Health Organization. *Mental Health: Strengthening Our Response* [Fact sheet]. Geneva: WHO, 2025.
39. World Health Organization. *Mental Health* [Health topic]. Geneva: WHO.
40. World Health Organization. *Child and Adolescent Health in the WHO European Region: Adolescent Mental Health Fact Sheet*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; UNICEF, 2024.

Научное издание

Альфия Рашидовна Мурадимова

НЕВРОЗ. НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

монография

Научный редактор: Е.О.Зинин
Редактор: А.Х.Жураев.
Технический редактор: Н.О.Тихонов.

Подписано к печати: 16.04.2026 г.
Формат: 60x84 ¹/₁₆. Усл. печ. л. 7,875.
Гарнитура Times New Roman. Бумага офисная.
Тираж 100 экз. Заказ №1199 (86).
Цена: 47 250 сум.

ИЗДАТЕЛЬСТВО “SUNRISE-PRO”

Отпечатана в типографии ЧП Freshbooks.
Адрес: г. Фергана, ул. Алмаз 40/1.





Национальная библиотека
Узбекистана

№ 7364-2669-df2f-530e-b835-8633-8980
Дата создания документа: 2026-04-15
Номер заявки: 280440813

Документ выдан: "SUNRISE-PRO" MAS'ULIYATI
CHEKLANGAN JAMIYAT
ИНН: 308125866

Присвоенный публикациям международный стандартный серийный номер книги (ISBN)

СПРАВКА

На основании требований постановления Кабинета Министров Республики Узбекистан «Об утверждении некоторых административных регламентов оказания государственных услуг в информационно-библиотечной сфере» № 176 от 1 мая 2023 года: Изданию присвоен международный стандартный порядковый номер ISBN:

Автор	Название книги	Жанр книги	Язык книги	Объем книги	Тираж книги	Выдан серийный номер ISBN
Мурадимова Альфия Рашидовна	Невроз. Невротические расстройства	монография	Русский	126	100	978-9910-262-88-3

TOSHBKOVA RAHIMA FARXOD QIZI

Данный документ является копией электронного документа, сформированного на Едином портале интерактивных государственных услуг в соответствии с Постановлением Кабинета Министров № 728 от 15 сентября 2017 года, и отказ государственных органов в принятии данного документа категорически запрещается. Подлинность документа можно проверить, введя уникальный номер документа на сайте hero.gov.uz или просканировав QR-код с помощью мобильного телефона.

0955





МУРАДИМОВА
АЛФИЯ РАШИДОВНА

