

Психосоциальные факторы профилактики и терапии невротических расстройств в мегаполисе: мишени интервенций в здоровом городе

Васильева А.В.^{1,2}, Караваева Т.А.^{1,3}

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России,

² ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России,

³ ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»

Резюме. Настоящая проблемная статья освещает актуальные вопросы, касающиеся развития пограничных, в первую очередь, невротических расстройств у жителей больших городов. Анализируются специфические факторы, которые способствуют появлению различных нарушений. Отражена роль психологических и социальных воздействий мегаполиса на состояние и функционирование человека. Представлены особенности формирования и течения неврастенических, истерических, обсессивных, тревожных невротических расстройств и нехимических аддикций.

Проблемы, которые отражены в этой статье, относятся к глобальным аспектам современной жизни, им уделяется большое внимание ВОЗ, под эгидой которой для профилактики и коррекции нарушений разработана программа «Здоровые города».

Ключевые слова: стресс, невротические расстройства, мегаполис, неврастения, истерические расстройства, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, социальная фобия, обсессивное расстройство, орторексия, буллинг.

Psychosocial factors of the neurotic disorders treatment and prevention in metropolis

Vasileva A.V.^{1,2}, Karavaeva T.A.^{1,3}

¹ V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology,

² I.I. Mechnikov North-Western Medical State University,

³ Federal State Budgetary Institution of Higher Education «Saint-Petersburg State University»

Summary. This problematic article considers the role of the psychosocial factors on neurotic disorders manifestation in metropolis citizens. The specific factors impact on the neurotic disorders incidence is analyzed. The role of the metropolis psychological and social influence on the ones global functioning is represented. The article describes the specific of the development and course of the neurasthenic, histrionic, obsessive anxiety disorders and non-chemical addictions.

Problems highlighted in this article belongs to the main modern life challenges, taking by WHO as the global problems, that were included in the targeted Healthy Cities program also aimed to treat and prevent metropolis mental disorders.

Key words: stress, neurotic disorders, metropolis, neurasthenia, histrionic disorders, panic disorder, generalized anxiety disorder, social phobia, obsessive disorder, orthorexia, bullying.

Проживание в условиях мегаполиса создает особые условия, формирует специфическое средовое экологическое окружение для человека, с одной стороны, предоставляет богатство возможностей для самореализации и развития индивидуального креативного жизненного стиля, с другой стороны, предъявляет повышенные требования к нервной системе человека по переработке информационных и других стрессовых нагрузок [4]. Средовые факторы проживания действуют в двух направлениях, усиливают стимульную нагрузку, что повышает риск развития психических нарушений, и в то же время уменьшают влияние психопротективных составляющих.

К перегрузке нервной системы приводят плотность человекопотока, запахи, шум, загрязнение и интенсивность других входящих стимулов. Городское окружение организовано таким образом, чтобы постоянно посылать сообщения, требую-

щие переработки. Раздражители запускают когнитивную переработку на неосознаваемом субпороговом уровне, и их негативное воздействие усиливается по мере истощения копинг-ресурсов. Последствием этого может быть повышение порога стрессовой готовности и стремление индивида к изоляции для восстановления сил.

Чрезмерная нагрузка в течение рабочего дня, особенно в сочетании с личностными чертами перфекционизма и мотивацией высоких достижений, приводит к защитному ограничению социальных связей, которые в иных условиях могли бы быть ресурсом стабилизации самооценки. Постепенно усиливается разрыв между представлениями о Я-реальном и Я-идеальном, для оценки собственных достижений используются сравнения не с представителями референтной группы, а с некоторым воображаемым идеальным человеком. Это создает почву для обесценивания

собственных успехов и формирования «синдрома самозванца», когда индивид находится на рабочем месте в состоянии постоянного страха, что будет обнаружена его недостаточная компетентность, которую он до сих пор успешно скрывал. При этом за счет негативного селективного восприятия рабочие успехи игнорируются, а неудачам и промахам придается чрезмерное значение. Одновременно с этим через масс-медиа и популярные в мегаполисах бестселлеры биографий успешных людей, которые обычно создает команда пиар-профессионалов, транслируется отлаженный клишированный нереалистичный стандарт успешной жизни. Массовая культура значительно больше влияет на концепцию «Я» жителей городов, чем сельской местности [8].

Передвижение по мегаполису требуют времени, что уменьшает возможности проведения досуга с семьей и друзьями, негативно влияя на психическое здоровье жителей городов-миллионников. В целом проживание в мегаполисе ограничивает возможность использования психопротективных факторов, как пребывание на природе, общее время досуга, имеются ограничения личного пространства.

Также физическая активность, необходимая для поддержания как психического, так и соматического здоровья, менее доступна жителям большого города. Люди, которые по тем или иным причинам переехали в мегаполис из других населенных пунктов, оказываются лишенными социальной поддержки своего привычного окружения. Последнее подтвердило свою значимость в исследованиях в качестве ресурса повышающего адаптивность личности при психотравмирующем воздействии [7].

Ответом на это стала инициатива ВОЗ по созданию здоровых городов, где есть достаточное количество рекреативных зон, ограничена шумовая нагрузка, организовано досуговое пространство, сформировано свободное от стигматизации инклюзивное сообщество [12]. Формирование здорового экологического пространства проживания является сложной мультидисциплинарной задачей, требующей совместных усилий специалистов различного профиля: политиков, социологов, экологов, педагогов, работников муниципалитета, организаторов здравоохранения, профпатологов, профессионалов в области психического здоровья.

Многомиллионный город предлагает человеку большое количество вариантов, как организации собственной жизни, так и в выборе потребительских товаров. Таким образом, житель мегаполиса каждый день должен принимать множество решений разной значимости, что может быть причиной снижения ресурса волевого контроля. Способность делать гибкий выбор на основе новой информации относится к базовым когнитивным процессам, выступающим одной из движущих сил эволюции. Само принятие решения в ситуации множественных вариантов является энергозатратным волевым усилием, и не может воспро-

изводиться бесконечно. В ряде случаев из-за астении начинают страдать исполнительские функции, требующие последовательных действий, направленных на реализацию принятого решения. Наличие большого количества альтернатив, связанных с выбором партнера, места работы и проживания, проведением досуга создает почву для развития тревожных состояний, в основе которых неуверенность относительно правильности выбора или прокрастинация в принятии решений и завершении проектов, что негативно сказывается на самооценке. Истощение ресурсов саморегуляции может быть причиной различных эмоциональных и поведенческих нарушений, таких как снижение продуктивности, ангедония, деструктивная самопрезентация, психогенное переживание, импульсивное поведение [18]. Житель мегаполиса должен научиться совладать с ситуацией «неидеального выбора», поскольку практически всегда имеются равнозначные альтернативы, как в проведении досуга — поход на спектакль может быть не менее интересным, чем поход на концерт, так и в более значимых ситуациях, связанных с обращением за медицинской помощью [21].

Рой Баумейстер вводит понятие *decisionfatigue* — «усталость от принятия решений», в своих экспериментах он показал, что способность человека эффективно функционировать и регулировать свое поведение зависит от того, какое количество решений ему приходится принимать. Это понятие получило признание и ответом на него стали рекомендации по стилю жизни в мегаполисе, к примеру, по созданию рутинной активности, как поход в спортзал каждый четверг, или в филармонию раз в месяц, появились коллекции «капсульного гардероба» и другие минималистские тенденции [18]. Усталость от постоянного анализа информации приводит к срыву адаптационных механизмов, проявляющихся в импульсивных поступках, по такому механизму может развиваться известный бич жителей мегаполиса — шопоголизм [31]. Как вариант нехимических аддикций он имеет более тяжелые социальные последствия в виде финансовых трудностей, при одновременном накоплении ненужных человеку вещей, семейных трудностей и в ряде случаев, — проблем с законом, если для продолжения покупок совершаются финансовые махинации. Для помощи этим людям в ряде городов достаточно успешно стартовали программы «Анонимные должники» [6].

Под влиянием средств массовой информации и рекламы все большую распространенность в городах приобретают поведенческие нарушения, связанные со стремлением к модификации собственного тела с целью достижения его идеальных параметров. Навязанные нереалистичные стандарты красоты и идеи, что счастье и успех ассоциированы исключительно с молодостью, заставляют восприимчивых жителей мегаполисов повторно обращаться к косметологам и пластическим хирургам, идеи идеальной внешности приобретают сверхценный характер, постепенно фор-

мируются все признаки аддиктивного паттерна с изменениями настроения и конфликтами с окружающими, если реализация желаемого поведения невозможна. К этой же категории относится аддикция упражнений, связанная с неудовлетворенностью собственным телом. О.В. Фельсдорффи А.Ю. Егоров и в своем исследовании в крупных фитнес центрах Санкт-Петербурга выявили тенденцию к сочетанию аддикции упражнений с нарушениями пищевого поведения [15]. Социальная приемлемость многих нехимических аддикций приводит к тому, что лица, регулирующие свои эмоциональные нарушения при помощи данных поведенческих паттернов, не попадают своевременно в поле зрения специалистов, занимающихся психическим здоровьем.

Проживание в условиях мегаполиса часто требует от индивида мобилизации ресурсов адаптивности, конфронтируя с основными типами конфликтов, выделенных А.Я. Анцуповым, А.И. Шипиловым [1, 13]. Во-первых, это социальный конфликт — наиболее острый способ развития и завершения значимых противоречий, возникающих в процессе социального взаимодействия, заключающийся в противодействии субъектов конфликта и сопровождающийся негативными эмоциями по отношению друг к другу. В мультикультуральных условиях мегаполиса — это, прежде всего, столкновение коренного населения и групп мигрантов, религиозные и этнические конфликты, конфронтация между жителями благополучных и бедных районов, а также ситуации травли (буллинга и моббинга) на рабочем месте [24,36].

Крайним проявлением социальных конфликтов является террористическая деятельность, проявления которой усиливаются параллельно с ростом мегаполисов [38]. Помимо районов выраженных локальных социальных конфликтов, в нашей стране, начиная с 90-х годов прошлого века, в первую очередь в Москве и в Санкт-Петербурге, а также в других крупных городах, жители сталкиваются с террористической угрозой, взрывами в метро, захватом заложников. Жертвами становятся случайные, не связанные личными или групповыми отношениями с агрессорами люди, что негативно сказывается на психическом здоровье горожан.

11 сентября 2001 года стало новой вехой в проявлении социальных конфликтов, и в значительной степени подорвало чувство базовой безопасности у жителей мегаполисов. После террористической атаки в Нью-Йорке произошел целый ряд схожих событий в крупных городах разных стран. Так за три дня до парламентских выборов в Испании 11 марта 2004 года на центральном вокзале Аточа произошел ряд взрывов, ставшими самыми масштабными террористическими действиями в стране. Затем 7 июля в Лондоне было проведено 4 скоординированных взрыва в метрополитене. Следующим объектом стал Париж в ноябре 2015 г. с последовательной серией террористических атак, перекинувшихся затем на другие города Франции. 3 апреля 2017 г. был осуществлен

взрыв террористом-смертником в метрополитене Санкт-Петербурга. Последствием подобных событий в области психического здоровья является развитие реактивных психических нарушений разной степени тяжести. Непосредственно после событий манифестируют острые состояния, такие как острая реакция на стресс (F. 43.0) или расстройство адаптации (F.43.2). Посттравматическое стрессовое расстройство или ПТСР (F. 43.1) может отмечаться в течение 6 месяцев после воздействия травматического события [7, 32]. Также в связи с потерей близких могут встречаться депрессивные состояния различной глубины [9]. Помимо организации психологической помощи при чрезвычайных ситуациях с целью профилактики психических осложнений в концепции здорового города чрезвычайно важным становится поиск оптимального баланса между формированием необходимой бдительности и навыков противодействия терроризму у граждан с одной стороны, и нивелирования повышенной тревожности и паранойальной настроенности у уязвимых лиц — с другой стороны [16, 37].

Учитывая, что под влияние идей антисоциальных террористических группировок чаще попадают люди с пограничной организацией личности, значимым фактором профилактики становится создание развитой структуры медико-психологической помощи с различными формами групповой психотерапии, направленной на коррекцию и восполнение личностных дефицитов, формирование инклюзивных сообществ, где каждый может найти свое место [37, 38]. Также необходима постоянная психообразовательная работа, направленная на борьбу со стигматизацией больных тяжелыми психическими заболеваниями, которым в обществе ошибочно приписывается исключительно агрессивное поведение [16].

Техногенные и природные катастрофы, стихийные бедствия, аварии и несчастные случаи, приводящие к разрушению объектов культурного наследия, сосредоточенных в городах вследствие их особого символического и идентификационного значения, дополнительно неблагоприятно влияют на психологическую среду. Примером этого может быть пожар в Париже, значительно разрушивший Нотр-Дам — символ европейской цивилизации, и многочисленные интерпретации этого трагического события в СМИ.

Второй группой конфликтов, в ряде случаев тесно связанной с первой, можно выделить внутриличностные противоречия — выраженное негативное переживание, вызванное затянувшейся борьбой структур внутреннего мира личности, отражающее ее противоречивые связи с социальной средой и задерживающее принятие решения [4, 11, 13, 14]. В случае срыва адаптационных механизмов развиваются расстройства приспособительных реакций (F.43.2), проявляясь кратковременными и пролонгированными аффективными нарушениями тревожно-депрессивного характера, диссомнией, астенизацией, снижением работоспособности. В случае выраженной соматиза-

ции — склонности индивида переживать психологическое неблагополучие на соматическом уровне, речь может идти о соматизированном (F45.0) или соматоформном (F45.1) расстройстве; соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы (F45.3). Человек оказывается в ситуации длительной повышенной нагрузки, часто сопровождающейся внутренними противоречиями в ценностных ориентациях и системе значимых отношений, что может рассматриваться в качестве почвы для развития адаптационных расстройств, сопровождающихся сомато-вегетативными нарушениями [2].

Основным кластером психических нарушений выступают невротические расстройства. Еще в середине прошлого века основатель ленинградской-санкт-петербургской школы психотерапии В.Н. Мясищев отмечал, что «невроты тесно связаны с условиями общественного существования... В связи с этим правильное понимание их предусматривает изучение системы общественных отношений (ее экономической основы, идеологических надстроек, особенностей быта, условий воспитания, уровня культуры), а также обусловленных ими особенностей характера и личных отношений людей» [14]. Патогенной основой различных форм невротических состояний является противоречия в тенденциях и возможностях личности, с одной стороны, в требованиях и возможностях, которые ей предъявляет действительность, — с другой.

Существование большого количества вариантов жизненного стиля, ослабление социальных контактов в референтной группе, необходимость принятия на себя ответственности за свой выбор в условиях мегаполиса формируют почву для срыва адаптационных механизмов. Невротические расстройства могут возникать в тех случаях, когда жизненные обстоятельства затрагивают обобщенные, особо значимые, эмоционально насыщенные переживания личности, занимающие важнейшее место в системе ее отношений к действительности.

В докторской диссертации Е.А. Колотильщиковой было показано, что существующие у жителей городов с невротическими расстройствами противоречия лишь условно можно отнести к исключительно внутренним. Автор приходит к выводу, что у этого контингента интрапсихический конфликт представляет собой конфликт-фрустрацию, его конкретное содержание заключается в так называемой подмене истинных ценностей (желание быть любимым, признаваемым, защищенным) ложными (стремление к максимальным достижениям, перфекционизм), что приводит к актуализации и нарастанию конфликта неадекватной самооценки, а затем общего адаптационного конфликта [11].

Отдельного внимания в связи с распространенностью в общей медицинской сети и гиподиагностикой заслуживает неврастения (F48.0).

К сожалению, традиционное определение неврастения, сформулированное в отечественной

психиатрии, как заболевания психогенной (преимущественно конфликтогенной) природы, возникающее в результате нарушения особенно значимых отношений личности при несоответствии между возможностями, средствами индивида и требованиями действительности или при возникновении противоречий между возможностями человека и завышенными требованиями к себе, в МКБ-10 утрачено. В данном случае противоречие между актуальными возможностями личности, с одной стороны, ее стремлениями и требованиями к себе, которые не противоречат, а соответствуют требованиям окружающего, с другой стороны, что часто является причиной «слепого пятна», у специалистов, которым бывает трудно выделить психогенный компонент психических нарушений. Источником болезни является то, что личность не умеет при данной конкретной ситуации справиться со стоящей перед ней задачей даже при самом активном стремлении ее разрешить.

Противоречие заключается в относительном несоответствии между возможностями личности и между требованиями действительности. Этот конфликт имеет более внешний характер, так как здесь несоответствие средств и тенденций не представляет внутреннего конфликта. Более того при неврастении в личных тенденциях ничего патологического не отмечается. Для данной формы патогенные источники обнаруживаются не в тенденциях и их направленности, а в неумении правильно сообразовать свою активность с внутренними и внешними средствами выполнения задачи и достижения поставленной цели [2, 3].

Клиника нервно-психического срыва проявляется в специфических, непсихотических клинических астенических, эмоционально-аффективных, волевых и сомато-вегетативных расстройствах. Рассматривая гиперстеническую форму неврастения, следует сделать акцент на том, что в ее основе лежат скорее не биологические конституциональные факторы, ограничивающие переносимость нагрузок, а психосоциальные. Главными патогенетическими факторами в наш стремительный век, особенно для жителей больших городов, становятся непомерный объем информации, ограниченное время для ее переработки, при одновременно существующей выраженной мотивации высоких достижений [35]. Подобная ситуация может рассматриваться как экспериментальный невроз по И.П. Павлову в современных условиях. Нарастающая гиперфатигация и истощение приводят к мобилизации всего волевого контроля личности и аффективной перегрузке. Заболевание, как правило, манифестирует головными болями напряжения, с ощущениями «несвежей головы». Преобладающий в городах сидячий образ жизни с длительной работой за компьютером, поскольку большинство больных неврастениями имеют высшее образование и относятся к категории служащих, приводит к еще большему застою напряжению мышц верхнего плечевого пояса и усилению симптоматики. Имея преимущественно соматоцентрическую внутреннюю картину болез-

ни, эти пациенты в первую очередь обращаются к неврологам, которые рассматривают головную боль напряжения в качестве самостоятельного диагноза, наиболее частого вида первичных головных болей. Игнорирование психогенного компонента состояния больных часто приводит к увеличению длительности нетрудоспособности и присоединению ипохондрического компонента [34].

Дополнительный вклад вносят особенности личности, в виде категоричности, стеничности, повышенной ответственности, гиперобидчивости, стремления к контролю за происходящим, ориентации на высокие достижения, при одновременном игнорировании биологических границ переносимости нагрузок. Это со временем приводит к перенапряжению, особенно в случаях многозадачной деятельности. Повторные усилия по выполнению больших объемов работы приводят к нарушению ритма сна-бодрствования, когда чрезмерная намерстаивающая активность в вечернее время еще больше усугубляет нарушения засыпания. Сон становится поверхностным, прерывистым с тревожными сновидениями, отражающими содержание беспокойства, без чувства отдыха по утрам. Падает работоспособность, увеличивается количество ошибок в работе, усиливаются трудности сосредоточения, становится трудно довести начатое дело до конца. Основным в патогенезе неврастенических расстройств выступает отрицание сигнальной функции утомления, как команды о необходимости прекратить деятельность. В ответ на это прикладываются дополнительные волевые усилия, что приводит к аффективному и интеллектуальному истощению. Отмечается эмоциональная лабильность, плаксивость, чувство неуверенности в себе, в своих силах. Часто имеются сердечно-сосудистые вегетативные расстройства в ответ на негативные эмоциональные события, вплетающиеся в структуру тревожного синдрома. У женщин, учитывая влияние стрессового прессинга на менструальные циклы возможно присоединение дисменореи, олиго- или аменореи, утяжеление синдрома предменструального напряжения [33].

В больших городах традиционно в семьях количество детей меньше, чем в сельской местности, процесс взросления ретардирован и значительно чаще встречается воспитание по типу «кумира семьи», гиперопека. В процессе развития у этих людей не формируются навыки самостоятельного преодоления трудностей из-за того, что взрослые в свое время с удовольствием брали на себя выполнение всех неприятных обязанностей. С ранних лет они привыкают к тому, чтобы быть в центре внимания, даже при незначительных достижениях их оценивают с восхищением. Семьи пытаются создать детям чрезмерный псевдокомфорт, поощряя их к отрицанию законов социума. Этим обеспечивается внешняя идеализированная любовь с чрезмерным потаканием, самоотдачей, избыточной чувственной стимуляцией. Постепенно складываются отношения, далекие от реальности, необходимые для совладания с по-

вседневными тревогами. Когда присутствует материальный достаток, то он способствует избалованности, привычке к высокому уровню жизни, свойственной jetset — «золотой молодежи» столичных городов [28]. При невозможности поддерживать привычный уровень роскоши самостоятельно во взрослой жизни, при возникновении жизненных коллизий, изменении социального статуса эти люди пытаются переложить заботу о своем материальном благополучии на других, объясняя это своим случившимся тяжелым болезненным состоянием.

В подобных ситуациях манифестирует истерическое невротическое расстройство — психогенное заболевание проявляющееся полиморфизмом симптоматики, включающее эмоциональные и функциональные моторные, вегето-висцеральные расстройства, которые носят болезненно-адаптивный характер и обусловлены ранее сформированным стереотипом поведения [2, 39]. В основе нарушений находится стойкое внутреннее противоречие между потребностью во внимании и признании со стороны окружающих и неадекватной оценки собственных возможностей и условий реальности, а также между желанием независимости и страхе ответственности, между собственными потребностями и требованиями социума, развитие симптоматики приводит к достижению временного компромисса. Противоречие заключается в том, что личность вступает в конфликт с различными моментами окружающей ее действительности, не находя удовлетворения своих требований, стремлений или когда действительность выдвигает требования, идущие в разрез с субъективными требованиями личности. В связи с пестротой клинической картины и склонностью этих пациентов воспроизводить однажды увиденные симптомы других людей, диагноз по МКБ-10 у этой категории больных часто варьирует, попадая в рубрики тревожно-фобических, тревожных, соматоформных и связанных со стрессом расстройств, что препятствует целостному этиопатогенетическому пониманию этих нарушений, а также принципам преемственности и последовательности в их лечении.

Личность пациентов отличается эмоциональной и вегетативной лабильностью, повышенной впечатлительностью, внушаемостью, инфантильностью. Отмечаются повышенная тревожность, связанная с импульсивностью, нарушенной по невротическому типу оценкой реальности, с преобладанием истерического невротического стиля мышления, в большей степени основанном на впечатлениях и ассоциациях, чем на оперировании логическими конструкциями. В ситуациях стресса пациенты начинают активно искать защиту у идеализированной сильной личности, обращаясь с повторными жалобами, одновременно игнорируя значимость тех отношений, которые им удалось построить, в качестве такого лица может выступать и лечащий врач. Популярно обращение к представителям альтернативной медицины, рынок которых весьма богато представлен в городах

от потомственных колдунов до мастеров трансерфинга реальности.

Демонстративное поведение, как правило, направлено на принуждение окружающих к подтверждению собственной значимости и таким образом восстановлению заниженной самооценки. Необходимо внешнее свидетельство об отсутствии у пациента недостатков или запретных побуждений. Свои демонстративные черты пациенты могут в стационарных условиях использовать как здоровый ресурс личности, выполняя функции успешных лидеров групп самоуправления терапевтического сообщества, организуя совместный досуг пациентов, помогая персоналу, активно участвуя в сплочении психотерапевтической группы [2,39].

Отмечаются перманентные вегетативные нарушения и пароксизмальные вегетативные кризы, а также сочетанные (перманентно- пароксизмальные) вегетативные расстройства с преимущественным вовлечением симпатического отдела вегетативной нервной системы. Конверсионные расстройства обычно представлены жалобами на «ощущение кома в горле», головными болями, болями в спине. Соматические симптомы во многом носят коммуникативный характер и отражают содержание конфликтных переживаний в символической форме. В ряде случаев соматические жалобы имитируют те заболевания, которые пациенты наблюдали у близких родственников, к которым в семье относились с сочувствием и поддержкой.

Астенические нарушения носят характер невротической астении. Предъявляя жалобы на упадок сил, быструю утомляемость, пациенты поддерживают высокий уровень активности и включенности на протяжении длительной беседы, активно участвуют в досуговых мероприятиях отделения в вечерние часы. При расспросе нередко выявляется парадоксальная реакция — улучшение самочувствия и сосредоточения внимания в шумном окружении, что способствует перенаправлению тревоги вовне. Нарушения внимания обычно обусловлены трудностями сосредоточения, вследствие высокого уровня тревоги при включении в деятельность после периода вработываемости, пациенты делают значительно меньше ошибок, чем в начале исследования, т.е. утомления не наступает [28].

Даже при отсутствии связи развития заболевания с психотравмирующей ситуацией при первом опросе пациента, в процессе психотерапии выявляются составляющие интрапсихического конфликта истерического типа, которые проявляются в актуальных отношениях пациентов и поддерживают симптоматику. При ослаблении конфликтного напряжения отмечается спонтанное улучшение самочувствия. Для этих больных особенно характерно, что сам факт госпитализации, выход из привычной обстановки приводит к улучшению их состояния.

После проведения психотерапии и разрешения конфликтного напряжения симптоматика может практически полностью исчезать, и пациенты

чувствуют себя здоровыми. Однако при повторном возникновении конфликтного напряжения симптомы возобновляются. За счет сохраняющейся инфантильности пациенты избегают брать на себя ответственность за принятие трудных решений, что приводит к возобновлению невротического расстройства.

В случае непрерывного течения истерического расстройства в клинической картине могут быть представлены тревожно-фобические, эмоционально-аффективные, сомато-вегетативные нарушения. При этом они носят более выраженный характер, с большей мотивацией на получение вторичной выгоды от заболевания. Отмечается расширение круга симптомов, по мере получения новой информации пациенты могут неосознанно копировать нарушения, имевшиеся у соседей по палате. При непрерывном течении сохраняется динамичность выраженности симптомов с ослаблением и временным исчезновением при переключении внимания, в зависимости от актуальной ситуации. Симптоматика, к примеру, может практически исчезать в условиях стационарного лечения, когда пациенты думают, что персонал их не видит. Приступы тревоги и фобий имеют определенную неосознаваемую вторичную выгоду — выглядеть слабым и беспомощным перед социумом, получить пенсию по инвалидности и другие социальные преференции. Обычно имеется хорошая осведомленность об имеющихся в городах программах социальной поддержки [2].

Существуют специфические варианты невроза навязчивых состояний или в классификации МКБ-10 обсессивно-компульсивного расстройства (F42) присущие жителям мегаполиса. Таким примером может быть «ипохондрии здоровья», когда здоровый образ жизни (ЗОЖ) приобретает характер сверхценной идеи, которой подчиняется вся жизнь индивида. В частности может формироваться нервная орторексия (от греческого *ortho* — прямой, правильный и *orexis* — аппетит) вариант рестриктивного пищевого поведения с навязчивым стремлением к правильной питанию только из перечня «правильных разрешенных продуктов» [22]. Этот термин был введен С. Братманом для описания специфического пищевого поведения, основным мотивом которого выступал не внешний вид, а стремление к совершенству и контролю соматического состояния [19]. В данном случае в отличие от здорового рациона имеются жесткие категоричные ограничения и проявления перфекционизма в приготовлении и сервировке повседневных блюд [23]. Составление списка продуктов может носить иррациональный характер и определяться индивидуальными убеждениями, часто сформированными модными тенденциями мегаполиса и не имеющими научного обоснования.

Среди личностных характеристик преобладают тревожность, эгоцентризм перфекционизм и стремление к контролю. Способность выбрать приоритет и жестко ему следовать вызывает чув-

ство гордости и превосходства над другими людьми. В холодильнике могут быть только продукты из фиксированного списка. Поскольку идеи питания носят обсессивный характер, имеются аффективные колебания, связанные с приемом пищи. Интерперсональные отношения находятся под влиянием сверхценных пищевых идей с нетерпимостью по отношению к пищевым пристрастиям других людей. Индивид проводит много времени, думая о составе употребляемой пищи и совершенствуя диету. Питание планируется на несколько дней вперед. Диета и посещение спортзала доминируют в системе отношений и могут быть причиной игнорирования значимых событий, как свадьба друзей, юбилей родственников, что постепенно ведет к социальной изоляции. В случае нарушения диеты возникает выраженное чувство вины и потребность в самокажании. Постепенно обсессивные идеи чистоты и здоровья, связанные с пищевым поведением, захватывают и другие сферы жизни [25]. Нельзя не коснуться вопроса о тревожных расстройствах невротического уровня (тревожно-фобические, паническое и генерализованное тревожное расстройства), которые являются широко распространенными, склонными к хронизации заболеваниями, манифестирующим в молодом, социально активном, возрасте [8, 9, 10, 17]. В последние десятилетия наблюдается их существенный рост, особенно среди жителей больших городов. В патогенезе этих нарушений определяющей является тесная связь психологических и социальных факторов. Сенситивные, перфекционистские черты личности, особенности семейного воспитания, отношений со сверстниками, необходимость поддержания высокого темпа деятельности в мегаполисах, недостаточная толерантность к стрессу и к высокой конкуренции способствуют формированию тревожных расстройств. Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога) — одно из наиболее распространенных пограничных психических заболеваний, характеризующиеся рецидивирующие приступы резко выраженной тревоги (паники), не связанные с какими-либо специфическими ситуациями или предметами, а, следовательно, непредсказуемыми и спонтанными [8, 26, 32]. Частота его встречаемости среди городского населения составляет 7-12%, однако далеко не все пациенты обращаются за медицинской помощью. Панические приступы часто ассоциированы с агорофобией. Так многие пациенты не могут пользоваться метро или другими видами общественного транспорта, избегают посещения крупных торговых центров и гипермаркетов. Несомненно, это создает для них большое неудобство и существенно ограничивает в возможностях. Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) — распространенная и устойчивая тревога и напряжение, не ограниченные или не вызванные преимущественно каким-либо особыми окружающими обстоятельствами («свободно плавающая тревога»). Заболевание характеризуется хроническим или рекуррентным течением и может приводить к выра-

женной дезадаптации и повышенному суицидному риску [10,27]. Нередко присоединяются аддитивные нарушения — злоупотребление алкоголем, психотропными препаратами с анксиолитической целью, что имеет негативные социальные последствия [10, 20,]. Тревожно-фобические расстройства (ТФР) — группа расстройств, в клинической картине которых преобладает опредмеченная тревога, страх определенных ситуаций или объектов (внешних по отношению к субъекту), не представляющих реальной опасности. В результате больной старается избегать таких ситуаций, или вынужден, оказавшись в них преодолевать чувство страха. Как правило, переживая страх в провоцирующей обстановке, ситуации, пациенты пытаются сопротивляться ему, ослаблять его интенсивность, искать способы борьбы с ним, используя различные приемы и отвлечения [9]. Одной из частых фобий является социальная фобия, которая существенно нарушает возможность коммуникации, избеганию межперсональных взаимодействий и иногда делает невозможными установление контактов во всех сферах жизни. Страх внимания, негативной оценки со стороны других людей в большинстве случаев носит иррациональный характер и формируется часто в подростковом возрасте, когда негативная обратная связь и комментарии со стороны окружающих воспринимаются особенно остро. Человек боится в случае попадания в центр внимания негативной реакции со стороны окружающих и фиксирован на этом.

Очевидно, что в таком случае возникает существенное нарушение социального функционирования, мешающие строить личные отношения, общаться, учиться, заниматься профессиональной деятельностью, добиваться карьерного роста [20, 29, 30]. При самых выраженных проявлениях формируется социальная изоляция. Своевременное и адекватное врачебное вмешательство, организация которого в современных больших городах требует совершенствования, обеспечивает хороший терапевтический эффект у лиц с такими нарушениями, однако без лечения тревожные, фобические, панические проявления могут привести к неблагоприятным последствиям в виде социальной дезадаптации, потери трудоспособности и, в конечном итоге, к существенному снижению качества жизни [8, 9, 10].

Являясь сосредоточением научной мысли, мегаполисы предоставляют возможность оказания высококвалифицированной, специализированной помощи, получить медицинскую консультацию в национальных центрах у ведущих специалистов, лечение для широкого спектра заболеваний с использованием высоких технологий. У пациентов, обращающихся за помощью, в связи с тем, что имеющееся заболевание может иметь хронический инвалидизирующий характер и негативно влиять на качество жизни и социальное функционирование, или в случае онкопатологии иметь неблагоприятный прогноз, а также вследствие особенностей самого лечения, выраженных известных побочных эффектов, калеча-

шего характера операции, могут развиваться коморбидные нозогенные психические нарушения [5,12]. Задачей поддержания психического здоровья становится разработка программ по оказанию медико-реабилитационной помощи с активным участием специалистов в области психического здоровья этой довольно многочисленной категории пациентов.

Таким образом, для поддержания психического здоровья жителей мегаполиса и профилактики пограничных нервно-психических расстройств должна быть создана система психотерапевтической помощи, включающей как непосредственно лечебный, также профилактический и психообразовательный компоненты. Необходимо создание доступной системы амбулаторной и стационарной психотерапевтической помощи с утверж-

дением психотерапии в качестве самостоятельной медицинской специальности. Должны быть разработаны информационные программы для жителей мегаполиса по поддержанию психического здоровья, а также о содержании психотерапевтического лечения и особенностях проявления расстройств невротического уровня, отсутствии негативных социальных последствий после обращения за помощью. Для профилактики и лечения нозогенных расстройств и их своевременной диагностики в курсы повышения квалификации для врачей соматического профиля должны быть введены обучающие циклы по коморбидным психическим расстройствам, в полипрофессиональных бригадах обязательно участие специалиста в области психического здоровья.

Литература

1. Анципов А. Я., Шипилов А. И. Конфликтология: учебник для ВУЗов: 4-е изд., испр. и доп. М.: Эксмо; 2009. [Ancipov A. YA., SHipilov A. I. Konfliktologiya: uchebnik dlya VUZov: 4-e izd., ispr. idop. M.: Eksmo; 2009. (In Russ.)]
2. Васильева А.В. Клиника и течение основных форм затяжных невротических расстройств. Болезнь и здоровье, психотерапия и сопереживание: под общей ред. Н.Г. Незнанова, авт.-сост.: Васильева А.В., Караваева Т.А. СПб.: ООО Издательский дом «Альфа-Пресс»; 2018:283-308. [Vasileva A.V. Klinika i techenie osnovnyh form zatyazhnyh nevroticheskikh rasstrojstv. Bolezni' izdorove', psihoterapiya i soperezivanie: pod obshchej red. N.G. Neznanova, avt.-sost.: Vasileva A.V., Karavaeva T.A. SPb.: ООО Izdatel'skij dom «Al'fa-Press»; 2018:283-308. (In Russ.)]
3. Васильева А.В., Вахренева О.А., Караваева Т.А. Сравнительный анализ психосоциальных характеристик пациентов с неврастенией и невротоподобными резидуально-органическими расстройствами. Вестник психотерапии. 2014;49(54):101-113. [Vasileva AV, Vakhreneva OA, Karavaeva TA. Comparative analysis of the psychosocial characteristics of patients with the neurasthenia and neurosis-like residual-organic cerebral disorders. Vestnik psihoterapii. 2014;49(54):101-113. (In Russ.)]
4. Васильева А.В., Караваева Т.А. Исследование особенностей клинического патоморфоза невротических расстройств в новых социальных условиях в связи с выбором психотерапевтических стратегий. Вестник психотерапии. 2009;32(37):70-77. [Vasileva AV, Karavaeva TA. The Study of the clinical pathomorphosis features of neurotic disorders in the new social conditions as the basis for the psychotherapeutic strategy choice. Vestnik psihoterapii. 2009;32(37):70-77. (In Russ.)]
5. Васильева А.В., Караваева Т.А., Семиглазова Т.Ю., Карицкий А.П., Лукошкина Е.П., Беляев А.М. Алгоритм диагностики тревожных расстройств невротического уровня у онкологических больных. Вопросы онкологии. 2016;2(62):355-359. [Karavaeva TA, Vasileva AV, Semiglazova TYu, Karitsky AP, Lukoshkina EP, Belyaev AM. Anxiety disorders diagnostic algorithm in cancer patients. Voprosy onkologii. 2016;2(62):355-359. (In Russ.)]
6. Егоров А.Ю. Нехимические зависимости. СПб «Речь»; 2007. [Egorov A.YU. Nekhimicheskie zavisimosti. Spb «Rech'»; 2007. (In Russ.)]
7. Караваева Т.А., Васильева А.В., Лукошкина Е.П., Гл. 10. Развитие посттравматического стрессового расстройства у пациентов с онкологическими заболеваниями. В кн. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов: руководство. Под ред. А. М. Беляева и др. СПб.: Изд-во АНО «Вопросы онкологии». 2017: 228-241. [Karavaeva T.A. Vasileva A V., Lukoshkina E P., Gl. 10. Razvitie posttravmaticheskogo stressovogo rasstrojstva u pacientov s onkologicheskimi zabolevaniyami. V kn. Onkopsihologiya dlya vrachej-onkologov I medicinskih psihologov: rukovodstvo. Pod red. A. M. Belyaeva i dr. SPb.: Izd-vo ANO «Voprosy onkologii». 2017: 228-241. (In Russ.)]
8. Караваева Т.А., Васильева А.В., Полторац С.В., Гребенюков С.В., Колесова Ю.П. Критерии и алгоритм диагностики панического расстройства. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2015;2:3-9. [Karavaeva TA, Vasileva AV, Poltorak SV, Grebenjukov SV, Kolesova YP. Criteria and algorithm of diagnostics of panic disorder. Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva. 2015;2:3-9. (In Russ.)]
9. Караваева Т.А., Васильева А.В., Полторац С.В., Мизинова Е.Б., Белан Р.М. Критерии и алгоритм диагностики тревожно-фобических расстройств. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им/В.М. Бехтерева. 2015;4:117-122. [Karavaeva TA, Vasileva AV, Poltorak SV, Mizinova EB, Belan RM. Diagnostic Algorithm and Criteria of Anxiety Disorder.

- Obzrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva. 2015;4:117–122. (In Russ.)]
10. Караваева Т.А., Васильева А.В., Полторак С.В., Чехлатый Е.И., Лукошкина Е.П. Критерии и алгоритм диагностики генерализованного тревожного расстройства. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2015;3:124–130. [Karavaeva TA, Vasilyeva AV, Poltorak SV, Chekhlaty EI, Lukoshkina EP. Diagnostic Algorithm and Criteria of Generalized Anxiety Disorder. Obzrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva. 2015;3:124–130. (In Russ.)]
 11. Колотильщикова Е.А. Психологические основы невротогенеза: основные концепции и модели. Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015;1(11):30–56. [Kolotil'shchikova EA. Psychological foundations for neurotic disorders: basic concepts and models. Vestnik psihiatrii i psihologii chuvashii. 2015;1(11):30–56. (In Russ.)]
 12. Лукошкина Е.П., Караваева Т.А., Васильева А.В. Этиология, эпидемиология и психотерапия сопутствующих психических расстройств при онкологических заболеваниях. Вопросы онкологии. 2016;6(62):744–782. [Lukoshkina EP, Karavaeva TA, Vasilyeva AV. Etiology, epidemiology and psychotherapy of comorbid psychiatric disorders in cancer patients. Voprosy onkologii. 2016;6(62):744–782. (In Russ.)]
 13. Лысенко И.С., Караваева Т.А. Уровень и структура личностной и межличностной конфликтности у больных с невротическими расстройствами. Вестник психотерапии. 2016;58(63):57–74. [Lysenko IS, Karavaeva TA. The level and the structure of personal and interpersonal conflict in patients with neurotic disorders. Vestnik psihoterapii. 2016;58(63):57–74. (In Russ.)]
 14. Мясущев В.Н. О генетическом понимании психоневрозов. В кн. Болезнь и здоровье, психотерапия и сопереживание: под общей ред. Н.Г. Незнанова. СПб.: ООО Издательский дом «Альфа-Пресс»; 2018:8–39. [Myasishchev V.N. O geneticheskom ponimanii psihonevrozov. V kn. Bolezn'izdorov'e, psihoterapiya i soperezivanie: pod obshchej red. N.G. Neznanova, avt.- sost.: Vasileva A.V., Karavaeva T.A. SPb.: ООО Izdatel'skij dom «Al'fa-Press»; 2018:8–39. (In Russ.)]
 15. Фельсендорфф О.В., Егоров А.Ю. Риски развития аддикции упражнений и расстройств пищевого поведения, среди женщин, посещающих фитнес-клубы. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2017;4:96–102. [Felsendorff OV, Egorov AY. Risks of exercise addiction and eating disorders among women attending fitness classes. Obzrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva. 2017;4:96–102. (In Russ.)]
 16. Abiola T, Udofia O, Sheikh TL, Yusuf DA. Fear of Future Terrorism: Associated Psychiatric Burden. Asian J Psychiatr. 2018;38:53–56. DOI: 10.1016/j.ajp.2017.01.028
 17. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. Dialogues Clin. Neurosci. 2015;17(3):327–335.
 18. Baumeister R, Brocas I, Carrillo JD. The Psychology of Irrationality. The Psychology of Economic Decisions: Rationality and well-being. 2003:1–15.
 19. Bratman S, Knight D. Health Food Junkies: Overcoming the Obsession with Healthful Eating. New York: Broadway Books. 2000; 346p.
 20. Bulley A, Miloyan B, Brilot B, Gullo MJ, Suddendorf T. An evolutionary perspective on the co-occurrence of social anxiety disorder and alcohol use disorder. J. Affect. Disord. 2016;196:62–70. DOI: 10.1016/j.jad.2016.02.028.
 21. Chernev A, Böckenholt U; Goodman JK. Choice overload: A conceptual review and meta-analysis. Journal of Consumer Psychology. 2015;25(2):333–358.
 22. Costa C, Hardan-Khalil K, Gibbs K. Orthorexia Nervosa: A Review of the Literature. Issues Ment Health Nurs. 2017; 38(12): 980–988. DOI: 10.1080/01612840.2017.1371816
 23. Dunn T, Bratman S. On Orthorexia Nervosa: A Review of the Literature and Proposed Diagnostic Criteria. Eat Behav. 2016; 21:11–17. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2015.12.006
 24. Gillen PA, Sinclair M, Kernohan WG, Begley CM, Luyben AG. Interventions for Prevention of Bullying in the Workplace. Cochrane Database Syst Rev. 2017;1(1):CD009778. DOI: 10.1002/14651858.CD009778.pub2
 25. Håman L, Barker-Ruchti N, Patriksson G, Lindgren E. Orthorexia Nervosa: An Integrative Literature Review of a Lifestyle Syndrome. Int J Qual Stud Health Well-being. 2015;10: 26799. DOI: 10.3402/qhw.v10.26799
 26. Harber L, Hamidian R, Bani-Fatemi A, Wang KZ, Dada O, Messina G et al. Meta-Analysis of Neuropsychological Studies in Panic Disorder Patients: Evidence of Impaired Performance during the Emotional Stroop Task. Neuropsychobiology. 2019;78(1):7–13. DOI: 10.1159/000496623
 27. Hoehn-Saric R, McLeod DR, Funderburk F, Kowalski P. Somatic symptoms and physiologic responses in generalized anxiety disorder and panic disorder: An ambulatory monitor study. Archives of General Psychiatry. 2004;61(9): 913–921. DOI: 10.1001/archpsyc.61.9.913
 28. Kanaan R A. Freud's Hysteria and Its Legacy. Handb Clin Neurol. 2016;139:37–44. DOI: 10.1016/B978-0-12-801772-2.00004-7
 29. Manning R P, Dickson JM, Palmier-Claus J, Cunliffe A, Taylor PJ. A systematic review of adult attachment and social anxiety. J. Affect. Disord. 2017;15(211):44–59. DOI: 10.1016/j.jad.2016.12.020.
 30. Miloyan B, Doorn GV. Longitudinal association between social anxiety disorder and incident alcohol use disorder: results from two national samples of US adults. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2019; 54 (4):469–475. — DOI: 10.1007/s00127-018-1569-z.
 31. Muller A. More and More Germans Are Shopaholics. When Does Shopping Become a Drug? Inter-

- view by Dr. Judith. Neumaier *MMW Fortschr Med.* 2018;150(38): 6
32. Natolochnaya OV, Cherkasov AA. *Panic attack as the syndrom of the XXI century. European Journal of Psychological Studies.* 2014;1(1):12–17. DOI: 10.13187/ejps.2014.1.12
 33. O'Neal MA, Baslet G. *Treatment for Patients With a Functional Neurological Disorder (Conversion Disorder): An Integrated Approach. Am J Psychiatry.* 2018; 175(4):307-314. DOI: 10.1176/appi.ajp.2017.17040450
 34. Paciaroni M, Bogousslavsky J. *The Borderland With Neurasthenia ('Functional Syndromes'). Front Neurol Neurosci.* 2014;35:149-156. DOI: 10.1159/000360055
 35. Pietikainen P, Turunen J. *Diagnoses in and Out of Time: Historical and Medical Perspectives on the Diagnoses of Distress. Diagnosis (Berl).* 2017; 4(1): 3-11. DOI: 10.1515/dx-2016-0013
 36. Rettew DC, Pawlowski S. *Bullying. Child Adolesc-PsychiatrClin N Am.* 2016; 25(2): 235-42. DOI: 10.1016/j.chc.2015.12.002
 37. Shah SA, Yezhuang T, Shah AM Durrani DK, Shah SJ. *Fear of Terror and Psychological Well-Being: The Moderating Role of Emotional Intelligence.* 2018;15 (11):2554. DOI: 10.3390/ijerph15112554
 38. Shechory-Bitton M, Cohen-Louck K. *Does Fear of Terrorism Differ From Fear of Crime and Sexual Assault: A Question of Geographical Location and Residential. Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2018; 62 (3):806-826. DOI: 10.1177/0306624X16658472
 39. Trimble M, Reynolds EH. *A Brief History of Hysteria: From the Ancient to the Modern. HandbClin Neurol.* 2016;139:3-10 DOI: 10.1016/B978-0-12-801772-2.00001-1

Сведения об авторах

Васильева Анна Владимировна — доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: annavdoc@yahoo.com

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-5116-836X>

Каравеева Татьяна Артуровна — доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет». E-mail: tania_kar@mail.ru

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>