

617.9

д 13

И 465660

С. Н. ДАВИДЕНКОВ

# НЕВРОЗЫ

МЕДИЦИЗ • 1963

017  
—  
Д.13

017. 2. Знание и понимание неврозов

Проблема неврозов продолжает занимать значительное место в работе советского врача. При этом необходимо подчеркнуть, что знание и правильное понимание неврозов одинаково необходимо для врачей всех специальностей. Мне казалось поэтому уместным сжато изложить в этом издании современное учение о неврозах. Я постарался использовать в этой книжке как наиболее значительные работы прежних авторов, так и в особенности замечательные концепции И. П. Павлова, а также и некоторые данные неврологов, продолжавших уже после И. П. Павлова дальше развивать учение о неврозах в том же направлении.

Я должен выразить здесь свою глубокую признательность коллективу своих сотрудников, благодаря постоянной помощи которых нам удавалось вести работу в этом направлении.

С. ДАВИДЕНКОВ

## **ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О НЕВРОЗАХ. ИСТОРИЯ ВОПРОСА. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ НЕВРОЗЫ**

Глава неврологии, трактующая современное состояние проблемы неврозов, характеризуется, с одной стороны, тем, что только в настоящее время на основании работ наших отечественных ученых стало возможным подлинно научное понимание неврозов человека, с другой же стороны, тем, что нет, кажется, ни одной другой области медицины, в которой накопилось бы большее количество всевозможных предвзятых суждений, неверных концепций и прямых ошибок, касающихся как теоретически принципиальной стороны дела, так и непосредственной трактовки клинических фактов. Мне и казалось ввиду этого уместным представить вниманию читателей эту небольшую монографию, в которой я попытался изложить наиболее существенные стороны проблемы неврозов. Сводка современных данных о неврозах представлялась мне тем более полезной, что многое из этой области далеко еще не полностью разработано. Достаточно указать на то, что самый объем понятия «неврозы» начинает изменяться у нас на глазах. Еще не так давно такие заболевания, как нарколепсия, торсионная дистония или некоторые формы диэнцефальных припадков безоговорочно трактовались как невроз. С другой стороны, начинает выясняться, что в основе некоторых заболеваний, долгое время считавшихся органическими, лежат механизмы невроза (некоторые профессиональные судороги, заикание и др.). Правильные современные представления о самом понятии «невроз» способствуют таким образом более отчетливой нозологической классификации этих заболеваний.

Изложение проблемы удобнее начать с истории вопроса.

Описания различных странных и непонятных синдромов с их причудливой изменчивостью встречались в старой литературе и независимо от истории (о которой речь будет идти ниже). Так, по данным Ю. В. Каннабиха, уже в XVIII в. выделяли «ипохондрию», «истерию» и «простую нервность». Лишь в конце XVIII в. шотландец Келлен (Cullen, 1776) объединил эти состояния, придав им общее название неврозов. Согласно этому первому определению, неврозы суть «расстройства ощущений и движений, которые не сопровождаются лихорадкой и не зависят от местного поражения какого-либо органа, а обусловлены общим страданием, от которого специально зависят движения и мысль».

Такое определение, само по себе достаточно расплывчатое, конечно, не могло привести к четкому установлению границ неврозов, и знаменитый Пинель (Pinel, 1819) еще относил к неврозам глухоту, диплопию, слепоту, параличи, изжогу, рвоту, колики, заворот кишок, водобоязнь, истерию, ипохондрию и столбняк. Жане (Janet, 1911) в своем исследовании о неврозах остроумно замечает, что общей чертой, объединяющей все эти болезни, являлась в сущности лишь их непонятность. Неврозы диагностировались на основании сопоставления странных, необъяснимых или совершенно экстраординарных симптомов, вроде случая невроза, описанного Поммом (Pompe), когда одна из его пациенток неожиданно оказалась легче воды и всплыла в своей ванне!

Более точное обобщение пытался дать в свое время Сандра (Sandras, 1851). Общей чертой всех разнообразных состояний, описываемых как невроз, он считал нарушение при них функций нервной системы. Такую же точку зрения проводил Брошэн (Brochain). Критерием неврозов делается, таким образом, их негативная характеристика: это — заболевания нервной системы, не имеющие анатомической основы. Юшар (Nuchard, 1883) на этом основании отмечал существование 6 неврозов: нервного состояния, хореи, эклампсии, эпилепсии, каталепсии и истерии. Границы неврозов, таким обра-

зом, зависели от тонкости гистологических исследований, примеры чего мы еще недавно могли видеть в разных отделах клинической неврологии. Интересной для нас может быть в настоящее время оценка принципиальной неправильности этого критерия. Современные патоморфологические данные определенно ведут нас в том направлении, что отсутствие анатомических изменений в нервной системе при неврозах означает лишь существующее в настоящее время несовершенство нашей гистологической техники. С этой точки зрения следует считать более осторожной ту формулировку, которую в свое время принимали такие неврологи, как Рэймон (Raymond, 1907), считавшие, что для неврозов характерно именно отсутствие органических изменений, «открываемых современными методами исследования».

Другой попыткой в определении некоторых общих черт, свойственных неврозам, следует считать указание на то, что неврозы (в отличие от органических заболеваний нервной системы) обратимы и не приводят к стойкой инвалидизации. Это, конечно, довольно близко к действительности, но тем не менее не может служить принципиальным критерием: нам известен целый ряд заболеваний нервной системы заведомо не невротической природы, которые могут, однако, проходить бесследно; с другой стороны, существуют некоторые формы невротических расстройств, например некоторые формы навязчивых состояний, которые могут оказаться исключительно упорными в смысле обратного развития.

В половине XIX в. оформилось, однако, новое воззрение, согласно которому основной чертой, объединяющей все виды неврозов, является то, что в происхождении невротических симптомов определенную роль играет психический момент. Неврозы с этой точки зрения являются прежде всего заболеваниями психики. Большое значение в распространении этого взгляда играли известные данные Шарко (Charcot) и его школы, подтвердившие внушенное происхождение болезненных симптомов при истерии. Подробно этот принцип был разработан швейцарским неврологом Дюбуа (Dubois, 1919), предложившим в связи с этим называть неврозы психоневрозами, — термин до настоящего времени встречающийся, к сожалению, в неврологической практике и нередко травмирующий наших больных.

Если невроты начали рассматривать как болезни психики, то понадобилось как-то отличать их от обычных психических болезней. Говорили, что это — заболевания психики, но не настолько массивные, чтобы вызвать в личности больного более глубокие изменения. Невроз, таким образом, характерен тем, что это еще не есть психоз, основная черта невротозов снова оказывалась негативной, а положительная характеристика невротозов все еще продолжала ускользать.

Пожалуй, наиболее четкой положительной характеристикой всей этой группы болезней было указание ряда авторов (Бумке — Витке и др.), что невроты всегда являются реакцией личности на какую-то неблагоприятную жизненную ситуацию, что, конечно, должно быть признано правильным. При этом иногда подчеркивалось влияние особого предрасположения. Другие такое предрасположение отрицали.

При сжатом перечне основных моментов в истории изучения невротозов едва ли необходимо останавливаться на всякого рода идеалистических и лженаучных построениях, связанных особенно с так называемым психоанализом Фрейда (Freud). Такого рода спекулятивные гипотезы о невротозах начали пышно расцветать в зарубежной литературе. Можно только удивляться, как в серьезной научной прессе могли попадаться такие объяснения, как психологическое происхождение спазматической судороги туловища (так называемые камптокормии). Оказывается, все дело здесь в том, что такой большой испытывает половое влечение к собственной матери и хотел бы поэтому быть на месте своего отца, а так как отец его от старости уже сгорбился, то и он непроизвольно сгибает вперед свой корпус!

Согласно «теориям» такого рода чуть не все невротические нарушения сводятся к «подсознательным» ущемленным конфликтам сексуального характера, включая даже детские сексуальные тенденции, и тем самым оказываются вне воздействия разнообразных социальных причин. Понятно, что такого рода псевдонаучные измышления очень удобны для правящих классов буржуазного общества, поскольку тем самым отвлекается внимание от действительных причин образования невротозов.

Учению о невротозах грозил, таким образом, безысходный тупик, поскольку долгое время не было еще настоя-

шего научного метода для разрешения этой трудной проблемы.

Делались и другие попытки как-то по-новому осветить проблему неврозов. Так, Е. К. Краснушкин (1948) особое значение в происхождении неврозов придавал состоянию вегетативного отдела нервной системы: для происхождения невроза необходимо, чтобы подействовавшая эмоция была достаточно сильна и вызвала дисфункцию вегетативной нервной системы или же чтобы вегетативная нервная система у данного лица была уже заранее особенно ранима. Особую роль нарушения вегетативных функций в происхождении некоторых невротических симптомов признавал и В. А. Гиляровский (1944).

Отсутствие точного определения границ невроза приводило к тому, что некоторые крупные знатоки этого раздела предпочитали вообще пожертвовать этим термином. Так, Ю. В. Каннабих (1935) предлагал вообще отказаться от понятия невроза ввиду его чрезмерного загрязнения всевозможными метафизическими построениями и лучше говорить просто о «психогенных реакциях». Еще дальше пошел в этом отношении Т. И. Юдин (1934), предлагавший вообще упразднить группу неврозов на том основании, что между неврозами, психопатиями и психозами существуют лишь количественные различия, — все это лишь разные фазы становления и развития психического заболевания.

Все эти неясности и противоречия в учении о неврозах были естественным результатом того, что долгое время не было точного научного метода для изучения расстройств этого рода. Лишь замечательное создание экспериментальной модели неврозов у подопытных животных вывело всю эту главу неврологии на правильный научный путь. Это было создано гениальным трудом И. П. Павлова. Без преувеличений можно сказать, что им была произведена настоящая революция в учении о неврозах. Работы И. П. Павлова в этой области составили эпоху, и все дальнейшее изучение проблемы неврозов не может уже теперь идти иначе, чем исходя из замечательных достижений И. П. Павлова, его сотрудников и учеников.

Принципиальным основанием физиологического изучения неврозов явилось созданное И. П. Павловым

стройное учение о закономерностях, которым подчиняется высшая нервная деятельность животных в норме. Высшая нервная деятельность, беспрестанно приспособливающая организм животного к исключительно сложным изменениям внешнего мира, предстала перед нами не как какой-то непонятный процесс, а как комплекс совершенно закономерных явлений, допускающих строго научное, объективное изучение.

В то же время совершенно исключительное научное внимание И. П. Павлова к наблюдаемым им экспериментальным фактам позволило ему подметить некоторые странные и необычные формы высшей нервной деятельности, иногда встречавшиеся у его подопытных собак. Среди ряда нормальных реакций собаки в каких-то условиях выступали вдруг реакции необычные, явно патологические. При этом выяснилось, что нормальную высшую нервную деятельность собаки оказалось возможным «сорвать» специально поставленными особо трудными условиями опыта. Развивался своеобразный срыв высшей нервной деятельности — настоящий экспериментальный невроз. Впервые за всю долгую историю изучения неврозов стало возможным в эксперименте на животных по желанию воспроизводить, а также по желанию уничтожать эти невротические состояния. Учение о неврозах смогло опереться на точную экспериментальную базу. Была, наконец, получена хотя и очень упрощенная, но все же несомненная модель неврозов, что сразу вывело эту главу неврологии из того мистического тупика, в котором она пребывала многие годы. И. П. Павлов, обнаружив эти замечательные факты, сосредоточил на них свое внимание и создал стройное учение об экспериментальных неврозах.

Впервые И. П. Павлов столкнулся в своей лаборатории с этими странными явлениями в 1912 г. Это были опыты М. Н. Ерофеевой, вырабатывавшей у собак условные пищевые рефлексы, причем условным раздражителем был фарадический ток, вначале очень слабый, но затем (в дальнейших опытах) все более и более сильный. Естественный оборонительный рефлекс при этих опытах тормозился, и вместо него получался пищевой рефлекс, однако в дальнейшем эти условные рефлексы «срывались», а у собак на длительное время развивалось общее болезненно-возбужденное состояние, из-за



которого приходилось прерывать дальнейшие опыты. До этих экспериментов у данных собак никогда такого сильного возбужденного состояния не бывало.

Позже в лаборатории И. П. Павлова были проведены известные опыты Н. Р. Шенгер-Крестовниковой (1914—1921). Условным раздражителем в этих опытах служил светлый круг, дифференцировкой служил эллипс. Затем собаке начинали показывать эллипс, по своей форме все больше и больше похожий на круг, что должно было бы чрезвычайно затруднять дифференцировку. Когда отношения диаметров эллипса составляли 5:4, собака еще справлялась с задачей. Когда это отношение стало 9:8, т. е. когда эллипс стал очень похожим на круг, образовался срыв, — все ранее выработанные условные рефлексы исчезли и одновременно изменилось все поведение собаки, которая сделалась возбужденной и агрессивной.

Это были первые случаи экспериментальных неврозов.

С тех пор И. П. Павлов с группой своих ближайших сотрудников с неослабным вниманием продолжал изучать эти патологические состояния. Он задался целью изучить причину их возникновения, их проявление и способы их излечения. Результатом этой длительной работы явились все более точные и все более уверенные высказывания И. П. Павлова. Наконец, сопоставляя различные способы возникновения этих срывов высшей нервной деятельности, И. П. Павлов смог уже уверенно свести все возможные причины образования экспериментальных неврозов к следующим трем: перенапряжение раздражительного процесса, перенапряжение тормозного процесса или перенапряжение подвижности процессов возбуждения и торможения.

Перенапряжение раздражительного процесса развивается при действии особо сильных внешних агентов, непереносимых для данной нервной системы, как в приведенных выше опытах М. Н. Ерофеевой.

Перенапряжение тормозного процесса имеет место при слишком длительном применении тормозного раздражителя или при слишком сложных и тонких дифференцировках, как в приведенных выше опытах Н. Р. Шенгер-Крестовниковой.

Перенапряжение подвижности нервных процессов вызывается необходимостью быстрой смены состояния возбуждения состоянием торможения или, наоборот, состояния торможения состоянием возбуждения. В экспериментах такая быстрая смена противоположных состояний может быть осуществлена различными путями. Так, И. П. Разенков (1924) наблюдал, как у собаки может развиваться невротическое состояние вследствие того, что производилась быстрая смена тормозного раздражителя положительным. Этот механизм образования невроза получил в павловских лабораториях название «сшибки», когда оба противоположных состояния вынуждены как бы сталкиваться друг с другом в одной и той же динамической корковой структуре. В других случаях экспериментальный невроз мог быть получен вследствие того, что экстренно менялся «стереотип» опыта, например менялась последовательность во времени ряда условных раздражителей, что требовало от животного способности быстро переключаться на новые условия и что для некоторых животных являлось непосильно трудной задачей.

Поводом для возникновения экспериментальных неврозов явились, таким образом, состояния перенапряжения нервных процессов. Этим и дано было точное определение понятия невроза. Это — срыв высшей нервной деятельности вследствие перенапряжения раздражительного или тормозного процессов или их подвижности.

Все эти данные экспериментального изучения различных нарушений нормальной функции нервной системы имели, конечно, чрезвычайно большое значение для патологии человека. Особенно большое значение для клиницистов имело изучение И. П. Павловым и его сотрудниками некоторых динамических патологических срывов, которые приводят к образованию в коре больших полушарий, помимо общих неврозов, еще и особых как бы изолированных патологических пунктов или комплексов. И. П. Павлов указывал, что путем различных воздействий иногда удается не только вызвать болезненное состояние всей коры больших полушарий, но специально сделать больным и совершенно как бы изолированный раздел коры, причем имелась в виду, конечно, не локальность в анатомическом смысле, а лишь определен-

ные динамические комплексы. Животное с таким «сорванным», «больным» пунктом обнаруживало совершенно правильную условнорефлекторную деятельность, но лишь до тех пор, пока не применялся раздражитель, принимавший участие в образовании «сорванного» пункта, — в последнем случае вся условнорефлекторная деятельность животного сразу извращалась. «Сорванный» пункт отличался своеобразной инертностью раздражительного процесса, так что связанный с этим пунктом условный рефлекс не поддавался больше угашению. В других случаях в «сорванном» пункте развивались столь же инертные состояния торможения. И. П. Павлов придавал описанным фактам различные названия: застойности, необычной инертности, усиленной концентрированности, чрезвычайной тоничности; предпочтительно же он пользовался термином «патологическая инертность».

Примером искусственного образования такого очень узко ограниченного «больного» пункта может служить часто применяемый в физиологических лабораториях способ перенапряжения подвижности, называемый «перелкой метрономов».

Возможность воспроизведения изолированных «больных» пунктов была продемонстрирована М. К. Петровой на примере образования у собаки искусственной «фобии глубины». Экспериментальный невроз выражался в этих случаях в невозможности для собаки подойти за кусочком пищи к краю лестничной площадки. Такого рода фобия глубины развилась в результате трудных экспериментальных условий, способствовавших ослаблению тормозного процесса. При этом было показано, что такая фобия глубины развивалась только у тех собак, которые когда-то в прошлом пережили испуг от падения с высоты, хотя они в то время и не реагировали на этот испуг образованием невроза.

Проявления экспериментальных неврозов оказались, таким образом, очень разнообразными. В одних случаях превалировали состояния торможения, в других — состояния возбуждения. При этом оказалось, что тот или другой тип невроза вовсе не обязательно стоит в связи с тем или другим типом высшей нервной деятельности данного животного. В течение экспериментального невроза все условные рефлексы, как правило, снижаются

или исчезают, ранее воспитанные условные тормозы растормаживаются. Глубоко нарушаются процессы возбуждения и торможения в коре больших полушарий. Это выражается, как писал И. П. Павлов, «в ослаблении обоих процессов порознь или вместе, в хаотической нервной деятельности и в различных фазах гипнотического состояния»<sup>1</sup>. Часто обнаруживаются различные гипноидные, фазовые состояния (уравнительная, парадоксальная и ультрапарадоксальная фазы), представляющие собой различные степени ослабления нервных клеток с соответствующим развитием запредельного торможения.

Экспериментальные неврозы, при исключении травмирующих условий опыта, оказались состояниями вполне обратимыми.

Поведение собак в течение экспериментального невроза всегда резко изменялось — собака делалась агрессивной или, наоборот, чрезвычайно пугливой, отказывалась от еды, худела.

Замечательно, что состояния экспериментально вызванного невроза у собаки сопровождаются обильными вегетативно-трофическими нарушениями (одышка, обильное слюноотделение, нарушения глотания, двигательной функции желудка и желудочной секреции, желчевыделения, диуреза, появление экземы, фурункулов, алопеции, кожных язв, папиллом, фибром, аденом и других новообразований), подробно изученными ближайшей помощницей и сотрудницей И. П. Павлова — М. К. Петровой. Они были также, уже после смерти И. П. Павлова, подробно изучены К. М. Быковым и его сотр.

Предварительное вызывание экспериментального невроза оказалось в состоянии значительно усилить симптомы последующей интоксикации различными ядами (работы из лаборатории А. Г. Иванова-Смоленского). Все эти данные с несомненностью свидетельствуют о том, что кора больших полушарий регулирует всю сложную деятельность организма в гораздо большей степени, чем мы это представляли себе еще недавно.

---

<sup>1</sup> И. П. Павлов. Полн. собр. соч., изд. 2, 1951, т. III, кн. 2, стр. 189.

Экспериментальные неврозы могут появляться остро, в непосредственной связи с перенапряжением нервных процессов, но могут развиваться и постепенно, при хронической травматизации трудными условиями эксперимента. Интересно, что в случаях острого срыва патологические симптомы могут, по наблюдениям многих работников павловских лабораторий, развиваться не непосредственно после трудного эксперимента, а через какой-то недолгий срок, например через несколько дней.

И. П. Павлов обратил также внимание на то, что в ряде случаев экспериментально вызванного невроза нарушение высшей нервной деятельности протекает с периодическими колебаниями, причем в одних случаях периоды ослабленной высшей нервной деятельности чередуются с периодами нормального состояния животного, в других же случаях они чередуются с периодами высшей нервной деятельности, ненормально повышенной. Такие периоды могут длиться по несколько недель или месяцев и превращаться друг в друга без видимой внешней причины.

Очень важно то, что при изучении экспериментальных неврозов был выявлен целый ряд причин, облегчающих у данного животного развитие патологической реакции. Сюда относятся, например, последствия кастрации, особенно подробно изученные в свое время М. К. Петровой. Выяснилось, что после кастрации экспериментальные неврозы возникают особенно легко и особенно тяжело протекают. При изучении происхождения нервного срыва пришлось считаться не только с его непосредственным физиологическим механизмом, но и с общим состоянием организма, понижающим или повышающим устойчивость его нервных функций. При этом выяснилось, что целый ряд моментов (течка, беременность, лактация, старость, ослабленное питание, инфекции, интоксикации) может влиять на высшую нервную деятельность животного. Между прочим, выяснилось, что под влиянием этих соматических причин могут наступить динамические изменения высшей нервной деятельности и без включения невротических механизмов. Такие нарушения, очевидно, не заслуживают названия невроза, однако учет этих соматических фактов в патогенезе неврозов является чрезвычайно важным. В каждом случае невроза при-

ходится учитывать не только перенапряжение кортикальных процессов, но обязательно и состояние всего организма.

Особенно важную роль в патогенезе экспериментальных неврозов сыграло разработанное И. П. Павловым учение о различных типах высшей нервной деятельности животного, поскольку оказалось, что у разных животных, в зависимости от основного типа, очень варьирует та степень легкости, с которой удается «сорвать» нормальную деятельность больших полушарий.

Длительное время сопоставляя полученные экспериментальные данные, И. П. Павлов пришел к убеждению, что по особенностям своей высшей нервной деятельности все животные отличаются друг от друга в отношении: 1) силы, 2) уравновешенности и 3) подвижности корковых процессов. Из различных возможных состояний этих показателей особенно ясно выступали четыре основных типа нервной системы.

1) Тип сильный, уравновешенный и подвижный; здесь и раздражительный, и тормозной процессы одинаково сильны, подвижность нервных процессов достаточно велика; этих животных И. П. Павлов любил называть сангвиниками.

2) Тип сильный, уравновешенный, но инертный. Он отличается от предыдущего недостатком подвижности (флегматики).

3) Тип также сильный, но неуравновешенный. Здесь раздражительный процесс явно преобладает над отстающим тормозным. Это — животные возбудимые («безудержные», холерики).

4) Слабый тип (меланхолики). Слабы оба процесса — и раздражительный, и тормозной, особенно последний. Этот тип менее однообразен, допуская внутри себя еще значительные вариации.

Легче всего неврозы возникают как раз у представителей неуравновешенного и слабого типов. Однако видоизменяя эксперимент, можно вызвать невроз у представителя любого типа нервной системы.

Во избежание возможных недоумений следует четко помнить, что, говоря о выделенных им типах нервной системы, И. П. Павлов думал о сложном сочетании особенностей как врожденных, так и приобретенных живот-

ным в течение его жизни. Они являются в значительной степени пластичными и поддаются в течение жизни животного как срывам, так и тренировке.

Экспериментальные неврозы поддаются лечению.

И. П. Павлов придавал этому очень большое значение, считая, что о полном значении нервной системы можно говорить лишь тогда, если мы научимся по желанию не только портить, но и восстанавливать нервные процессы.

И действительно, в лабораториях И. П. Павлова удавалось излечивать искусственно созданные неврозы по желанию экспериментатора. Кроме отдыха, облегченных условий опыта и осторожной тренировки на более легких задачах, было изучено терапевтическое действие брома и кофеина. При этом оказалось, что физиологическое действие этих препаратов различно: бром обладает способностью концентрировать тормозной процесс, в то время как кофеин повышает процесс возбуждения. Кроме того, выяснилось, что действие брома, а также кофеина, изменяется в зависимости от силы нервной системы: чем нервная система слабее, тем дозировка этих лекарственных веществ должна быть меньшей.

При лечении экспериментальных неврозов с успехом было использовано целебное значение торможения.

И. П. Павлов, изучая процесс торможения, указывал на его целительное, защитное значение. Торможение вмешивается всегда, если благополучию нервной клетки начинает угрожать опасность вследствие чрезмерного ее напряжения. И. П. Павлов считал это явление своеобразной физиологической защитой против болезнетворного агента. Торможение позволяет в таких случаях клетке накапливать новые силы для последующей работы. Оно, таким образом, охраняет нервную клетку и, хотя само может приводить к патологическим проявлениям, в то же время по существу является еще мерой чисто физиологической, охранительной.

Торможение было с успехом применено при лечении экспериментальных неврозов (М. К. Петрова). Так, было показано, что если в коре больших полушарий образовался большой, «сорванный» пункт, в котором длительно держится ультрапарадоксальная фаза, систематическое торможение патологического условного рефлекса (посредством одновременного пищевого раздражения) может привести к быстрому восстановлению

нормальных отношений. В этих опытах торможение патологического пункта достигалось, очевидно, благодаря отрицательной индукции из нового очага возбуждения. В других случаях применялось медикаментозное торможение, вызывающее сон. Так, М. К. Петровой было показано, что при лечении экспериментальных неврозов у собаки с успехом может быть применен медикаментозный (вероналовый) сон. У леченных таким образом собак одновременно с восстановлением высшей нервной деятельности исчезали трофические нарушения кожи. Сходно действовало и гипнотическое сонное торможение, вызываемое посредством слабых ритмических раздражений. Во всех этих случаях, очевидно, имеет место терапевтический эффект в результате охранительного торможения.

Такое тормозное состояние нервной клетки может предохранять ее от чрезмерного истощения и при многих других болезненных состояниях. Так, длительный наркотический сон способствует более благоприятному исходу при экспериментальных невротоксикозах и инфекциях (А. Г. Иванов-Смоленский и сотр.) и при разных видах экспериментальной травмы нервной системы (Э. А. Асратян и сотр.). При этом выяснилось, что методика лечения сонным охранительным торможением должна значительно изменяться во многих своих деталях в зависимости от разного характера патологического процесса.

\* \*  
\*

После смерти И. П. Павлова изучение экспериментальных неврозов советской физиологической школой продолжало успешно развиваться и во многих отношениях обогатилось рядом новых достижений, многие из которых также имеют немалое значение для неврологов-клиницистов.

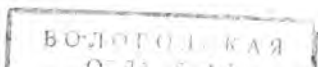
Очень большое значение имели исследования К. М. Быкова и его сотрудников (И. Т. Курцин и др.), показавшие, что наряду с непрерывно идущей центростремительной сигнализацией со стороны экстероцепторов, к мозговой коре направляется столь же мощная импульсация и со стороны интероцепторов, из внутренней среды организма, причем и эта сигнализация может



сочетаться с безусловными раздражителями по механизму временной связи, образуя настоящие интероцептивные условные рефлексы. Выяснилось, что перенапряжение нервных процессов может идти и через эти интероцепторы, приводя в таких случаях к образованию своеобразных неврозов. Действительно, экспериментальным путем у подопытных животных удалось получить настоящие неврозы, т. е. извращения деятельности органов или целых систем в результате сшибки экстеро- и интероцептивных импульсов разного биологического значения. Все эти данные явились очень ценными новыми дополнениями, расширяющими и подтверждающими основное, павловское понимание сущности неврозов.

465660  
Существенным дальнейшим развитием учения о типах высшей нервной деятельности явилась интересная концепция П. С. Купалова (1956, 1960) о том, что животные могут отличаться друг от друга по степени уравновешенности не только в отношении силы основных нервных процессов (возбуждения и торможения), но и в отношении их подвижности. Например, у животных, отличающихся инертным характером тормозного процесса, малоподвижный тормозной процесс может не поспевать за процессом возбуждения, результатом чего иногда может быть необычная стремительность и взрывчатость в поведении животного. Эти очень интересные, недавно поставленные вопросы физиологической типологии еще обсуждаются в современной литературе.

Для клинициста может представить несомненный интерес и анализ явлений торможения, проводимый в последнее время П. К. Анохиным. Анализируя сущность лежащего в основе неврозов взаимодействия процессов возбуждения и торможения, П. К. Анохин стремится раскрыть физиологический механизм, приводящий к такому взаимодействию, которое он усматривает в борьбе двух противоположных друг другу целостных реакций организма, например реакции ориентировочно-исследовательской и биологически отрицательной. Встреча двух противоположных возбудителей, если они задерживаются и взаимно стабилизируют друг друга, и может создавать длительное перенапряжение тормозного процесса, лежащее в основе невроза. Такая теоретическая установка несомненно дает многое неврологу-клини-



дисту в его практической работе. Интересно также подчеркнуть, что при таком сложном процессе, как указывает П. К. Анохин, может подвергнуться торможению лишь один двигательный компонент сложной реакции, в то время как вегетативный ее компонент может сохраняться и приходить в состояние стойкого, застойного возбуждения.

Очень интересны многочисленные новые данные, касающиеся изучения условных рефлексов не у животного, фиксированного в станке для исследования, а у животных, находящихся в условиях свободного перемещения в пространстве. Работы на эту тему (П. С. Купалов и сотр., М. М. Аптер и др.) подтвердили основные закономерности, установленные И. П. Павловым, что, кстати сказать, опровергло утверждения некоторых американских авторов, будто бы павловские закономерности свойственны лишь животному, обездвиженному в станке. Одновременно выяснилась, однако, чрезвычайно большая сложность этих условных рефлексов при свободном поведении животного, в образовании которых принимает громадное участие так называемый фактор пространства, прибавляющийся к обычным раздражениям, из которых строится система условных рефлексов. В этих условиях оказалось возможным наблюдать своеобразные перенапряжения процессов нервного «синтеза», возникающие в связи с такими моментами, как то или другое местоположение собаки в комнате, поза собаки, местоположение условного раздражителя и т. п.

При этих новых экспериментальных комбинациях выяснились и некоторые другие способы вызывать экспериментальные срывы высшей нервной деятельности животного. Так, оказалось, что поводом для нервного срыва может быть и столкновение во времени двух таких различных реакций, как, например, пищевого и оборонительного рефлексов или оборонительного и полового. Невроз может быть также вызван сшибкой двух различных видов внутреннего торможения (запаздывающего и дифференцировочного), столкновением торможения и безусловного пищевого возбуждения в коре, а также при одновременном возбуждении конкурирующих корковых очагов представительства безусловных рефлексов (система замыкания безусловных рефлексов, очевидно, также происходит в коре). Неврозы могут

быть также вызваны при одновременных несимметричных раздражениях зрительной коры из обоих глаз (П. С. Купалов, 1960). Одновременное возникновение условных рефлексов, вырабатываемых на различные безусловные подкрепления (например, на электрокожный раздражитель и пищевой), может также приводить к развитию настоящего экспериментального невроза (И. А. Ветюков).

Очень интересно, что накопление этих новых фактов заставило нас постепенно несколько изменить очень распространенную первое время формулировку, когда мы при этих состояниях часто говорили о болезни или слабости нервных клеток, вызванной динамическим перенапряжением. Теперь лучше говорить о нарушениях временных связей или об условных патологических рефлексах. Сами «сорванные» нервные клетки могут, оказывается, при этих опытах оставаться совершенно работоспособными и в слегка измененных условиях работать вполне нормально. Демонстративный опыт был в этом отношении опубликован В. К. Федоровым и В. В. Яковлевой: одна и та же собака изучалась в 2 камерах, в различных этажах лаборатории. В верхнем этаже один экспериментатор вырабатывал у собаки настолько трудную систему условных рефлексов, что нарушались более простые рефлексы, протекавшие до того нормально; при этом в нижнем этаже, в лаборатории другого экспериментатора, высшая нервная деятельность протекала у собаки совершенно нормально, и простые условные рефлексы, сорванные при работе во 2-м этаже, прекрасно воспроизводились. Очевидно, в этом сложном опыте оказалась «сорванной» не работоспособность определенных клеток мозговой коры, а лишь определенная временная последовательность сложной системы условных рефлексов.

Говоря о дальнейшей судьбе гениального учения И. П. Павлова, раскрывшего физиологические закономерности деятельности коры больших полушарий и взаимосвязи коры и подкорки, необходимо отметить, что уже после смерти И. П. Павлова с помощью исключительно точной современной электрофизиологической методики рядом авторов (Бремер, Мэгун, Моруцци и др. — Bremer, Magoun, Moruzzi) были изучены многие новые детали строения и функции ретикулярной фор-

мации мозгового ствола. Таким образом, были значительно углублены представления об отдельных элементах той подкорки, общие функции которой так замечательно были проанализированы И. П. Павловым. При этом был полностью подтвержден основной павловский вывод об общем активирующем воздействии, которое оказывают на мозговую кору подкорковые образования. Все эти новые вопросы усиленно обсуждаются в настоящее время как в зарубежной, так и в отечественной физиологической литературе и несомненно будут иметь большое значение для всего учения об экспериментальных неврозах животных.

\* \*  
\*

Разработка современного учения об экспериментальных неврозах оказалась исключительно важной для проблемы неврозов человека. Можно с уверенностью сказать, что связанный с этим учением переворот сказался в любом разделе этой проблемы. В самом деле, сделалось, наконец, возможным точное определение неврозов человека; выяснились их этиология и патогенез отдельных невротических симптомов; сделалась в связи с этим возможной научная классификация неврозов; на твердую научную основу стала проблема лечения и профилактики неврозов. Все современное учение о неврозах человека твердо основывается на замечательных научных достижениях И. П. Павлова и его школы.

### ***ТИПЫ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И КЛАССИФИКАЦИЯ НЕВРОЗОВ ЧЕЛОВЕКА***

В настоящее время уже не может подлежать сомнению, что основные закономерности, установленные И. П. Павловым для высшей нервной деятельности животных, полностью применимы для человека. В деятельности коры больших полушарий человека легко могут быть обнаружены аналогичные принципы образования временных связей, иррадиации и концентрации возбуждательного и тормозного процессов и их взаимной индукции, а также характерные фазовые гипнотические

состояния. В связи с этим неврозы человека оказались очень близкими к экспериментальным неврозам животных. Выяснилось, что — в полной аналогии с экспериментальной моделью у животных — и неврозы человека представляют собой всегда, хотя и в гораздо более сложном виде, срыв высшей нервной деятельности, развившийся в результате или перенапряжения возбуждательного процесса, перенапряжения тормозного процесса или перенапряжения подвижности нервных процессов. Выяснилось также значение того или иного типа нервной системы, в значительной степени способствующего большей или меньшей устойчивости нервной системы в отношении различных неблагоприятных воздействий. Однако здесь же, при изучении типов нервной системы, выяснилось и чрезвычайное отличие высшей нервной деятельности человека от высшей нервной деятельности животных, — отличие, которое И. П. Павлов определил как появление у человека особой, гораздо более сложной сигнальной системы действительности, второй сигнальной системы, надстроенной над первой сигнальной системой, общей у человека и животных.

Сигнальная система действительности, имеющаяся у животных, координирует все поведение животного с непосредственными сигналами, поступающими к корковым концам анализаторов из внешнего или внутреннего мира.

У человека имеется точно такая же система сигнализации (первая сигнальная система), но над ней надстроена гораздо более сложная вторая сигнальная система действительности, раздражителями которой являются уже «сигналы сигналов», т. е. не непосредственные впечатления действительности, а их словесное обозначение. Непосредственные ощущения, восприятия и представления осуществляются первой сигнальной системой, а обобщения, отвлеченные понятия и мышление — второй сигнальной системой. Деятельность двух сигнальных систем у человека тесно взаимосвязана.

Изучение типов высшей нервной деятельности человека представляет собою весьма сложный и далеко еще не законченный отдел неврологии.

Здесь прежде всего следует иметь в виду, что тип нервной системы человека, подобно тому, что мы видели выше в отношении животных, всегда представляет собою комплексный результат (сплав) двух слагаемых: во-первых, ряда врожденных и большей частью наследственно-обусловленных особенностей нервных процессов (так называемый генотип) и, во-вторых, многочисленных внешних, средовых воздействий, способных видоизменять врожденные особенности нервной системы в ту или иную сторону. Пластичность нервной системы под влиянием внешних, средовых факторов, как известно, очень велика. Здесь возможно как вредное влияние, «порча» тех или других хорошо работавших нервных процессов, так и чрезвычайно полезная тренировка некоторых отстающих процессов.

Для суждения о типе нервной системы данного лица необходимо очень подробное знание условий его жизни, а также состояния всего организма и, в первую очередь, нервной системы.

Каковы же пути для определения типа нервной системы человека? Это прежде всего — путь внимательного ознакомления со всеми особенностями личности данного лица. Надо очень подробно изучить его поведение, его реактивность в отношении различных жизненных воздействий, особенности его речи и мышления, его жесты и мимику, его вкусы и интересы, его отношения к окружающим лицам, к своей профессии, к работе, к вопросам литературы и искусства и т. п. Необходимо подробно ознакомиться с условиями детства больного, его развития и его семейной обстановки. Всегда необходимо получить подробные сведения о его семье. Всегда очень полезно попросить исследуемого написать свое, по возможности подробное жизнеописание, а также вообще ознакомиться с его манерой писать. Это — трудоемкая и длительная работа врача, и определение типа нервной системы несомненно является задачей чрезвычайно ответственной и сложной. Это необходимо подчеркнуть, так как широкое распространение в неврологии представления о павловских типах нервной системы, к сожалению, уже приводило подчас к попытке недопустимого упрощения в определении типов.

Для определения типа нервной системы в современной неврологии широко применяются также различные

клинические тесты. Так, исследуется процесс образования условных рефлексов, вырабатываемых по различным методикам (слюнные рефлексы по Н. И. Красногорскому, двигательные рефлексы при речевом подкреплении по А. Г. Иванову-Смоленскому, мигательные рефлексы по И. И. Короткину, условно-рефлекторные изменения поля зрения по П. Г. Снякину, ассоциативный эксперимент в модификации Л. Б. Гаккель и др.). Такие данные, несомненно, могут представлять определенную и значительную ценность для суждения о том или другом типе нервной системы, но, конечно, лишь в сочетании с изложенным выше очень подробным общим изучением исследуемого лица. Это последнее должно быть всегда ведущим. Определить тот или другой тип нервной системы данного лица без дополнительных специальных тестов, на основании одного только подробного ознакомления с ним, большей частью все же возможно; определение типа на основании одного только исследования условных рефлексов или других специальных физиологических тестов легко могло бы привести к недопустимой вульгаризации павловского понимания типов нервной системы. Следует подчеркнуть, что проблема определения типов нервной системы человека еще не может считаться разрешенной.

Посмотрим, какие же обстоятельства, характеризующие данное лицо, могут нам все же пригодиться при определении типа его нервной системы?

Вначале рассмотрим вопрос о типах, общих у человека и животных. Вариации этих типов сводятся, по И. П. Павлову, как мы видели выше, к различным степеням силы, уравновешенности и подвижности нервных процессов.

В отношении силы нервных процессов человека известны далеко идущие вариации, на одном полюсе которых находятся люди с сильной, а на другом полюсе — люди со слабой нервной системой. Понятие силы или слабости касается при этом определении как раздражительного, так и тормозного процессов.

Хорошими жизненными признаками силы нервных процессов могут служить следующие.

Люди сильного типа в большей части отличаются прежде всего своей высокой работоспособностью. Особенно характерна хорошая работоспособность в тех слу-

чаях, когда человеку приходится работать в трудных и сложных условиях, где требуется большая выдержка и целенаправленность. Разумеется, работоспособность зависит в известной степени от заинтересованности работой, от эмоционального отношения к ней.

Здесь следует, впрочем, заметить, что при определении типа никогда нельзя переоценивать какую-нибудь одну отдельную черту. Так, в некоторых случаях повышенная работоспособность может быть, наоборот, признаком какого-либо дефекта высшей нервной деятельности, вроде навязчивой заботы о материальном благосостоянии своей семьи или болезненно излишнего стремления к крайней точности и педантизму. При оценке работоспособности человека всегда приходится особо учитывать условия его детства, воспитания и окружающей его среды.

Другим хорошим критерием силы нервной системы является умение находить выход из осложненных жизненных ситуаций и особенно организованное и целенаправленное поведение в минуту экстренной опасности. Там, где человек со слабыми нервными процессами растеряется и будет производить ряд излишних и бесполезных действий, сильный (при прочих равных условиях: степень развития интеллекта, жизненный опыт) спокойно примет правильное решение и тем избавит от неожиданной опасности себя или окружающих людей.

И. П. Павлов этим двум жизненным показателям придавал важное диагностическое значение. Поведение в минуту опасности действительно является очень ценным тестом для установления типологических особенностей. Однако это сравнительно редкая жизненная ситуация, и пользоваться таким тестом удастся лишь в немногих случаях.

Очень характерна для людей сильного типа жизненная инициатива и настойчивость в достижении заданной цели (не смешивать с жизненной удачей, которая, как известно, может, наоборот, быть результатом чисто случайной жизненной конъюнктуры, а иногда даже результатом свойств характера, ничего общего не имеющих с силой нервной системы).

Очень характерно для людей сильного типа то, что они, как правило, самостоятельны, не стремятся опи-



ратся в своей жизни на кого-нибудь другого и не ищут в окружающих постоянной поддержки и сочувствия.

Они сравнительно редко подвергаются различным нервным срывам, а если у них и развиваются какие-либо невротические нарушения, то большей частью эти люди предпочитают справляться с ними сами, не обращаясь к врачам, а иногда даже не рассказывая об этом своим близким.

Люди сильного типа часто обладают хорошей моторикой. Это последнее, однако, далеко не обязательно — сила высшей нервной деятельности человека вовсе не обязательно соответствует его мышечной силе. Это же замечание касается потенции.

Люди слабого типа нервной системы во всех отношениях представляют противоположные отличия.

Они обладают низкой трудоспособностью, быстро утомляются, нерешительны, трусливы и часто стараются инстинктивно избежать ответственности, трудных жизненных ситуаций и вообще всякого умственного напряжения. Им свойственно чувство собственной неполноценности, они не умеют отстаивать своих собственных жизненных установок, часто ищут сочувствия и помощи со стороны окружающих и легко поддаются под чужое влияние. У них легко возникают невротические срывы; они часто обращаются к врачам, причем нередко стремятся разжалобить врача рассказами о своих исключительно тяжелых переживаниях, о несправедливостях, которым они подвергались, и о тяжелом детстве, которое им пришлось пережить. Они легко плачут. Не умея найти правильного выхода из трудных ситуаций, они нередко культивируют у себя суицидные мысли. У них часто низка потенция. В области моторных функций они также иногда (необязательно!) оказываются несколько неполноценными: быстро устают, неуклюжи, не любят физической работы, гимнастики и спорта.

В отношении уравновешенности нервных процессов в индивидуальных различиях людей резко прослеживаются варианты от типа, при котором возбудительный и тормозной процессы хорошо уравновешены, до противоположного типа, при котором имеется резкое несоответствие обоих процессов. При этом следует иметь в виду, что неуравновешенность нервных процессов известна нам только в форме ослабления тормозного про-

цесса при относительно сильном возбуждательном процессе. Как и другие особенности типа нервной системы, и эта вариация является результатом как врожденных особенностей, так и воспитания, причем как раз в отношении данного типа нервной системы воспитание и условия жизни имеют особо важное значение, в сущности, значительная часть воспитания человека сводится именно к тренировке его тормозного процесса.

Распознавание ослабления тормозного процесса большого труда не составляет. В то время как люди с сильным тормозным процессом отличаются организованным поведением, выдержкой и самообладанием, люди со слабостью тормозного процесса несдержанны, взрывчаты, легко приходят в возбужденное состояние. Они склонны к аффективным вспышкам. Они торопливы, непоседливы, нередко многоречивы. У них нередко можно отметить своеобразное двигательное беспокойство, во время врачебного исследования такой большой часто не сидит спокойно, а все время проделывает какие-нибудь излишние движения, а при исследовании коленного рефлекса весь вздрагивает и хватает руку врача, в которой тот держит молоточек.

Очень характерно, что люди с ослабленным тормозным процессом совершенно не умеют ждать. Ожидание поезда, трамвая или очереди в магазине является для них часто невыносимой пыткой. Они при этом начинают волноваться, не могут сохранять моторную неподвижность, а иногда и вообще отказываются от дальнейшего ожидания. Подмечено (Ф. М. Майоров и М. И. Сандомирский), что люди с отстающим тормозным процессом медленно засыпают, но, наоборот быстро просыпаются.

В отношении половой жизни для мужчин с ослабленным тормозным процессом характерна склонность к *ejaculatio praecox*.

Относительное ослабление тормозного процесса обычно отмечается в нормальной старости.

Если распознавание неуравновешенного типа нервной системы большей частью сравнительно несложно, то распознавание инертного типа нервной системы может представлять значительно большие трудности. При этом мы имеем в виду ту вариацию типа нервной системы, которая характеризуется инертностью как возбуждательного, так и тормозного процессов и которая яв-

ляется противоположностью нервной системы с хорошей подвижностью обоих процессов.

Эти люди с инертным типом нервной системы испытывают большие затруднения, когда им в жизни приходится перейти на что-нибудь новое, например перейти с одной работы на другую, или изменить в чем-нибудь раз заведенный распорядок своей жизни, или привыкнуть к новой обстановке, или даже просто к новым вещам и т. п. Они как бы связаны определенным жизненным однообразием, вследствие чего существенно страдает подвижность их нервных процессов. Та или иная степень подвижности нервных процессов означает, согласно очень точному определению Л. А. Орбели, соотношение между тенденцией сохранения стереотипа и тенденцией создания новых форм реагирования. Этот переход на новые формы реагирования им очень плохо удается, и они легко делаются консервативными и держатся за раз установленный порядок.

Другой особенностью людей, обладающих инертным типом нервной системы, является то, что у них очень легко образуются особо прочные, инертные временные условные связи, приводящие к появлению различных застойных состояний, вроде патологических привычек, навязчивых мыслей, фобий и т. п.

Типичным для людей с недостаточной подвижностью нервной системы следует также считать постоянную склонность к сомнениям и неуверенности в своих действиях. Для них часто труден выбор между двумя различными формами поведения, и в содержании их психики нередко в течение какого-то времени борются друг с другом два противоположных решения, причем ни одно из них не в состоянии полностью затормозить другое. Невозможность быстрого возникновения отрицательной индукции лежит, по-видимому (Е. А. Попов, А. Г. Иванов-Смоленский, Л. Б. Гаккель и др.), в основе этого своеобразного синдрома. Инертность нервных процессов, по-видимому, является основой того вида характера, который был в свое время так образно описан П. Б. Ганнушкиным и С. А. Сухановым под названием «тревожно-мнительный характер».

Интересно, что недостаток подвижности может проявляться у разных людей совершенно по-разному: то в особой связанности жизненным стереотипом, то

в особых инертных характеристиках речи, то в проявлении навязчивых состояний и т. д.

Люди с недостатком подвижности нервной системы медленно засыпают, но и медленно просыпаются.

Особенности типа нервной системы, связанные с недостатком подвижности, нередко можно проследить с самого детства.

Конечно, было бы большой ошибкой смешивать инертность высшей нервной деятельности с двигательной медлительностью от рождения, свойственной некоторым людям. Мы легко можем себе представить ученого, писателя, поэта или новатора с очень подвижным типом нервной системы, который в то же время может быть очень неловким в своих обычных движениях, или, наоборот, представить себе очень инертного человека, который вследствие излишней, застойной патологически-инертной боязни опоздать на службу, быстро бежит по улице, расталкивая встречных, в то время, когда на самом деле никакого риска опоздать нет, и он, обладая нормальным типом нервной системы, мог бы идти совершенно спокойно.

Следует подчеркнуть, что вариации силы, уравновешенности и подвижности нервных процессов в известной степени независимы друг от друга.

Сопоставляя три перечисленные особенности нервных процессов (сила — слабость, уравновешенность — неуравновешенность и подвижность — инертность), мы и можем отнести изучаемых лиц к одному из четырех основных типов нервной системы, «общих у человека и животных», которые, согласно И. П. Павлову, сводятся к следующим:

1. Тип сильный уравновешенный и подвижный.
2. Тип сильный уравновешенный и инертный.
3. Тип сильный, но неуравновешенный.
4. Тип слабый.

Интересно, что это четырехчленное деление соответствует гиппократовским типам сангвиника, флегматика, холерика и меланхолика. Такое деление на четыре отдельных типа повторялось и у многих последующих авторов, изучавших характеры человека.

Конечно, распределение людей по этим 4 типам следует признать очень условным. Помимо того, что все признаки типов являются не альтернативными, а чисто

количественными и что по каждому из рассмотренных параметров встречаются не только крайние, но и средние типы, следует иметь в виду, что уже заранее нужно было бы ожидать встретить у человека не 4, а более комбинаций по трем парам изменчивых признаков. Так, следовало бы думать еще и о возможности деления людей слабого типа на уравновешенных или неуравновешенных и на подвижных или инертных — детали, которых у экспериментальных животных не удавалось обнаружить, но которые могут иметь немалое значение в патологии человека. Кроме того, в позднейших попытках деления типов нервной системы человека начали больше обращать внимание на различную степень тех или других отклонений. Так, начало появляться представление о «слабой вариации сильного типа» или о «сильной вариации слабого типа» и т. п. Новые данные в экспериментальной неврологии, полученные за последнее время, вроде допущения возможности вариаций уравновешенности основных процессов не только по их силе — слабости, но и по их подвижности — инертности (П. С. Купалов), несомненно должны будут самым существенным образом отразиться и на учении о типах нервной системы человека.

У человека, как и у животных, представители различных типов нервной системы дают срывы высшей нервной деятельности не одинаково легко. Легче всего развиваются неврозы у лиц с неуравновешенным и слабым типами нервной системы. Большое значение в смысле предрасположения к развитию неврозов играет также инертность нервных процессов. Так, сделалось постепенно более понятным то предрасположение к неврозам, о возможности которого так много спорили в недавнее время. Однако даже наиболее совершенные типы нервной системы все же не являются абсолютной гарантией возможности образования невроза, только в этих условиях нужны уже особо сильные патологические воздействия.

Важно помнить, что, говоря о типах нервной системы человека, И. П. Павлов постоянно подчеркивал необходимость учитывать, что человек является обладателем не только первой сигнальной системы, но и второй, причем степень уравновешенности обеих сигнальных систем может сильно варьировать. В результате этого при

известной степени неуравновешенности сигнальных систем могут существовать, кроме среднего типа, еще и крайние типы, которые И. П. Павлов определял, как типы «мыслителей» и «художников».

В отличие от средних людей с уравновешенными сигнальными системами люди «художественного» типа с преобладанием первой сигнальной системы живут преимущественно эмоционально окрашенными, непосредственными жизненными впечатлениями. Они воспринимают действительность целиком, сполна, без отвлеченного разделения их на отдельные составные части. Мышление их носит характер конкретный и образно-эмоциональный. Наоборот, люди «мыслительного» типа с преобладанием второй сигнальной системы воспринимают окружающую действительность скорее несколько абстрактно, теоретически.

Это дополнение типологии человека еще и представлением об уравновешенности сигнальных систем делает то, что основные типы нервной системы, общие у человека и животных, делятся каждый еще, по крайней мере, на три вариации, смотря по тому, относится ли данное лицо к художественному, среднему или мыслительному типу.

Здесь следует подчеркнуть, что определение художественного типа ни в коем случае нельзя отождествлять с наличием какой-либо специальной художественной одаренности. Можно обладать, например, очень хорошей графической одаренностью и в то же время воспринимать действительность схематически, сухо и отвлеченно, с явным преобладанием второй сигнальной системы.

Обе сигнальные системы человека работают в постоянном единстве, и сознательная деятельность человека представляет собою продукт сочетания обеих систем. Чтобы определить относительное преобладание той или другой, надо чрезвычайно подробно изучить все индивидуальные особенности данного лица. Это — задача еще гораздо более сложная, чем определение типов, рассмотренных выше. К сожалению, следует указать, что в отношении понимания сущности сигнальных систем в современной неврологии встречаются еще значительные противоречия, причем наличие таких противоречий легко может приводить к излишнему упрощению этой очень сложной проблемы.

Из таких упрощений следует указать на то, что иногда необоснованно ставится знак равенства между речью и второй сигнальной системой. Конечно, у человека выработались специальные речевые анализаторы, надстроенные над непосредственными первосигнальными анализаторами различных раздражений, поступающих в кору больших полушарий. Эти речевые анализаторы представляют собой ту важнейшую базу, на которой и развиваются наши обобщения, понятия и мышление, т. е. вторая сигнальная система. Следует помнить, что в самой речи как в устной, так и в письменной заключаются и определенные первосигнальные компоненты — непосредственное восприятие речевых образов.

Другое упрощение, с которым также приходится встречаться, сводится к тому, что иногда понятие о второй сигнальной системе приравнивают к сознанию. Это, конечно, не синонимы. Самое правильное — это пользоваться терминами, введенными И. П. Павловым, точно в том смысле, какой придавал им сам И. П. Павлов.

\* \*  
\*

Учение о типах высшей нервной деятельности в том виде, как оно было получено нами от И. П. Павлова, имеет для всей главы, касающейся неврозов человека, величайшее значение, так как именно на основе этого учения нам удалось получить, наконец, рациональную классификацию неврозов. И. П. Павлов показал и вся наша последующая клиническая работа этот вывод полностью подтверждает, что срывы нормальной высшей нервной деятельности приводят к различным неврозам в зависимости от исходного типа нервной системы в отношении уравновешенности сигнальных систем: при срыве нервной системы с преобладанием первой сигнальной системы получается невроз типа истерии, при срыве нервной системы с преобладанием второй сигнальной системы — невроз типа психастении, при срыве же нервной системы, уравновешенной в этом отношении, невроз лишен характерных истерических или психастенических черт и подходит под общее определение — неврастения.

Такое разделение неврозов вполне отвечает современному состоянию наших знаний. Многочисленные предложенные в свое время и нередко предлагаемые ныне попытки дальнейшего более узкого дробления неврозов на отдельные формы не достигают цели. Неврозы суть сложные комбинированные динамические изменения высшей нервной деятельности, различные в каждом отдельном случае и не складывающиеся в четко разграниченные нозологические единицы. Классификация в состоянии выделить здесь лишь отдельные более или менее подчеркнутые физиологические механизмы, пестрое взаимодействие которых приводит к клиническим вариантам. С этой точки зрения интересно припомнить высказывания самого И. П. Павлова, который указывал (Среда, 16 октября 1935), до какой степени в области учения о неврозах отдельные «ярлыки» почти не нужны.

Говоря о других классификационных делениях, предложенных в области неврозов, следует прежде всего отметить, что ряд современных авторов, наряду с приведенным расчленением неврозов на три группы, считают самостоятельной формой особый «невроз навязчивых состояний» (А. Г. Иванов-Смоленский, Б. Н. Бирман, Е. К. Яковлева, Н. П. Татаренко, А. А. Портнов и Д. Д. Федотов и др.). Это нашло отражение в классификации психических заболеваний, утвержденной в 1949 г. Всесоюзным обществом невропатологов и психиатров. Между тем, навязчивые состояния (навязчивые мысли, действия и страхи) могут наблюдаться при каждом из этих трех основных неврозов, и хотя они могут несколько отличаться своими мелкими особенностями, тем не менее патофизиологический механизм, лежащий в их основе, остается во всех этих случаях одинаковым. Это — особый невротический синдром, который может входить в симптоматику неврастения, психастении и истерии и поэтому не заслуживает выделения в какую-то особую форму. Как известно, так смотрел на синдром навязчивых состояний и И. П. Павлов.

Пытались далее отделять неврозы, образовавшиеся остро (под влиянием каких-либо экстренных травмирующих жизненных обстоятельств) от образовавшихся медленно (под влиянием ряда неблагоприятных ситуаций, иногда прослеживаемых до самого детства) (В. Н. Мясищев, 1950; Е. К. Яковлева, 1958; и др.). Первые



иногда называют реактивными формами, вторые — формами развития. Другие авторы (Л. Б. Гаккель и др., 1960) более правильно считают, что ни реактивный характер невротического срыва, ни кратковременность или длительность невротических реакций не являются достаточным основанием для выделения особых невротических форм. Пытались также без достаточных оснований выделять особые ситуационные неврозы. Не совсем понятны попытки выделять особый невроз ожидания. Едва ли правильно также выделять под названием эмоциональных неврозов или неврозов страха такие неврозы, в происхождении которых играла роль какая-либо неблагоприятная ситуация, насыщенная отрицательными эмоциональными переживаниями. Напомним, что понятие «травматический невроз» распалось уже ко времени Великой Отечественной войны. Конечно, не заслуживают признания и такие обозначения, как невроз утомления, сексуальный невроз, пензионный невроз, общий невроз, функциональный невроз и т. п. Таких обозначений в свое время было предложено очень много (всевозможные вегетозы, эндокринозы, реактозы и т. п.). К счастью, эти обозначения в современной неврологии не удержались. В. К. Федоров в своей недавней работе (1960), пересмотрев всю эту проблему, также пришёл к выводу, что правильнее все же придерживаться классического деления на три основные формы: неврастению, истерию и психастению.

Однако в двух отношениях классификационные границы неврозов человека остаются и сейчас еще не вполне четкими. Это — проблема так называемых локальных неврозов и неврозов вегетативных.

Под локальными неврозами понимают нарушения высшей нервной деятельности, обладающие и по этиологии, и по симптоматике всеми основными свойствами неврозов, но касающиеся только одного вида нервных функций. Таковы, например, различные местные гиперкинезы, вроде писчего спазма, или лицевого тика, или какие-нибудь стойко зафиксированные патологические условные связи, вроде симптомов, появляющихся всегда в какой-нибудь определенной ситуации и т. п. Основанием для выделения этих случаев в какую-то особую форму служило то, что вся остальная высшая нервная деятельность такого больного считалась совершенно

нормальной. Это утверждение, однако, сомнительно, почему и выделять эту группу локальных неврозов едва ли уместно. Если некоторые из этих симптомов и приходится (ввиду их своеобразия) описывать отдельно (профессиональные дискинезии или заикание), они все же всегда связаны с общими невротическими нарушениями, имеющимися у данного лица.

Более сложной является проблема так называемых вегетативных неврозов.

Для правильной оценки состояний, выделяемых под этим обозначением, необходимо иметь в виду, что при всех неврозах могут иметь место нарушения деятельности не только анимального, но и вегетативного отдела нервной системы. Ниже, в разделах, посвященных клинике отдельных форм неврозов, эти данные будут приведены более подробно. Укажем здесь лишь, что эти изменения при неврозах касаются очень многих сторон вегетативной жизни организма, причем в современной литературе описывается все большее число этих вегетативных нарушений. Так, для неврозов характерно увеличение в крови пировиноградной и аденозинтрифосфорной кислоты и снижение количества молочной кислоты, а также пониженное выделение с мочой фосфатов (А. А. Миттельштедт с сотр., 1958). В крови при неврозах повышается содержание кальция и наблюдаются изменения основного обмена (А. Крейндлер — Kreindler). Характерны также значительные колебания содержания сахара в крови. В зависимости от состояния высшей нервной деятельности существенно меняется количество лейкоцитов крови. Описывались также значительные отклонения от нормы в отношении пищеварительного лейкоцитоза и в отношении условно-рефлекторных изменений состава крови при виде пищи (А. В. Кремер, 1954), а также в отношении условно-рефлекторного лейкоцитоза, вызываемого инсулином или адреналином (Э. И. Раудам и Л. Ю. Меллер, 1954). Изучены и изменения диуреза на почве невроза (Е. М. Креслинг). Давно известны многочисленные нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы при неврозах (боли в области сердца, тахи- или брадикардии, колебания артериального давления, вазомоторные нарушения). Существенно изменяются при неврозах и многие вегетативные рефлексы, например глазо-сердечный, солярный,

клино- и ортостатический (И. М. Виш, 1956). Сосудистые рефлексy (Н. А. Биркенгоф, Е. Ф. Рашевская, Н. Ф. Суворов, 1954) при неврастении и при истерии часто оказываются сниженными или носят извращенный характер. Описаны при неврозах и изменения кислотности желудочного сока. Все такие нарушения справедливо рассматриваются как одно из проявлений невроза, причем в отдельных случаях такие вегетативные компоненты невроза могут проявляться с большей или меньшей степенью выраженности.

Однако наряду с такими вегетативными нарушениями при неврозах, многими неврологами признается возможность чисто локальных нарушений вегетативной иннервации условнорефлекторной природы, уже не сопровождающихся другими проявлениями невроза. Как примеры такого рода приводятся условнорефлекторные сердцебиения, рвоты или поносы, всегда наступающие только при определенной ситуации, или такие симптомы, как условнорефлекторная задержка акта мочеиспускания и т. п. Естественно возникает вопрос: являются ли эти местные вегетативные неврозы действительно изолированными дисфункциями на здоровом неврологическом фоне или они все же являются лишь одним из проявлений более распространенного нарушения высшей нервной деятельности? Это второе предположение представляется более вероятным. В отношении сердечно-сосудистых неврозов такая точка зрения проводилась Г. Ф. Лангом. Современные данные (В. К. Мягер, 1956) также свидетельствуют о том, что изолированных сердечно-сосудистых неврозов обнаружить не удастся и что все они являются лишь одним из проявлений или невraстении, или психастении, или истерии.

Таким образом, следует признать, что основные принципы классификации неврозов, установленные И. П. Павловым, полностью подтвердились и остаются в силе до настоящего времени.

### **ЭТИОЛОГИЯ НЕВРОЗОВ ЧЕЛОВЕКА**

Современное, павловское, понимание сущности неврозов обязывает опираться в диагностике невроза на выявление его этиологии, т. е. конкретных причин его возник-

новения. Диагностировать невроз только на основании прежних отрицательных характеристик (не органическое заболевание, не психоз и прочее) теперь уже невозможно, поскольку для неврозов, как мы видели выше, появилась теперь собственная, точная и бесспорная характеристика: это всегда срыв до того нормальной высшей нервной деятельности, вызванный перенапряжением раздражительного или тормозного процессов или их подвижности. Эти-то этиологические моменты нам и необходимо найти в истории каждого нашего больного, страдающего неврозом. Подробное изучение больного и всех обстоятельств его жизни и позволяет установить эти этиологические моменты. Только надо иметь в виду, что конкретное, жизненное содержание этих исключительно разнообразных перераздражений намного сложнее аналогичных механизмов при образовании экспериментальных неврозов. С этой точки зрения представляется важным сжато рассмотреть, каковы конкретные, наиболее часто встречающиеся причины неврозов у человека.

При изучении анамнезов больных следует иметь в виду, что здесь никоим образом нельзя ограничиваться теми схемами, которыми врачи обычно пользуются при составлении историй болезни. Обычно при собирании анамнеза действительно всегда упоминаются, помимо вопросов о раннем детстве, о прежде перенесенных болезнях, об условиях жизни и работы, еще и вопросы о том, не было ли перед началом заболевания каких-нибудь жизненных конфликтов или тяжелых переживаний? Однако при таком формальном перечне этих этиологических моментов большей частью, конечно, не удастся выявить психогении, игравшей роль в образовании невротических симптомов. Для этого необходимо гораздо более внимательное и углубленное ознакомление с личностью больного и с особенностями его прежней жизни, что требует, конечно, немалого времени. Необходим хороший контакт с больным и завоевание его доверия. Часто полезно написание больным подробной истории своего заболевания. Нередко лишь во время такого подробного анализа всех пережитых жизненных обстоятельств и их патогенетического значения больной сам начинает более подробно оценивать отдельные детали, имевшие в этом отношении определенное значение, и лучше начинает разбираться в происхождении своих

невротических симптомов. Изучение анамнеза больного, страдающего тем или другим неврозом, является, таким образом, достаточно сложной задачей.

Посмотрим теперь, каковы основные физиологические механизмы, которые удается вскрыть в анамнезе наших больных.

Перенапряжение раздражительного процесса вызывается различными тяжелыми переживаниями, огорчениями, трудными жизненными ситуациями, опасностями, устрашающими моментами, отрицательно окрашенными эмоциями.

Как известно, трудящиеся в капиталистических странах постоянно испытывают тяжелые бытовые трудности, связанные с социальными причинами: недостаток средств существования, неуверенность в завтрашнем дне, всевозможные проявления социальной несправедливости. Немалую роль в этих отрицательно окрашенных переживаниях играют расовая и классовая дискриминации. Вспомним, что в различные исторические эпохи периоды угнетения и невежества всегда сопровождалась пышным расцветом неврозов, вроде знаменитых средневековых эпидемий бесоудержимости в Западной Европе. Неудивительно, что и в настоящее время неврозы широко распространены в странах капитализма.

В условиях советского строя и в социалистических странах все эти моменты социального значения, естественно, отпадают. Но это, конечно, не означает полного исчезновения неврозов, и в каком-то относительно небольшом проценте случаев они все же продолжают наблюдаться. Так, в работе А. А. Портнова и Д. Д. Федотова (1957) приведены по отдельным годам данные о первичной обращаемости в психиатрические диспансеры Москвы больных неврозами в расчете на 10 000 человек населения, причем эти цифры колебались от 18,3 до 6,3 человек. При этом важно подчеркнуть, что цифры эти были наиболее высокими в военный и послевоенный периоды, в последующие же годы обнаруживали отчетливую тенденцию к снижению. Однако совершенно несомненно, что в самых благоприятных социальных условиях все же всегда остаются многочисленные тяжелые отрицательные переживания личного характера, часто способные играть роль сверхсильных раздражителей, приводящих к перенапряжению процесса возбуждения. При

этом, конечно, для нервной системы различного типа могут оказаться сверхсильными раздражения различной интенсивности. Чем слабее тип нервной системы, тем все более слабые вредности могут приводить к нервному срыву. Сильная нервная система «срывается» лишь при значительно более массивных отрицательных воздействиях.

Давно подмечено, что эти неблагоприятные моменты в одних случаях могут действовать остро, приводя как бы к одномоментному срыву нервной системы, в других случаях накапливаются хронически, постепенно кумулируясь и вызывая медленное и постепенное возникновение невроза. Мы уже указывали выше, что принципиальных различий между этими обеими группами не существует и они без резкой границы переходят друг в друга.

Остро возникающие неврозы развиваются часто вслед за какой-нибудь экстренно подействовавшей отрицательной эмоцией, причем нередко и во всем дальнейшем течении невротического синдрома ведущей остается условная связь с когда-то подействовавшим экстренным раздражением. Так образуются некоторые виды навязчивых страхов или навязчивых мыслей.

Хороший пример такого образования невроза приводит в своей монографии в 1957 г. К. И. Платонов. Дело шло о 45-летней женщине, в течение многих лет страдавшей боязнью замкнутого пространства и толпы; выяснилось, что в 17-летнем возрасте она в церкви пробиралась через плотно стоящую толпу солдат и неожиданно оказалась стиснутой до такой степени, что не могла дальше продвинуться, в связи с чем ею овладело состояние ужаса, отчаяния и растерянности. Это переживание зафиксировалось в дальнейшем по принципу условного возникновения навязчивых состояний страха.

Сходное острое развитие невроза имело место и в следующем нашем наблюдении.

Больной Г. жаловался на подавленное настроение, нервность и навязчивые опасения за свою жизнь. В 13-летнем возрасте он вместе с другими мальчиками разглядывал труп случайно убитого на улице человека. Это на него сильно подействовало. Он стал после этого бояться пустынных улиц, разбойников, по вечерам начал проверять, не спрятался ли кто-нибудь у него под кроватью, и прибегать к условному «ритуалу» (плевать

определенное число раз), чтобы избавиться от навязчивых опасений.

Аналогичных примеров можно было бы привести немало, однако большей частью патогенез невроза оказывается в этих случаях все же более сложным, и нередко эмоция, непосредственно вызывающая нервный срыв, действует скорее как заключительный момент, окончательно дезорганизуя уже заранее перенапряженную нервную систему, играя, таким образом, как бы роль «последней капли, переполнившей чашу».

Так, больная Д., жалующаяся на несдержанность, вспыльчивость, боязнь темноты, бессонницу, нетерпение, боязнь сумасшествия и головные боли, была, оказывается, всю прежнюю жизнь относительно компенсированной, легко принимала важные решения, не обнаруживала излишних страхов и только была несколько впечатлительной (так, в детстве она всегда плакала, когда отец пел трогательные песни). Она разошлась с мужем вследствие его плохого поведения, после чего ей стало жить значительно труднее. Кроме того, приближался климакс. Однако она еще держалась, пока случайно не увидела, как на улице трамвай наехал на незнакомую ей девочку, которой отрезало ноги; больная упала и у нее возникла такая реакция, что окружающие подумали, будто это ее ребенок; с этого началось резкое ухудшение ее состояния.

В ряде случаев такого рода сверхсильные раздражения повторяются в различные периоды жизни, вызывая каждый раз новые обострения невроза.

Так, больная Т. жаловалась на неопределенные страхи, слезы, сердцебиение, потливость, потерю аппетита и плохой сон; первый раз заболела после развода с мужем, который сошелся с ее племянницей; вторично — в связи со смертью ее взрослого сына. Мы также наблюдали больную Ж. с рядом невротических жалоб (вспыльчивость, дрожание, нетерпение, боли в груди, тоска, постоянное чувство тревоги, боязнь душевной болезни), которая заболела в связи с тем, что ее 18-летняя дочь попала рукой в машину и изуродовала руку. Последующий алкоголизм мужа усилил ее нервность.

Интересно, что интенсивность отрицательно окрашенного переживания, приводящего к нервному срыву, может быть весьма различной и очень условной. То, что

один переносит легко, может быть тяжелой психической травмой для другого. Травмирующее значение какого-либо переживания зависит от всей предшествующей установки человека, от его сознательности и мирозерцания. Мы видели недавно развитие нервного срыва у комсомольца, которого товарищи заподозрили в каком-то неблаговидном, но мелком поступке, — подозрение, которое, несомненно, не вызвало бы никакой реакции, если бы дело шло не о сознательном советском юноше, считающем для себя такой поступок недопустимым, а о каком-нибудь юноше из привилегированных классов буржуазного общества. То, что может оказаться массивной психической травмой для одного, может остаться совершенно нечувствительным для другого. С этим связано бесконечное разнообразие сверхсильных раздражений или переживаний, которые нам постоянно приходится встречать в анамнезе наших больных. Иногда эти сверхсильные раздражения могут даже показаться врачу мелкими и не стоящими внимания.

Учитывая особенности этих травмирующих нервную систему воздействий, необходимо иметь в виду, что именно в условиях сниженного тонуса коры особенно легко могут образоваться такие патологические состояния. Еще М. М. Асатиани в 1913 г. отмечал, что многие состояния патологической навязчивости могут развиваться в состоянии неполного сна. Е. А. Попов специально обращал внимание на то, что при переходе от бодрствования ко сну легко образуются особенно инертные условные связи, во время различных гипнотических фаз случайные раздражения легко могут сделаться для данной нервной системы сверхсильными. Услышанные в это время слова легко могут оказывать непропорционально травмирующее действие. На это обращали внимание также К. И. Платонов, Н. П. Татаренко и др.

Интересно, что как раз во время такого рода гипноидных состояний может избирательно появляться и ряд других болезненных симптомов. Так, многие мелкие неприятные ощущения из внутренних органов могут по принципу парадоксальной фазы резко усиливаться, вызывая как раз в момент засыпания ряд болезненных ощущений; нередко больные, страдающие нарушениями сердечной деятельности, в момент засыпания просыпаются от внезапного «толчка», сердцебиения или



испуга. Известно также, что наступающее сонное торможение коры может (по закону отрицательной индукции) повышать возбудимость подкорковых образований. На появление таких симптомов в момент перехода от бодрствования ко сну обращал внимание И. П. Павлов при разборе некоторых больных на своих клинических средах. Эту повышенную возбудимость в период засыпания он считал очень характерной для слабой нервной системы.

Легкое образование невротических состояний во время этих гипноидных фаз, действительно, нередко приходится наблюдать в неврологической клинике.

Так, наша больная Ч. впервые испытала навязчивые страхи в 8-летнем возрасте, когда она, лежа в своей кровати и «уже готовая заснуть», слышала, как рядом взрослые рассказывали о летаргическом сне, во время которого нечаянно похоронили живого человека. Страх заснуть летаргическим сном не оставлял ее в течение нескольких лет после этого случая, а затем стали разрастаться и другие страхи и опасения. Так же точно мальчик Ю., страдавший очень сложным навязчивым страхом смерти, впервые испугался, когда он нечаянно проглотил что-то, играя вечером, уже сонный, со своими игрушками, а мать припугнула его тем, что он теперь подавится, может умереть, его закопают в землю и т. п.

Наблюдение, очень характерное в этом отношении, приводит К. И. Платонов: больной, очень усталый, в полудремотном состоянии, смотрел в кино малоинтересную картину, в которой изображалась сцена помешательства. И в это время услышал, как его сосед сказал, что ведь этак каждый может сойти с ума, — это было поводом для развития тяжелого навязчивого страха заболеть душевной болезнью.

К таким большей частью острым психическим травмам относится и иатрогения. К сожалению, следует признать, что, несмотря на постоянные указания об этом на лекциях, в медицинской литературе и пр., врачи еще и сейчас сплошь и рядом забывают о необходимой осторожности в разговоре с больными и нередко сообщают им разного рода медицинские термины, которых больные, конечно, не понимают.

К нам в клинику недавно обратился больной, находившийся в состоянии крайнего отчаяния и расстройства;

он был в ужасе от того, какое несчастье ему, оказывается, предстоит, — ведь он был у врача-специалиста, который его исследовал и сказал ему, что у него «больны все нервные клеточки в коре головного мозга», — что же теперь с ним будет и какой должна быть теперь судьба его бедной жены, которой предстоит всю жизнь возиться с таким тяжелым инвалидом? Конечно, никакого органического заболевания у него при исследовании не оказалось, да и врач, сообщивший ему о «нервных клеточках», вероятно, имел в виду его как раз не напугать, а успокоить, поставив диагноз всего-навсего невроза и попытавшись объяснить ему происхождение его жалоб «по Павлову». Другой пример в этом же роде был не менее демонстративен. Врач, чтобы успокоить больного, сказал ему: «Не тревожьтесь, ведь невроз еще не психоз». Больной ушел от него в отчаянии: «Еще не — значит, будет?».

Еще хуже, когда больным ставят ошибочный диагноз какого-нибудь на самом деле серьезного заболевания. Так, мы наблюдали больную, у которой приглашенный по поводу «сердечного припадка» мало опытный врач заподозрил почему-то перикардит и посоветовал ей полный физический покой. Она после этого пролежала много месяцев, избегая всяких движений вплоть до того, что ее переворачивали с бока на бок, одевали и т. п. Под влиянием такого режима она сильно располнела, а мышцы у нее стали дряблыми, что привело к диагнозу прогрессирующей мышечной атрофии, после чего она окончательно перестала двигаться. Врачи, занимавшиеся с этой больной психотерапией, потратили немало времени и усилий, пока им удалось избавить больную от затянувшегося иатрогенного невроза. Очень характерное в этом отношении наблюдение приводят А. А. Портнов и Д. Д. Федотов (1957). Сложный навязчивый синдром в виде боязни внезапной смерти в результате тяжелой болезни сердца развился у больного после того, как молодой врач, выслушавший его сердце (он обращался тогда по другому поводу), покачал головой и сказал: «А сердечко-то у вас неважное!».

Особенно сложной является, конечно, работа врача в тех случаях, когда невроз присоединяется не к ошибочному диагнозу, а к настоящему органическому заболеванию и, таким образом, образуются столь частые органо-невротические сочетания. Здесь органическое за-

болевание является тем сверхсильным раздражителем, которое выводит нервную систему из равновесия. Эти комбинации всегда очень сложны в отношении лечения. Здесь приходится диагностировать уже не природу всего заболевания целиком, а природу отдельных симптомов, из которых складывается вся клиническая картина.

Следующее наблюдение из нашей клиники может служить хорошим примером таких сочетаний. Приводим его более подробно.

Ж-ский, 42 лет, слесарь, поступил к нам в клинику с жалобами на приступообразно возникающие боли в области сердца и в голове, а также на ряд невротических жалоб (повышенная раздражительность, мнительность, обидчивость) и на недостаточный, тревожный сон.

Он заболел 3 месяца тому назад, неожиданно, придя с работы. Внезапно у него появились сжимающие боли в области сердца. Состояние все ухудшалось, боли нарастали, появилось ощущение онемения в левых конечностях. Был вызван врач скорой помощи, который сделал больному впрыскивание камфары и дал ему нитроглицерин. Нитроглицерин помог. Однако на следующий день приступ снова появился, но на этот раз присоединились ощущения сжатия в области головы, состояние было «ужасным»; больному казалось, что голова и сердце «не выдержат», и он погибнет, нитроглицерин уже не помог. С тех пор такие приступы начали повторяться. Вызывались они малейшим волнением, особенно всякими разговорами, касающимися чьей-нибудь болезни или смерти. Приступы состояли в появлении болей в области сердца и чувства сжатия, стягивания в голове. Такие приступы бывали ежедневно. Нитроглицерин этих приступов уже не облегчал. Появился страх внезапной смерти. Больной начал бояться выходить один на улицу и выходил только в сопровождении жены. При этом он постоянно представлял себе, какие он неприятности доставит домашним, если внезапно умрет один на улице, а они будут разыскивать его труп по разным больницам и т. п. На улице постоянно чувствовал себя хуже, чем дома. Больной начал посещать невропатолога в поликлинике, однако ему лучше не стало. Он поехал в отпуск в деревню. Там он тяжело переживал невозможность посетить могилу недавно умершего отца, к которому он был очень привязан. Как только он решался пойти на кладбище, уже после

нескольких шагов появлялись боли в сердце, в голове, «слабели ноги», и он должен был возвращаться домой. Вернувшись из отпуска, он снова приступил к работе, но смог поработать всего 2 дня, после чего приступы участились, общее состояние его ухудшилось, и он вынужден был лечь в клинику.

Прежняя жизнь больного представляется в следующем виде.

Детство прошло нормально. Всегда был тихим, скромным, застенчивым мальчиком. Учился хорошо. Из инфекционных заболеваний отмечает только корь в детстве. Во время Великой Отечественной войны перенес легкую контузию с кратковременной потерей сознания, лежал в госпитале около месяца и вернулся в часть, после этого болел периферическим параличом правого лицевого нерва. В то же время он начал жаловаться на частые головные боли, трудность сосредоточить внимание, забывчивость. В госпитале ему поставили тогда диагноз «травматическая энцефалопатия».

При исследовании в клинике со стороны анимальной и вегетативной нервной системы, за исключением небольших остатков правостороннего паралича лицевого нерва, ничего патологического обнаружено не было. В сердце обнаружены были лишь умеренные мышечные изменения.

В клинике больной стал значительно спокойнее: припадки у него уменьшились, а затем исчезли вовсе. Больной оставался, однако, крайне впечатлительным, возбудимым и тревожным.

Больному был проведен курс сонной терапии, которая была назначена, когда выяснилось, что его жалобы носили определенные черты невроза, хотя они и были в свое время явно спровоцированы настоящим приступом стенокардии.

Общее состояние больного значительно улучшилось. Приступов болей не было. Если иногда появлялось ощущение, что «вот начнется приступ», то приступа после этого не развивалось. К этим ощущениям он относится теперь совершенно спокойно. Начал снова работать. Говорит только, что «остается еще несколько неуверенным в себе и в своих силах».

В этом случае, очевидно, внезапное соматическое заболевание (приступ стенокардии), сопровождавшееся

болью и страхом, вызвало настолько сильное воздействие на нервную систему, что у больного начали появляться болезненные опасения и патологические ощущения уже явно невротического характера, испортился сон и появилась повышенная раздражительность. Приступы явно провоцировались психогенно и быстро явились причиной навязчивых мыслей. Интересно, что нитроглицерин, оборвавший первый приступ, уже не купировал этих состояний. Здесь, таким образом, отчетливо обнаружилась роль острого органического заболевания в качестве сверхсильного раздражителя для данной нервной системы, в результате чего и развилось тяжелое невротическое состояние.

Данное наблюдение может представить интерес и в другом отношении: внезапное острое сверхсильное раздражение подействовало на нервную систему, уже раньше чем-то ослабленную. Если каких-нибудь явных неблагоприятных уклонений в нервной деятельности у больного с детства не отмечалось, то, во всяком случае, следует учесть, что он еще до стенокардии перенес травму с временной потерей сознания, после которой и стал жаловаться на головные боли и ослабление памяти. Снова подтверждается то общее положение, что особенно легко при острых психических потрясениях срывается нервная система, уже чем-то ослабленная заранее.

Из других экстренно действующих жизненных впечатлений, способных приводить к невротическому срыву, часто встречается болезнь или потеря близких людей. Часто в анамнезе наших больных фигурируют тяжелые личные конфликты: измена мужа или жены, неразделенная любовь и т. п.

Наряду с такого рода острыми конфликтами, часто поводом для ослабления нервной системы или развития невроза являются длительные, хронические неблагоприятные переживания, связанные с условиями личной жизни и работы. Такова, например, длительная работа при неправильном режиме. Таковы также разного рода хронические заболевания, сильно травмирующие психику больного и нередко являющиеся почвой для невротических осложнений. Таковы и различные жизненные неудачи, которые, постепенно накапливаясь, несомненно, могут в значительной степени изменить высшую нервную

деятельность. При таком хроническом травмировании часто патогенетическую роль играет, наряду с перенапряжением раздражительного процесса, и описываемое ниже перенапряжение тормозного процесса, — больному все время приходится тормозить свои желания и несбывшиеся надежды.

Хорошим примером такого рода образования невроза была больная У., служившая конструктором на заводе и жаловавшаяся на периодические смены возбуждения и апатии, чувство беспредметной тревоги, потерю *libido*, невозможность «непосредственного восприятия музыки» и потерю сна. Больная, будучи от природы достаточно одаренной, много внимания уделяла с детства музыке и рисованию, была очень стеничной, стремилась получить от жизни как можно больше (хотела бы, как она говорит, «все книги прочесть»), но вынуждена была, благодаря очень тяжелым семейным условиям, с 14-летнего возраста бросить музыку и живопись и все свое время отдавать скучной и неинтересной работе. Постепенно у нее, под влиянием целого ряда жизненных неудач, развились тяжелые невротические симптомы. И. П. Павлов обсуждал эту больную на одной из своих клинических сред (20/II 1935 г.). Между прочим, здесь, как и во многих других случаях, патогенетический механизм оказался более сложным, чем это казалось с первого раза: больная была плохо упитана, у нее имелся *botriocerphalus latus* и бывали какие-то (подробно не выясненные) ночные припадки.

Очень интересно, что всевозможные сверхсильные раздражения, вызывающие неврозы, часто относятся к детскому возрасту, причем нам, взрослым, нередко эти детские переживания вовсе не кажутся такими тяжелыми и непереносимыми.

Так, наблюдавшийся нами больной С., с рядом болезненных сомнений, периодическими состояниями непонятной тревоги и тоски и навязчивыми страхами, начало своих нервных переживаний относил к детству, причем он особенно вспоминал, что двое его старших братьев отгоняли его, когда он им мешал играть, и называли его чертом. Он тогда много страдал, плакал и начал думать: «А может быть я на самом деле черт!»

В других случаях эти детские травмы могут быть более значительными. Так, очень тяжелой детской травмой для одного нашего больного было то, что в детстве ему сказали, что он, как говорили тогда (это было до революции), «незаконнорожденный»; после этого он начал избегать людей, сделался застенчивым и стеснительным; в дальнейшем у этого больного выработалась очень типичная психастения.

Эти возможные детские травмы крайне разнообразны. Помимо острых отрицательных переживаний, вызывающих нервные срывы по типу патологических реакций, в детстве часто имеют место длительные, мелкие, накапливающиеся травмирующие ситуации, связанные с различными неблагоприятными особенностями данной семьи. Сюда относятся такие моменты, как семейные ссоры, развод родителей, алкоголизм отца. Т. П. Симсон (1958) указывал, что одним из нередких поводов для развития детской нервности является рождение в семье второго ребенка, которому неосторожно начинают (слишком демонстративно) отдавать все свое внимание. Л. Б. Гаккель (1960) отмечает как одну из нередких причин детских неврозов, неодинаковое отношение к ребенку обоих родителей, из которых один обнаруживает большую любовь и привязанность к ребенку, а другой относится к нему слишком сдержанно и холодно. Давно уже указывалось, что чрезмерная избалованность детей (особенно единственных) в семье также в значительной степени может способствовать происхождению нервных срывов. Ряд психических травм детского возраста связывается также с возможными неблагоприятными сторонами работы в школе (перенапряжение школьными заданиями, боязнь за возможное невыполнение работы, иногда ненормальное отношение в школьном коллективе и т. п.).

Особенно вредно действует на развитие нервной системы наличие в семье тяжелых невротиков, которые, создавая уродливое воспитание своих детей, тем самым культивируют у них развитие патологических особенностей нервной системы.

В этом отношении очень характерным представляется следующее наблюдение, которое позволим себе привести более подробно.

Это была 40-летняя больная О., служащая в строительной конторе, которая поступила в клинику с жалобами на произвольное отхождение газов, а также на периодически появляющиеся у нее боли в крестце и позвоночнике.

Она говорила, что больна в течение 11 лет. Дальнейшее изучение ее анамнеза выяснило, однако, что начало ее заболевания отодвигается к значительно более отдаленному прошлому.

Она росла в очень тяжелой семейной обстановке. Отец, человек очень нервный и раздражительный, пил и в конце концов оставил семью. Мать была, несомненно, личностью патологической. Помимо того, что она также отличалась крайней нервностью, она болезненно (по-видимому, по типу навязчивых опасений) относилась к действиям кишечника, в связи с чем дала своей дочери уродливое воспитание. Так, она постоянно предостерегала дочь от грубой пищи, не позволяла ей есть черный хлеб, а перед тем, как девочке предстояло идти в гости, совсем не разрешала ей есть, чтобы у нее случайно в обществе не произошло произвольного отхождения газов, и даже уже взрослой девушке советовала в аналогичных ситуациях лучше предварительно поставить себе клизму.

В отношении основных показателей нервной системы О. может быть причислена к сильному и уравновешенному типу. В детстве она была спокойной, сдержанной, несколько застенчивой. Она много читала, хорошо училась. Хотела стать пианисткой, но при игре на рояле у нее делались судороги в руках, так что музыку ей пришлось оставить. Окончила с отличием вуз. Она трудолюбива и трудоспособна, и хотя ведет несколько замкнутый образ жизни, тем не менее достаточно решительна и энергична. Мелкая бытовая навязчивость (кроме ее ведущего симптома) ей не свойственна. Она достаточно контактна. Собою владеет, окружающие «нервной» ее не считают и относятся к ней хорошо и вполне доброжелательно. Единственное, что можно отметить в ее нервной системе, это несколько повышенная эмоциональная лабильность и фиксация внимания на различных ощущениях из внутренних органов. Что же касается патологического пункта, который был ей внушен, а затем зафик-



сирован ее матерью, то он доставлял ей все время громадные жизненные затруднения.

Так, ей уже давно как-то показалось, что у нее непроизвольно отошли газы и она на это очень тяжело реагировала — перестала есть черный хлеб и другую «грубую пищу» и ежедневно делала себе клизмы. Иногда она догадывалась об отхождении газов по каким-нибудь другим косвенным признакам: кто-то из окружающих покраснел, кто-то что-нибудь сказал и т. п. При этом интересно, что самого отхождения газов больная не ощущает, а чувствует только перед тем какой-то «комочек» в низу живота; если же она не ощущает после этого никакого запаха, то это она объясняет тем, что у нее «насморк». Она испытывает постоянный страх перед этим симптомом и применяет ряд мер, чтобы его предотвратить. Так, она ест только вечером, по возвращении с работы, и только определенные виды пищи, работает часто стоя, а не сидя, старается как можно меньше быть на людях. С утра она уже начинает волноваться при мысли о том, что ей надо идти в контору.

Она пробовала лечиться. В одном психоневрологическом учреждении ей применяли электризацию — без всякого результата. Другой раз она проводила лечение гипнозом, после чего некоторое время чувствовала себя лучше. Не обошлось и без некоторой иатрогении: так, в одном терапевтическом стационаре ей был поставлен диагноз: «дискинезия кишечника со спастическими явлениями».

Между прочим, родственники и окружающие полностью отрицали, что у нее на самом деле когда-нибудь происходило непроизвольное отхождение газов.

Все попытки убедить больную в том, что факт отхождения газов на самом деле не имеет места, а имеется лишь навязчивый страх этого, ею отвергается. Впрочем, она согласилась с тем, что страдает не столько от самого отхождения газов, сколько от страха перед этим, и охотно соглашается лечиться.

При исследовании в клинике каких-либо аномалий со стороны внутренних органов выявлено не было, за исключением некоторой гиперестезии кожи на спине и небольшого дрожания рук.

В клинике больная чувствовала себя значительно лучше. После объяснения большой происхождения ее

жалоб и проведенного лечения удлинённым сном, она начала чувствовать себя значительно лучше и выписалась из клиники в бодром состоянии и с уверенностью, что ее заболевание на этот раз поддастся лечению. Через некоторое время после выписки она показалась снова, уже в лучшем состоянии, заявляя, что теперь она уже знает, что дело здесь в одном только страхе и что она относится теперь к своей навязчивости с достаточной критикой.

Мы видим на этом примере, к чему может привести уродливое воспитание, в котором систематически проводится тренировка и культ болезненного симптома. Интересно подчеркнуть, что такое неблагоприятное воспитание может вызвать тяжелый невроз даже у представителя относительно хорошо уравновешенной нервной системы, — наша больная, за исключением некоторой инертности нервных процессов и повышенной эмоциональности, во всех других отношениях принадлежит к достаточно сильному и уравновешенному типу нервной системы. Это последнее обстоятельство и заставляло нас, несмотря на длительность и тяжесть невроза, все же считать, что в данном случае прогноз в основном благоприятен.

Таковы те многочисленные конкретные варианты, в которых этиология неврозов может быть сведена к различным видам перенапряжения раздражительного процесса.

\* \*  
\*

Следующая группа этиологических моментов характеризуется перенапряжением тормозного процесса. Проследивая анамнез наших больных, мы нередко в состоянии обнаружить длительно переживаемые в прошлом отрицательно окрашенные эмоции, связанные именно с перенапряжением тормозного процесса. В этих случаях больные должны были (большей частью в течение длительного времени) себя сдерживать и стремиться не проявлять своих мыслей, желаний и чувств. При этом необходимо иметь в виду, что «задержать эмоции» (как принято иногда выражаться), конечно, невозможно (П. К. Анохин, 1956). Во многих подобных случаях тормозится только двигательный компонент сложной пове-

денческой реакции, а ее вегетативный компонент сохраняется, причем в вегетативном отделе нервной системы могут образовываться состояния застойного возбуждения.

Чаще всего необходимость длительно тормозить проявление своих чувств касается бытовых, семейных условий, когда, например, необходимо с любезным видом переносить постоянное присутствие неприятных членов семьи или даже им внешне подчиняться. Всюду в таких случаях больному приходится постоянно говорить и делать не то, что ему бы хотелось: делать вид, что он не замечает ни ложности своего положения, ни мелких ежедневных уколов самолюбия, которые ему приходится переносить, ни обидного невнимания к себе со стороны окружающих и т. п. Все это ведет к длительному перенапряжению тормозного процесса. Сюда же относятся такие жизненные конфликты, как необходимость по тем или иным причинам строить жизнь с нелюбимым человеком, стремление к любимому человеку, которое почему-либо не может быть реализовано; «неудачные» дети, потеря положения главы семьи и мн. др.

В других случаях невротизацию вызывает постоянно сдерживаемое отрицательное отношение к своей профессии, если она не отвечает потребностям и вкусам больного.

Нами наблюдался больной, выросший в деревне и страстно любивший природу, которому, по ряду личных условий его жизни, пришлось жить в большом городе и исполнять очень неинтересную работу на одном заводе. Он прямо говорил: «Ненавижу свою профессию», — и каждое утро, уже подходя к зданию, где он служил, испытывал чувство отвращения. При этом ему, естественно, приходилось скрывать от окружающих это отрицательное отношение. Такое длительное перенапряжение тормозного процесса сыграло, очевидно, определенную роль в происхождении его невроза.

Такого рода ситуация, когда жизненные условия заставляют человека стойко затормозить свои планы, тенденции, желания или мечты, встречаются, конечно, особенно часто в капиталистических странах, где люди страдают от классового или расового неравенства и от постоянных социально-политических притеснений. Однако в малой степени подобные жизненные конфликты могут

встречаться и у нас, вроде той больной О., о которой речь шла выше (см. стр. 48).

Мы наблюдали больную, выросшую в очень тяжелой домашней атмосфере, где систематически тормозилось и изгонялось проявление какой-либо сексуальности, что заставило ее и в дальнейшей своей жизни патологически стыдиться всякого проявления сексуальных влечений, хотя ее и преследовали сновидения эротического содержания; самая мысль о браке казалась ей «невозможной»; тормозить свои влечения пришлось ей, однако, еще и в другом отношении: она мечтала о дальнейшей учебе и литературной работе, но мечты эти не могли осуществиться; все это кончилось развитием невроза с появлением приступов удушья и страха.

Из различных причин, вызывающих перенапряжение тормозного процесса, определенное значение может иметь практика «прерванных» половых сношений (т. наз. *coitus interruptus*). И. П. Павлов указывал на то, что такого рода «прерванные» сношения могут оказывать большой вред для нервной системы.

Интересно, что в анамнезе больных неврозами эти мелкие, затяжные конфликты играют роль не меньшую, чем внезапное большое горе. Приходится часто поражаться тому, как тяжелая реакция (например, боль в связи со смертью близкого человека) в конце концов проходит, в то время как мелкие семейные ссоры и конфликты переносятся гораздо хуже.

Неврозы на почве перенапряжения тормозного процесса особенно легко развиваются у людей, у которых тормозной процесс вообще оказывается слабым, т. е. у представителей неуравновешенного типа. При этом у людей такого типа и в самом проявлении невроза могут иногда на первый план выступать симптомы резкого возбуждения. Интересную иллюстрацию такого рода приводит К. И. Платонов (1954).

В его наблюдении тяжелое экстренное заболевание развилось у 32-летней женщины, которая вдруг (в то время как в ее семье готовились к встрече приглашенных гостей) сорвала со стола скатерть вместе со всей сервировкой, начала все топтать ногами, кричать и рвать на себе одежду. Доставленная в поликлинику, она ничего не узнавала, плакала и повторяла: «Что я наделала!»

Выяснилось, что у нее перед тем назревал длительный конфликт со свекровью, причем больная ощущала, что свекровь каждое ее действие расценивала, как «сделанное не так». Больная должна была постоянно себя сдерживать и много плакала, но мужу об этом не говорила из боязни его расстроить. Перед самым срывом больная накрывала на стол, причем свекровь смотрела на это с явным неодобрением, когда же больная закончила убирать стол, свекровь подошла и молча начала передвигать все на другие места. Этого выдержать больная уже не могла. Что с ней было дальше, она не помнит.

Здесь совершенно отчетливую роль травмирующего фактора сыграла необходимость длительно себя тормозить. Интересно, что и нервный срыв пошел здесь как раз по линии резко расторможенного поведения.

Что касается перенапряжения подвижности первых процессов, лежащего в основе происхождения невротических расстройств, то на это обращено было внимание значительно позже, чем на первые два механизма, хотя этот патогенетический механизм следует признать очень нередким.

Имеются основания считать, что очень высокая подвижность нервных процессов развивается в филогенезе относительно поздно, а, стало быть, как свойство нервной системы сравнительно молодое, она может обладать значительной неустойчивостью. Действительно, уже в общей типологии мы видели большое значение вариаций в отношении подвижности — инертности нервных процессов.

Перенапряжение подвижности может лежать в основе различных конкретных причин образования неврозов.

Одна из этих причин близко воспроизводит рассмотренный выше механизм «сшибки», когда в коре больших полушарий непосредственно сталкиваются противоположные процессы. Одновременно существуют положительно и отрицательно окрашенные сложные комплексы поведения, причем ни один не в состоянии вытеснить другого. Процессы раздражения и торможения встречаются, так сказать, непосредственно, в применении к одному и тому же действию. В то время как в норме один из двух комплексов быстро тормозит комплекс, противоположный по принципу отрицательной индукции, при недостаточной подвижности нервных процессов оба комплекса могут

существовать одновременно, что неизбежно должно приводить к появлению патологического состояния, подобно тому, как это было показано при экспериментальных невротозах П. К. Анохиным.

Эти взаимно противоположные, но не уничтожающие одна другую, тенденции, действительно, можно обнаружить в основе некоторых невротозов человека. Такие противоположно окрашенные тенденции удается обнаружить, например, в связи с половым влечением. Следующее очень характерное наблюдение из клиники невротозов И. П. Павлова приводим более подробно.

34-летняя больная Л. жаловалась на то, что за последнее время она начала испытывать угнетенное общее состояние, раздражительность и ощущение, как будто она «потеряла равновесие», «потеряла сама себя». Она жаловалась, кроме того, на головные боли, несколько напоминающие мигрени, и иногда бывавшие с ней обмороки. Иногда у нее возникали навязчивые повторения в уме отдельных мыслей или фраз, например теорем (больная училась в вузе). Больная быстрая, живая, активная. Одно время у нее был несколько ослаблен тормозной процесс, но затем она научилась нормально сдерживать свое поведение. В отношении силы нервных процессов она скорее должна быть причислена к сильному типу. В новой обстановке она ориентировалась быстро.

История ее жизни сводится к следующему.

Больная выросла в религиозной семье. Отец отличался суровым нравом и наказывал девочку плеткой до 16 лет. Мать, очень нервная и мнительная, тоже нередко била девочку (наперстком по голове). В наказание за мелкие провинности девочку заставляли столько-то раз прочитывать молитву, и она научилась делать это очень быстро. С детства она была активной, хотела делать все лучше других, особенно хотела быть лучше своего брата. Поведение было несколько мальчишеское. Когда наступила половая зрелость, была очень огорчена, что превратилась из «мальчишки» в «девочку» и упрекала за это бога. Когда ей было 16 лет, пришлось бросить учение и начать работать. Уже скоро за ней начали усиленно ухаживать сослуживцы. Образовавшуюся было связь она оборвала быстро, так как она оставалась фригидной, кроме того, ее сожитель начал требовать от нее подчинения, а она всегда хотела быть самостоятельной.

Существенным переломом в ее биографии было то, что при следующей случайной связи она впервые пережила оргазм и это повлияло на все ее дальнейшее поведение. По настоянию своего сожителя она с ним зарегистрировалась, уехала с ним в деревню и на долгое время подчинилась его влиянию, хотя муж был малокультурным и значительно старше ее по возрасту, бил ее и заставлял выполнять тяжелую физическую работу. После 10-летнего брака они в конце концов разошлись; она уезжает в Ленинград, где начинает работать и учиться. Теперь она, наконец, «добилась полной самостоятельности» и ведет интересную работу, но одновременно начала проявляться тяжелая двойственность в ее жизненных установках: с одной стороны, у нее бывала очень сильная потребность в половой жизни, с другой стороны, всякая половая связь сейчас же ассоциировалась с подчинением и потерей самостоятельности, а она после своей неудачной жизни начала болезненно бояться всякого деспотизма. В конце концов она решила окончательно отказаться от всякой сексуальной жизни, — тут-то и начали развиваться все ее невротические жалобы.

История этой больной очень поучительна. Мы видим здесь характерное столкновение двух сложных комплексов — стремления к половому удовлетворению и стремления к самостоятельности и независимости, — которые оказались, благодаря неудачным особенностям жизни больной, противоречащими друг другу. Ни одно из этих стремлений не могло подавить противоположное, и получалось хроническое состояние сшибки, когда постоянно сталкивалась положительная и отрицательная эмоциональная окраска ее сексуальности. В основе всего болезненного синдрома лежало, очевидно, состояние недостаточной подвижности, необходимой для того, чтобы какой-нибудь динамический комплекс мог, по механизму отрицательной индукции, быстро затормозить комплекс противоположный. Интересно, что такой длительной сшибки не могла выдержать в остальном достаточно сильная нервная система нашей больной.

Что причина невроза в виде сшибки противоположных тенденций в области сексуальной жизни отнюдь не является столь исключительным явлением, хорошо видно на примере несколько сходного наблюдения, описанного

Е. К. Яковлевой (1958) в ее монографии о неврозе навязчивых состояний.

27-летняя женщина страдала навязчивой боязнью острых предметов, которые могли бы случайно попасть в кроватку ее ребенка. Эта фобия развилась на фоне длительно существовавшего конфликта: больная была замужем за человеком очень грубым и нетактичным, у которого были узко меркантильные интересы, в то время как она, наоборот, стремилась к дальнейшему учению и мечтала об аспирантуре. Ей следовало, конечно, разойтись с мужем, но ее привязывало к нему чисто половое влечение. Она приняла твердое решение окончательно порвать с мужем, но в то же время не могла в себе подавить все растущее к нему сексуальное влечение, что (по ее словам) унижало ее в ее же собственных глазах. Больная была подробно исследована типологически, причем выяснилось, что она должна быть отнесена к типу слабому, но несколько неуравновешенному. Интересно подчеркнуть, что путем настойчивой психотерапии Е. К. Яковлева смогла добиться у этой больной полного выздоровления.

Столкновение противоположно окрашенных тенденций может иметь место, конечно, не только в области полового влечения, а и в ряде других форм человеческого поведения.

Очень своеобразное развитие невротического срыва может идти далее через экстренное изменение привычного стереотипа. Имеются основания думать, что этот тип образования невроза свойствен по преимуществу людям, и в других отношениях обнаруживающим недостатки подвижности нервных процессов.

Как пример развития невроза на почве экстренного нарушения стереотипа, приведем данные о двух наблюдавшихся нами больных, у которых внезапный переход на новый стереотип послужил прямым поводом для развития невроза. В одном случае дело шло о девочке, перешедшей в другую школу, к которой она никак не могла привыкнуть, в результате чего образовался настолько тяжелый срыв, что ей стало трудно учиться, и педагоги заподозрили у нее умственную отсталость. В другом случае 1½-годовалая девочка, помещенная в образцовый детский интернат, перестала играть, бегать, а затем и говорить, и только вернувшись в при-



вычную домашнюю обстановку, снова стала вести себя, как и раньше, до этого срыва.

Д. М. Гастев опубликовал два наблюдения, где поводом для первого срыва послужило внезапное изменение стереотипа у молодых людей.

Перемена профессии или переезд в новый город могут также в некоторых случаях давать повод для нервного срыва. Большею частью в этих случаях дело идет о больных, уже ранее обнаруживавших те или другие черты невроза.

Такова была, например, одна из наших больных, С., в общем довольно веселая, жизнерадостная и общительная особа. Однако уже в детстве у нее бывали некоторые навязчивости. Так, еще в возрасте 8 лет у нее вдруг ночью появлялась мысль, что нужно прибрать кое-что в своем комодке, она гнала эту мысль, но в конце концов должна была ей уступать. Она стала своеобразно приспособляться к этой своей особенности и уже с вечера старательно приводила в порядок те вещи, которые потом, ночью, могли сделаться предметом навязчивости. Со временем появились и другие навязчивые состояния. Так, в возрасте 18 лет она испытывала потребность в тот момент, когда стенные часы уже начали «шншеть», но еще не начали бить, непременно как-нибудь переменить свою позу. Выйдя замуж, она уехала из города Н. в город Х., гораздо более крупный и культурный. Тем не менее она пережила там тяжелую невротическую вспышку и говорила мужу: «Ты понимаешь, мне там дорог каждый камушек». Это прошло только после того, как она, несколько привыкнув к городу Х., снова побывала в Н. и убедилась, что там «ничего хорошего нет». В конце концов она к городу Х. привыкла, но 2 года назад она приехала под Ленинград, и здесь снова чувствует себя очень плохо, — «ее гнетет тишина Гатчинского парка». Кроме того, она долго боялась рака пищевода, а теперь боится менингита, так как кто-то ей сказал, что бывают долго длящиеся «скрытые формы» менингита».

Мы видим на этом примере, что экстренно измененный стереотип оказался сверхсильным раздражителем как раз у человека, нервная система которого уже раньше обнаруживала черты чрезмерной инертности.

Люди, отличающиеся инертностью нервных процессов, очень легко привыкают к определенному жизненному стереотипу и экстренные его изменения переносятся ими с трудом. Очень характерно это проявляется, например, в фиксированном режиме сна и бодрствования. Известно, что люди, работающие в ночную смену, иногда и во время своих свободных дней предпочитают спать днем и работать ночью.

Интересно, что нарушения сна, вызванные зафиксированным стереотипом, могут быть настолько значительными, что даже приводят иногда к ошибочному диагнозу нарколепсии, как это имело место, например, в отношении одного наблюдавшегося нами больного (см. ниже, стр. 64).

Очень частой причиной срыва подвижности нервных процессов является разорванный темп работы и жизни, требующий постоянного экстренного переключения внимания в совершенно различных неожиданных направлениях. Это те виды работ, которые нельзя распланировать заранее, когда все время вмешиваются самые разнообразные изменения плана и т. п. Несколько телефонов на рабочем столе, которые иногда одновременно звонят, требуют, конечно, подвижности нервных процессов совершенно исключительной. Этот вредный момент тем более важен, что вред обычно не осознается. Экстренное, особенно искусственное переключение внимания переносится всегда трудно, даже людьми с подвижностью сравнительно удовлетворительной, и это каждый из нас знает, вероятно, по собственному ежедневному опыту.

Длительное перенапряжение подвижности нервных процессов, несомненно, может лежать в основе невроза. Хуже всего, конечно, когда к профессиональному постоянному переключению внимания присоединяется еще элемент спешки, необходимости уложить свою работу в какое-то очень ограниченное время («экзаменационная неврастения» прежних авторов).

\* \* \*

\*

Выше мы перечислили наиболее существенные механизмы нервного срыва в патологии человека. Они могут идти (как и при экспериментальных неврозах) в суц-

ности всегда по одному из трех путей: или перенапряжения раздражительного процесса, или перенапряжения тормозного процесса, или перенапряжения подвижности нервных процессов. Следует, однако, иметь в виду, что очень часто в этиологии какого-либо невроза мы можем видеть сочетание нескольких из этих механизмов, как было, например, у описанной выше больной О.

Интересно, что среди рассмотренных нами этиологических факторов образования неврозов совершенно не фигурирует «усиленный умственный труд», когда-то считавшийся одной из основных причин неврастения. Для нас теперь стало совершенно ясным, что сам по себе умственный труд, как и все остальные виды труда, никакого вреда в себе не заключает, а вредным может быть лишь труд в условиях неправильного режима. Спокойная интересная работа, даже наиболее квалифицированная, какова, например, работа писателя, художника или ученого, не может быть вредной. Конечно, после всякой очень большой умственной работы испытывается чувство утомления или усталости. Но это вовсе не болезненное проявление. Это — лишь биологически крайне полезный сигнал, свидетельствующий о том, что пора отдохнуть. И если человек ведет правильный образ жизни, достаточно спит, работает регулярно и ясно чувствует смысл своей работы, то никакого невроза утомления это никогда не вызовет. Если же он ослабляет свою нервную систему хроническим недосыпанием, или усиленным курением, или отсутствием движений на свежем воздухе, или всевозможными другими неправильностями режима своей жизни (в том числе и своего рабочего режима) и в результате этого его нервная система начинает сдавать, то квалифицировать все это, как последствия умственного утомления было бы, конечно, логической ошибкой. Не умственное утомление само по себе, точно так же, как не тот или иной вид труда сам по себе, а лишь неправильно организованный труд вреден для нервной системы.

В связи с этим следует указать и на другую ошибку, еще недавно очень распространенную среди врачей. Поскольку умственный труд считался истощающим нервную систему, рекомендовали больным неврозом использовать отдых в смысле полного ничегонеделания, что, конечно, было большой ошибкой. Мы теперь хорошо

знаем, что полное безделье всегда вредно для нервной системы, и считаем, что правильная организация времяпрепровождения в течение отдыха должна также входить в задачи врача. Невролог из ГДР Леонхард (Leonhard, 1960) совершенно правильно обратил недавно внимание на то, как часто источником развития невротических реакций может быть переход пожилых людей на инвалидность в том случае, если их время ничем не занято и у них не остается ничего, что могло бы заполнять их жизнь определенным смыслом и содержанием.



Все вышеперечисленные вредные моменты в состоянии приводить к срыву высшей нервной деятельности, однако к этому часто присоединяются и некоторые добавочные патогенетические механизмы.

Было обращено внимание на то, что сравнительно нередко невротические симптомы начинают проявляться не непосредственно после воздействия травмирующего раздражителя, а только через какой-то срок. Это так называемые «отставленные неврозы». Такого рода позднее возникновение невротических расстройств, по-видимому, может иметь различное происхождение.

Одним из объяснений (Л. Б. Гаккель) является приложение к этим фактам вышензложенной концепции П. С. Купалова об инертности процесса торможения: при окончании раздражительного процесса (окончание вредно действующей ситуации) тормозной процесс не может столь же быстро измениться, а продолжается еще некоторое время, вследствие чего именно в этот период и возникает патологическое нарушение высшей нервной деятельности.

Существует, однако, и другое объяснение аналогичных фактов. Оно исходит из того, что все патологические нервные связи могут тормозиться при высоком и, наоборот, усиливаться при низком тоне всей остальной мозговой коры. Закономерности отрицательной и положительной индукции лежат, по-видимому, в основе этих явлений. Так, какой-нибудь изолированный, «больной» корковой пункт оказывается угнетенным при активном, бодром состоянии коры и, наоборот, гораздо

сильнее дает себя знать при полусонном усталом состоянии. Вспомним, как постоянное нервное напряжение и опасность, которую переживали жители Ленинграда во время блокады, содействовали нередко временной ликвидации у них всякого рода навязчивых состояний. Неудивительно, что после такой высокой активности коры (т. е. уже после того, как опасная ситуация минула) может проявиться невротическое состояние, вызванное этой ситуацией.

Как пример можно привести тяжелый нервный срыв у женщины, которой приходилось очень волноваться во время опасной болезни мужа и при этом все время быть исключительно активной и стараться держаться бодро, ни в чем не выдавая своего волнения, — и только, когда муж выздоровел, опасность прекратилась, и исчез повод для такой большой корковой активности, проявились «запоздалые» симптомы невроза.

В другом случае мы наблюдали мать, потерявшую своего сына при отступлении во время войны. Она вслед за этим развила в течение длительного времени организованную и очень большую энергию в его поисках и в конце концов его нашла, — и вот тут-то она начала испытывать навязчивый страх, что мальчик потеряется, не могла спокойно спать и должна была много раз за ночь потрогать его рукой на соседней кровати, чтобы убедиться, что ребенок на месте.

Существует, однако, и еще один вид «отставленных неврозов», когда травмирующее обстоятельство прошло как бы без последствий, и никакого невроза не вызвало вследствие того, что нервная система в это время была достаточно тонизирована, а спустя некоторое время она под влиянием какой-нибудь случайной причины ослабела, и тут-то и развилась невротическая реакция, причем содержание этой реакции определенно указывает на старую психическую травму.

Как пример такого запоздалого невроза, можно привести одно наше наблюдение над больным, у которого после перенесенного двухволнового менинго-энцефалита возникли тяжелые невротические проявления, причем ведущим в болезненных переживаниях были представления о трупах убитых людей. Эти трупы он на самом деле видел очень близко во время войны, но тогда это никакой болезненной реакции у него не вызвало.

Это влияние высокого тонуса всей мозговой коры или большой нервно-психической активности, в значительной степени препятствующей невротическим срывам, может быть проиллюстрировано и на примере того, с какой различной степенью легкости развиваются неврозы у разных лиц. Человек, занятый интересной, увлекательной работой, обладающий широкими общественными и научными интересами, конечно, очень тяжело перенесет такие жизненные потрясения, как, например, смерть близкого человека, но это будет нормальное человеческое горе, которое не перерастет у него в патологический невроз.

Следует иметь в виду, что помимо общего снижения тонуса коры, существует немало других причин, повышающих ранимость центральной нервной системы и способствующих образованию невроза, которые постоянно необходимо учитывать, изучая этиологию патологического процесса у наших больных.

Как известно, при изучении экспериментальных неврозов удавалось обнаружить ряд экстрацеребральных процессов, которые могут резко способствовать происхождению невротических срывов. Точно то же самое мы встречаем и в клинике человека. При ослаблении организма нервные срывы наступают легче. Экстренный срыв высшей нервной деятельности может непосредственно следовать за периодом какой-либо истощающей болезни, травмы, инфекции или интоксикации. Такое развитие неврозов, идущих по общему типу, но совпадающее с временным ослаблением нервной системы в связи с каким-либо интеркуррентным заболеванием, приходится встречать нередко.

Так, одна из наших больных с тяжелыми явлениями навязчивости относит свое заболевание к периоду, когда она перенесла операцию аппендицита, после чего ей пришлось пролежать 4 месяца (тромбофлебит глубоких вен правой ноги, язвы на обеих голени) и потом еще долго долечиваться на курорте. Другая наша больная, стареющая, некрасивая девушка, оказавшаяся банкротом в своей личной жизни, кое-как еще держалась, пока она не заболела паратифом с последующими многочисленными осложнениями, заставившими ее несколько месяцев провести в тяжелом состоянии в больнице, после чего она обнаружила настолько невротическую

реакцию, с быстрой истощаемостью активных движений, что одно время серьезно обсуждалась возможность наличия у нее миастении. Еще у одной больной тяжелые навязчивые мысли и приступы страха («как будто я одна во всем мире», страх «сойти с ума») возникли, когда она впервые вышла из дома после 4-месячного лежания в постели по поводу суставного ревматизма. Другая больная, переживавшая длительный конфликт с мужем, заболела непосредственно после родов. В одном случае тяжелый нервный срыв случился у больного, длительное время работавшего с отравляющими веществами. Сюда же относится, конечно, и упомянутое выше наблюдение, когда «отставленный невроз» обнаружился после перенесенного двухволнового менингоэнцефалита.

И наконец, я не могу не указать здесь на чрезвычайно вредное влияние длительного недосыпания, резко снижающего выносливость нервной системы.

В таких данных нет, конечно, ничего непонятного: нервная система чем-то ослаблена, и те самые раздражители, которые до заболевания еще кое-как переносились, теперь уже выноситься не могут, вызывая типичные нервные срывы.

Есть, по-видимому, и еще один своеобразный патологический механизм, способствующий ослаблению центральной нервной системы. Это — длительная патологическая импульсация, поступающая в кору мозга из каких-либо экстрацеребральных патологических очагов. В таких случаях симптомы невроза, будучи очень упорными в отношении различных терапевтических попыток, могут быстро проходить при ликвидации болезненного очага. Такие наблюдения приводит Е. А. Попов (1954). В 3-м выпуске моих «Клинических лекций... (1957) приводятся аналогичные наблюдения. Констатация таких сочетаний лишней раз подтверждает то правило, что при лечении какого-нибудь нервного процесса необходимо всегда самым тщательным образом исследовать весь организм больного и добиться ликвидации всех сопутствующих болезненных процессов.

Следует иметь в виду, что механизм образования невроза, т. е. механизм чисто психогенный, может наслаиваться не только на экстрацеребральные патологические процессы, но и на органические дефекты самого

головного мозга. Мы видели немало примеров такого рода, изучая во время войны неврозы, связанные с травмой. В нижеприводимом примере речь идет о такого рода сосуществовании органических и невротических изменений. Органический компонент выражался здесь в том, что в прошлом больной перенес контузию с потерей сознания, а на рентгенограмме черепа обнаружены были последствия старого кровоизлияния; невротический же компонент выражался в очень характерных расстройствах сна, явно связанных с образовавшимся в свое время необычным стереотипом в режиме бодрствования и сна.

Это был больной С., 41 года, поступивший в 1960 г. в клинику с диагнозом «нарколепсия», с жалобами на повышенную потребность в сне и на постоянную сонливость в течение дня. Кроме этих жалоб, больной отмечал снижение памяти, головные боли, снижение потенции и периодические сердцебиения, сопровождающиеся приливом крови к лицу.

Из его анамнеза выясняется, что впервые такую патологическую сонливость днем он начал замечать у себя еще 17 лет тому назад, в 1943 г., когда он, находясь на военной службе, был послан на военные курсы; в 1945 г., когда он учился в вузе, он засыпал на лекциях; последние 5 лет он начал засыпать днем, на работе, за столом, иногда даже во время разговора; после того как он поспит минут 10, часа на 2 он чувствует себя бодрым, но потом сонливость появляется снова. Чтобы хорошо чувствовать себя вторую половину дня, больной должен поспать днем часа 2. Сонливость появляется у него обычно в монотонной обстановке; возникает она не внезапно, как при нарколепсии, а накапливается постепенно, причем он долго борется со сном и при этом усиленно зеваает. Ничего похожего на катаплексию у него никогда не было.

Из более подробного анамнеза выяснилась одна интересная деталь: оказывается, начиная с 1941 г., больной, будучи на передовой линии, систематически бодрствовал ночью и спал днем; когда же восстанавливался нормальный режим дня (на курсах в военное время и после окончания войны) появлялась дневная сонливость. Кроме того, он сообщил, что в 1941 г. перенес легкую контузию с кратковременной потерей сознания.



При исследовании в клинике было обнаружено только равномерное оживление рефлексов и вазомоторная лабильность, на рентгеновских же снимках определен был поверхностный очаг обызвествления размерами  $1 \times 2$  см, расположенный в области задних отделов правой теменной доли. Со стороны внутренних органов и обычных лабораторных анализов какой-либо патологии обнаружено не было.

В клинике больной получал следующее лечение: амитал-натрий на ночь, анодгальванизация по Бургиньону, сеансы общей фарадизации и лечебная физкультура. Состояние его заметно улучшилось, и иногда он мог не спать даже в течение тихого часа. Он выписан был с диагнозом псевдонарколепсии невротического происхождения.

Очевидно, нарушения сна у этого больного были связаны с необычным стереотипом суточного режима бодрствования и сна, выработавшимся в трудных условиях военного времени. Кстати, и самая клиника синдрома заставляла несколько насторожиться в отношении предполагавшегося диагноза нарколепсии: здесь не было никогда приступов катаплексии, дневной сон мог быть достаточно продолжительным, а главное, ему предшествовала длительная сонливость, в течение которой больной всячески боролся со сном, — нарколептики, как известно, засыпают большей частью внезапно. Таким образом, приходилось думать о неврозе вследствие нарушения стереотипа. В то же время выяснилось, что этот невроз развился на фоне заведомо органического поражения мозга травматического происхождения. Очень вероятно, что именно это травматическое повреждение послужило причиной ослабления нервной системы, для которой сделались уже невыносимыми изменения стереотипа, легко компенсируемые здоровой нервной системой.

Обсуждение таких комбинированных органоневротических сочетаний приводит нас к следующей очень сложной этиологической проблеме, аналогичной той, которая уже ставилась в отношении экспериментальных неврозов животных, — следует ли строго различать неврозы человека от также динамических изменений высшей нервной деятельности, зависящих, однако, не от причин психогенного характера, а от непосредственного влияния на нервную систему

какой-либо интоксикации или инфекции? Вопрос этот оказывается тем более сложным, что развивающиеся болезненные симптомы могут действительно походить на симптомы невроза. Так, неврозоподобные симптомы отравления этилированным бензином могут несколько напоминать проявления истерии, а насильственные состояния при эпидемическом энцефалите могут отдаленно походить на навязчивые состояния при неврозах. Вся эта проблема рассматривается в настоящее время различными неврологами по-разному. Одни авторы (К. И. Платонов) считают возможным делить все неврозы на психогенные и соматические. А. Г. Иванов-Смоленский считает, что все неврозы могут быть разделены на три различных категории: развивающиеся в результате преимущественно функционально-нервной (психической) травматизации; развивающиеся в связи с соматическим заболеванием и наиболее частые — неврозы, являющиеся результатом совокупного действия обоих патогенетических механизмов. Другие авторы считают, что к неврозам должны относиться только заболевания, вызванные психогенными причинами, соматические же нарушения высшей нервной деятельности заслуживают выделения в принципиально особую группу. Я стою также на этой последней точке зрения. Однако нельзя не признать, что дифференциальная диагностика между теми и другими состояниями может в практической деятельности врача представлять действительно большие затруднения. Это — проблема, окончательное разрешение которой относится еще к будущему.

Последний вопрос, которого необходимо коснуться в разделе об этиологии неврозов человека, касается генетики неврозов.

Мы видели, что в происхождении невроза переплетаются самые различные этиологические моменты, в частности всевозможные житейские, средовые вредности и особенности типа нервной системы, а эти последние являются в свою очередь результатом особенностей как приобретенных, так и врожденных. Таким образом, в какой-то мере врожденные и, вероятно, наследственные моменты неизбежно будут проявляться в образовании неврозов. Мы видим действительно, что в отдельных семьях можно проследить повторение у нескольких членов семьи довольно сходных невротических синдромов.

Так, в семье П. пробанд страдал боязнью покраснеть, боязнью вспотеть и тиком, сестра матери страдала навязчивой боязнью пота, одна из ее дочерей — боязнью покраснения, а сестра больного — боязнью разрыва сердца. Такой же была наблюдавшаяся нами семья Ч., в которой пробанд страдал боязнью узкого пространства, одиночества и толпы, брат его — боязнью не произнести в нужный момент какое-либо слово, а мать их — боязнью пространства, вследствие которой она уже в течение многих лет не выходит из дома без провожатого. Конкретное содержание obsessions, фобий и импульсий в пределах таких семей меняется, конечно, от случая к случаю, общий же фон их остается одинаковым. Едва ли во всех случаях такого рода играет роль подражание, так как больные часто не говорят близким о своих внутренних переживаниях. Так, А. Г. Смоляницкий и В. Н. Архангельский (1941) приводят интересное наблюдение, где два брата, страдавшие сложными навязчивыми страхами и разработавшие для борьбы со своими фобиями сложные ритуалы, узнали о болезни друг друга, только случайно встретившись в психиатрической клинике, где они оба лечились. В семье матери этих больных было много случаев «психотических вспышек», а брат, сестра и дядя матери страдали явлениями навязчивости.

Некоторый материал, касающийся навязчивых состояний, был собран в моей монографии 1947 г.<sup>1</sup> Однако дальше такой общей констатации мы пока не пошли, что совершенно непонятно. Ведь сами генетические компоненты типов нервной системы состоят из различных сочетаний основных нервных свойств, а эти последние еще оказываются очень вариабильными в отношении степени выражения. Таким образом, перед неврологами ставится еще очень сложная и трудная задача — выделить основные, наиболее элементарные и далее уже не разлагаемые особенности нервной системы. Только при этом условии могла бы быть правильно поставлена и разрешена проблема наследственного фактора в происхождении неврозов. Здесь, очевидно, потребуется еще очень большая, хорошо организованная и планомерная научная

---

<sup>1</sup> Эволюционно-генетические проблемы в невропатологии. Л., 1947.

работа сперва в области экспериментального изучения неврозов, а затем и в области неврозов человека. Нет сомнения, что эти вопросы будут разрешены у нас в ближайшее время.

## **НЕВРАСТЕНИЯ**

### ***Классификационные деления, симптоматика и течение.***

Неврастения как особое заболевание была впервые выделена американским неврологом Бирдом (Beard) в 1879 г. Ему же принадлежит и сам термин «неврастения». Это есть «раздражительная слабость нервной системы», которую, по мнению Бирда, следует отличать от других двух неврозов, известных в то время: от истерии и от ипохондрии. Под этим последним названием тогда объединялись различные, по-видимому, неоднородные состояния депрессии, развивающиеся, в противоположность истерии, особенно часто у мужчин.

Бирд считал неврастению уделом чуть не исключительно жителей США, вынужденных работать в очень напряженных условиях. Однако очень быстро начали диагностировать неврастению и в ряде других стран. Думали, что это — болезнь, свойственная одним только жителям больших городов. В дальнейшем оказалось, однако, что неврастения встречается и у сельского населения.

Много споров шло вокруг вопроса о том, является ли неврастения особой болезнью или только особым симптомокомплексом, встречающимся при других болезнях? Предлагались термины «neurasthenia essentialis» и «neurasthenia symptomatica» — своеобразное отражение того факта (ныне усиленно изучаемого), что и при различных соматических заболеваниях могут (см. выше) наблюдаться состояния, иногда очень близко воспроизводящие клиническую картину неврастении.

О природе неврастении шли большие споры. Думали об утомлении, о патологической утомляемости, о самоотравлении организма какими-то ближе еще не изученными химическими веществами. Думали о роли профессионального фактора. Некоторые считали, что неврасте-

ния есть вообще неизбежный «продукт цивилизации». Отдельные авторы предполагали, что причиной неврастения являются самые различные заболевания желудочно-кишечного тракта, почек, половых органов, носоглотки, уха и др.

Интересно, что при таком отсутствии правильного понимания патофизиологической сущности неврастения в основе ее нередко хотели видеть различную локализацию одного и того же патологического процесса на разных уровнях нервной системы. Так, были выделены такие признававшиеся Бирдом формы, как церебраврастения, спинномозговая неврастения, или миелаврастения и даже геминеврастения с преобладанием болезненных симптомов на одной половине тела (!). Кроме того Бирдом выделялись такие формы, как гастрическая неврастения, неврастения сердечная или сосудодвигательная и половая неврастения. Другие авторы шли еще дальше. Так, появлялись неврастения рефлекторная, печеночная, гипералгетическая, локальная и наследственная, а спинномозговую форму (миелаврастению) пытались делить на подвиды в зависимости от того, весь ли спинной мозг вовлечен в болезненный процесс или только какой-нибудь его отдел, например поясничный или шейный.

Все эти попытки классификации в настоящее время имеют, конечно, лишь историческое значение, хотя нельзя не отметить, что и в настоящее время продолжают не очень обоснованные попытки описывать отдельно различные клинические варианты неврастения. Так, особый сексуальный невроз фигурирует нередко и в описаниях современных неврологов. К счастью, термин «травматический невроз» уже исчез у нас из обращения.

Неудивительно, что при такой путанице в области представлений о патогенезе неврастения и в клинике этого заболевания фигурировали в то время такие, например, симптомы, как нарушения чувствительности в областях, соответствующих территории какого-нибудь периферического нерва, клонусы коленных чашечек и стоп, временное отсутствие сухожильных рефлексов и т. п. Ю. Белицкий, посвятивший в 1906 г. неврастению специальную монографию, описывал и возможность при неврастении смертельного исхода.

Все эти неясности и противоречия были, как мы видели выше, полностью разрешены, когда И. П. Павлову с его сотрудниками удалось воспроизвести экспериментальную модель неврозов. Патогенез и симптомы неврастения человека сделались вполне объяснимыми. В результате применения в клинике человека данных экспериментальной физиологии, а также в результате того, что И. П. Павлов в последний период своей работы исключительное внимание уделял неврозам человека, неврастения предстала перед нами как заболевание, точно охарактеризованное, хотя и отличающееся большим разнообразием своих проявлений.

При этом выяснилась одна очень интересная подробность. Оказалось, что внутри самой неврастении начало намечаться деление как бы на два различных варианта, смотря по тому, преобладает ли в клинической картине слабость только активного торможения или эта слабость распространяется и на раздражительный процесс. И. П. Павлов<sup>1</sup> по аналогии с данными экспериментов на животных считал очень оправданным деление неврастении человека на гиперстеническую и астеническую, или гипостеническую формы, или, что то же, — на формы «возбужденную» и «депрессивную». Первая форма характеризуется преимущественной слабостью активного, внутреннего тормозного процесса, при которой возбудительный процесс становится стремительным, вторая — явлениями разлитого охранительного торможения, нарушающего и возбудительные процессы, в результате чего получается общее ослабление нервной системы.

Это разделение неврастении на две формы было в дальнейшем дополнено в следующих двух направлениях. Во-первых, было предложено (Б. Н. Бирман, А. Г. Иванов-Смоленский) рассматривать эти состояния не как различные формы, а как различные фазы неврастении, которая, начинаясь с гиперстенического варианта, превращается затем в вариант гипостенический. Во-вторых, были сделаны (А. Г. Иванов-Смоленский) указания на то, что при смене этих фаз, следует учитывать еще и среднюю, переходную своеобразную фазу раздражи-

---

<sup>1</sup> И. П. Павлов. Полн. собр. соч., т. III, кн. 2, 1951, стр. 191—192.

тельной слабости, во время которой имеется быстрая истощаемость повышено возбудимой мозговой коры. С этой точки зрения ослабление внутреннего (активного, условного) торможения характеризует именно начальную фазу неврастения или ее легкие степени; при дальнейшем развитии заболевания начинает страдать возбудительный процесс (раздражительная слабость, утомляемость), а при еще большем углублении невроза на первый план выступают уже явления запредельного торможения, имеющего охранительное значение.

Такое деление принимается, однако, не всеми современными неврологами. Так, одни (Н. С. Четвериков, 1956) придерживаются деления неврастения на три формы, допуская особую характеристику переходной формы, отличающейся от гиперстенической формы повышенной истощаемостью коры, однако считают эти состояния особыми клиническими вариантами, а не фазами развития единого процесса. Другие (Л. Б. Гаккель, 1960) придерживаются прежнего павловского деления на две отдельные формы. Вопрос и по сей день остается открытым. Можно с уверенностью утверждать, что классификации эти являются весьма условными, так как между всеми этими клиническими вариантами существует множество незаметных переходов.

Интересна попытка (Л. И. Александрова, 1956; и др.) показать, что при образовании того или другого варианта неврастения заостряются основные типологические особенности больного. Так, при невротическом срыве у людей слабого типа неврастения с самого начала протекает по гипостеническому типу, в то время как неврастения у людей сильного неуравновешенного типа начинается с гиперстенического синдрома. При этом очень убедительно показано, что в дальнейшем такая гиперстения может сменяться состоянием гипостении.

Симптомы неврастения чрезвычайно разнообразны. Патологическая природа этих симптомов сводится главным образом или к слабости процессов внутреннего, активного торможения или же к ослаблению раздражительного процесса.

К симптомам ослабления внутреннего торможения относится прежде всего повышенная раздражительность этих больных.

Больной начинает замечать у себя несдержанность, раньше ему несвойственную. Под влиянием случайного повода у него может возникать неадекватно бурная реакция: он поднимает крик, швыряет какую-нибудь вещь и т. п., о чем впоследствии сожалеет, прекрасно понимая, что ему следовало сдержаться. Слабость тормозного процесса проявляется здесь с полной отчетливостью. Поводом для этих вспышек часто являются как раз мелкие, как будто бы малозначащие события, в чем нетрудно усмотреть пример тех состояний, которые характеризуются потерей пропорциональности между интенсивностью раздражителя и интенсивностью эффекта и которые И. П. Павлов обозначал, как гипноидные фазы. Больной становится нередко особенно чувствительным к мелким обыденным раздражителям, которые в нормальном состоянии обычно остаются незамеченными. Так, один наш больной неврастенией начал очень болезненно относиться к шороху газетной бумаги. Другой никак не мог заснуть вследствие тиканья карманных часов на столике перед кроватью. Мы увидим ниже, что такая повышенная чувствительность к слабым раздражителям в состоянии объяснить происхождение многих болезненных ощущений со стороны внутренних органов.

Вспышки возбуждения, свойственные неврастению, большей частью очень непродолжительны, но могут часто повторяться. Сознание во время таких коротких вспышек сохраняется.

Эта повышенная возбудимость нередко выражается в слезливости, раньше не свойственной больному. Он вдруг замечает, что при чтении трогательного рассказа, при трогательной музыке, в театре и т. п. у него навертываются на глазах слезы, что часто сильно его смущает. Важно иметь в виду, что этот же симптом встречается нередко при мужском климаксе и при старческой инволюции.

К слабости активного, внутреннего торможения следует отнести и то «расстройство памяти», на которое обычно жалуются наши больные. Однако при исследовании такого больного нам обычно не удается обнаружить настоящих дефектов памяти и запоминания. В то же время выясняется, что всякое напряжение внимания тягостно для больного, который инстинктивно начинает стремиться избегать умственных усилий. Трудность со-



средоточить внимание, естественно, приводит к известной рассеянности, которая в свою очередь способствует плохому запоминанию. Постоянно приходится слышать от больных неврастенией жалобу на то, что при чтении книги они ловят себя на чисто «механическом» чтении и, прочитав страницу до конца, вдруг убеждаются в том, что они читали «одними глазами», а содержание прочитанного они так и не усвоили. Патологическая сущность этой невозможности напрячь внимание в определенном направлении легко понятна: для такой концентрации внимания мы должны активно затормозить восприятие целого ряда беспрестанно притекающих извне раздражений. Очевидно, недостаточность активного торможения и лежит в основе этой рассеянности внимания, столь типичной для неврастения.

Очень характерно проявляется повышенная раздражительность и недостаточность тормозного процесса в половой жизни: у мужчин, страдающих неврастенией, половое возбуждение и эрекция возникают легко, но быстро происходит преждевременное истечение семени, — симптом, очень часто обрастающий в дальнейшем различными осложнениями, развивающимися уже по типу условнорефлекторного или навязчивого синдрома. Так же точно при неврастении нередко быстро наступает чувство усиленного голода, но аппетит быстро угасает, как только больной начинает есть.

Повышенная раздражительность часто приводит к тому, что при неврастении могут развиваться непропорциональные реакции на звук или свет, вследствие чего некоторые больные неврастенией не выносят, например, посещение кино. Некоторые больные жалуются на то, что у них быстро утомляются глаза во время чтения при ярком свете. Другие отмечают болезненную чувствительность к холоду или к теплу.

Слабость тормозного процесса выражается и в значительно выраженных нарушениях сна. Большей частью возникает бессонница. Больной по часу и больше вертится в кровати, пока ему не удастся в конце концов заснуть. Боязнь не заснуть, столь частая при этих состояниях, естественно, еще усиливает тревожное состояние больного и окончательно разгоняет сон. Вместо спокойного состояния, свойственного здоровому человеку, ложащемуся спать после рабочего дня, больным овладе-

вают непрекращающиеся мысли и заботы, связанные с его дневной работой. Возбуждение становится инертным и долго не может смениться естественным сонным торможением.

Глубина сна также нарушена. Сон делается поверхностным и изобилующим тревожными сновидениями. Больной просыпается после такого сна утомленным, без естественного чувства бодрости.

Это подводит нас к очень своеобразной особенности самочувствия неврастеников: по утрам они большей частью чувствуют себя хуже, чем вечером. Больной просыпается утром во власти тяжелой депрессии, ему лень встать и не хочется думать о предстоящем дне. Преодолевая чувство внутреннего сопротивления, он все-таки кое-как одевается, идет на работу, вяло и неинтересно работает весь день, часто испытывает днем сонливость и так проводит целый день. Однако вечером, когда зажигается свет, к нему постепенно возвращается более спокойное состояние, и депрессия начинает рассеиваться, а к концу дня он нередко чувствует себя уже относительно бодрым, желание спать отсутствует, и он подчас засиживается подолгу за случайной книгой или даже без всякого дела, вместо того, чтобы вовремя лечь спать. Очевидно, тормозное состояние коры после ночного сна в этих случаях весьма долго не рассеивается, точно так же как появившееся возбуждение коры затягивается неестественно долго. В обоих случаях мы имеем, таким образом, пример инертности нервных процессов на общем фоне слабости внутреннего торможения.

Все перечисленные симптомы могут трактоваться как проявления слабости активного торможения и вследствие этого повышенной возбудимости. С этой точки зрения симптомы эти характерны для гиперстенического варианта (или фазы) неврастения.

Экспериментальное изучение особенностей высшей нервной деятельности в этой фазе подтверждает такую физиологическую трактовку. Так, Л. И. Александрова (1958) сообщает, что на этой фазе неврастения раздражительный процесс сохраняется, что подтверждается при исследовании условных рефлексов по методике А. Г. Иванова-Смоленского и по методике П. Г. Снякина. Условные рефлексы образуются быстро, но обнаруживается слабость внутреннего торможения, которая про-

является в затруднении при выработке дифференцировки и в трудности угашения положительных условных рефлексов. В плетизмограммах, относящихся к этому периоду неврастения, прослеживается трудность угашения ориентировочной реакции на побочные раздражения — иногда у этих больных так и не удавалось получить нулевую плетизмограмму (Е. Ф. Дриго и Е. И. Минакова, 1958).

Н. В. Галузо (1958), работавшая по методу П. Г. Снякина, показала, что реакции зрительного анализатора на изменения освещения у больных неврастением могут быть неадекватны. Для гиперстенической фазы неврастения характерными оказались большие амплитуды колебаний поля зрения и слабость активного торможения при относительно сохранной силе раздражительного процесса.

Следующие проявления неврастения в основе своей имеют уже ослабление не только тормозного, но и раздражительного процесса.

К этим проявлениям относится один из важнейших симптомов неврастения, именно постоянное чувство усталости, несвежести, отсутствия душевной и физической бодрости. Чаще всего эти ощущения относятся к голове: голова «тухая», «плохо соображает», мысли текут вяло, трудно сделать умственное усилие. Настроение делается подавленным, унылым. Исчезает чувство непосредственной радости жизни. Все становится неинтересным, не захватывает глубоко. Общий фон психики становится тусклым, бледным, вялым.

Сюда же относятся и жалобы на повышенную утомляемость как при умственной, так и при физической работе. Рассказ больного иногда заставляет подозревать чуть не наличие миастении, характерных признаков которой (миастеническая электрическая реакция, улучшение от прозерина) при неврастенической утомляемости обнаружить, однако, никогда не удастся. В моторике и мимике больного часто проявляется эта общая мышечная вялость: выражение лица усталое, вялое, в голосе исчезают живые интонации, движения делаются незаконченными, нерешительными, своеобразно неловкими; вся поза больного свидетельствует о его депрессивном состоянии. Слабость раздражительного процесса в клетках коры головного мозга лежит, очевидно, в основе этих

состояний. Нередко больные неврастенией указывают, что им вдруг делается чрезвычайно трудной какая-нибудь самая несложная очередная задача, например необходимость написать какое-нибудь письмо или проверить какой-нибудь счет и т. п. Часто больные отмечают, что они испытывают особое затруднение, когда им приходится перейти с одной какой-нибудь работы на другую, хотя бы и совершенно несложную.

Больные делают нередко сонливыми, часто засыпают днем. Они делают иногда чрезмерно пассивными, сторонятся людей, иногда проводят время в ничегонеделании. Они обнаруживают своеобразную эмоциональную слабость и безразличие или же, наоборот, склонны к отрицательным эмоциям и становятся чрезмерно обидчивыми.

В области половой жизни резко выступает это ослабление раздражительного процесса: женщины становятся фригидными, у мужчин ослабевает эрекция.

Все эти симптомы типичны для гипостенического варианта неврастения. По данным Л. И. Александровой, в астеническом периоде неврастения, в противоположность гиперстеническому периоду, определяется трудность выработки условных рефлексов. По данным Н. В. Галузо, условные рефлексы на функциональное состояние зрительного анализатора, по сравнению с тем, что наблюдалось при гиперстеническом синдроме, при астеническом синдроме образуются медленнее; изменения поля зрения отличаются малым объемом, переделка оказывается затрудненной. Я. В. Благосклонная с сотр. (1955) плетизмографическими исследованиями показала, что при неврастении с преобладанием процессов торможения (в противоположность тому, что наблюдается при преобладании процессов возбуждения) холодовые раздражения вызывают лишь слабо выраженные реакции.

Как правило, при неврастении наблюдаются (конечно, в разных комбинациях) симптомы как гипер-, так и гипостенического ряда. Кроме того, больным неврастенией свойственны значительные нарушения подвижности нервных процессов, выражающиеся особенно в различных проявлениях состояний навязчивости, встречающихся нередко и при истерии, и при психастении. Эти состояния, часто выдвигающиеся у больных неврасте-

нией на первый план, будут подробно рассмотрены в следующем разделе.

К перечисленным симптомам при неврастении присоединяется еще ряд жалоб.

К наиболее частым жалобам относятся головные боли. Часто это не столько ощущение настоящей острой боли в голове, сколько ощущение давящей тяжести, тяжелой «шапки», надетой на голову. Шарко называл этих больных — «galeati» (galeatus — носящий каску). Иногда больные говорят о чувстве обруча, стягивающего голову, о чувстве пустоты в голове, о разнообразных парестезиях. В голове что-то «переливается», «болит мозжечок» и т. п. Интенсивность этой неврастенической головной боли не очень велика и во всяком случае значительно меньше, чем, например, во время приступа мигрени. В отличие от приступов мигрени, неврастеническая головная боль более или менее постоянна, однако обнаруживает обычно колебания в интенсивности, нередко связанные с волнением или утомлением. Больные неврастением, страдающие головной болью, часто испытывают ее усиление при утомлении, к концу или к середине рабочего дня; нередко, в связи с недостаточностью ночного сна, они уже утром просыпаются с головной болью; локализуется неврастеническая головная боль часто во лбу (В. К. Хорошко, 1943). Особым клиническим вариантом неврастенической головной боли является головная боль, появляющаяся каждый раз при умственном усилии или при каком-либо напряжении внимания (*Serphaleè d'attention* французских авторов), часто встречающаяся в молодом возрасте, резко затрудняющая учение и вообще всякий умственный труд и стоящая в определенной причинной связи (Ж. Ник — J. Nick, 1959) с выраженным невротическим фоном больного.

Б. Д. Карвасарский (1960) отмечает, что головные боли при неврозах (главным образом были исследованы больные, страдавшие неврастением) могут быть неоднородными по своему патогенезу. Часть из них развивается по механизму нервно-сосудистых нарушений: во время боли, которая носит пульсирующий характер, увеличивается пульсация височных артерий; дигидроэрготамин уменьшает такую головную боль. Часть неврастенических болей связывается с напряжением мышц головы и шеи, что подтверждается при электромиографии,

причем сосудосуживающие препараты такую боль могут еще усилить. Интересно, что давление в системе внутренней сонной артерии, проверенное по состоянию центральной артерии сетчатки, при приступах неврастенической головной боли (в противоположность тому, что имеет место, например, при головных болях на почве арахноидита) оказывалось неизменным.

Нередкой жалобой являются головокружения и шум в голове. Головокружения часты при быстром вставании из лежачего положения. Они не носят характера, свойственного вестибулярному головокружению.

В качестве характерного примера неврастении с преимущественным развитием симптомов гипостенического типа приводим следующее наблюдение (историю болезни вел А. Н. Пахомов).

34-летний инженер П. поступил в клинику с жалобами на головные боли, вспыльчивость, раздражительность, слезливость, ослабление памяти, рассеянность, чувство тревоги, половую слабость и сонливость. Этот последний симптом был у него выражен особенно сильно и заставил его лечь в стационар. Он жаловался, кроме того, на затруднение, которое он испытывал при любом умственном труде. Ему трудно было даже написать сестре письмо, так как у него развилось состояние, которое он называл «тупомыслием». Появилась и некоторая навязчивость (счет шагов). Кроме того, его пугают «слуховые галлюцинации»: он иногда слышит какие-то голоса, брань по своему адресу, шум, крики. Эти «галлюцинации» появляются, когда он находится один в помещении, и чтобы избавиться от них, он должен делать какие-нибудь движения.

Сонливость у больного связана с характером его работы и провоцируется вращением диска счетчика. Больной подметил, что приблизительно на 34—36-м обороте счетчика сонливость усиливается настолько, что он дальше работать не может. Кроме того, он начал засыпать в трамвае.

Он провел тяжелое детство (до 13 лет — ночное недержание мочи). Ему приходилось часто голодать, очень напряженно работать. Последнее время он взялся за преподавание, но это оказалось очень трудным, он не справлялся с сложными темами, а теперь даже просто начал «бояться всяких научных книжек». Некоторая

вспыльчивость и взрывчатость были ему свойственны всегда, неврологические же симптомы, описанные выше, развились в течение последних двух лет.

В клинике проводилось лечение бромидами и психотерапией. Ему стало значительно лучше и он начал немного читать.

Это пример характерной неврастении, постепенно образовавшейся под влиянием тяжелых жизненных переживаний, причем на первый план выступают признаки ослабления раздражительного процесса.

Между прочим, представляет большой интерес анализ так называемых «галлюцинаций», на которые жаловался больной. И. П. Павлов, анализируя это наблюдение, представил своеобразное и очень правильное объяснение этих состояний: здесь имелись, очевидно, состояния, развивающиеся на фоне некоторой сонливости, так называемые гипнагогические галлюцинации. Такие состояния, когда человек еще не спит, но у него появляются произвольные зрительные или слуховые образы, действительно, встречаются довольно часто. Они не являются признаком какого-нибудь психического заболевания, но нередко пугают больного. Между прочим, такое объяснение этих «галлюцинаций» сделало понятным и еще один симптом, имевшийся у этого больного и на первый взгляд казавшийся несколько странным: больной, чтобы избавиться от «голосов», должен был делать какие-нибудь движения, т. е., очевидно, должен был поднимать таким образом бодрствующее состояние мозга.

Помимо перечисленных жалоб, больные неврастением высказывают нередко целый ряд жалоб на болезненные ощущения в различных частях тела. Так, некоторые жалуются на беспрестанные «мушки», плавающие в поле зрения, на гиперестезию волосистой части головы, на ощущение дрожания, на боли в спине или в мышцах. Очень часты жалобы на сердцебиения, на легкое покраснение, на постоянно холодные конечности, на потливость. Часты жалобы на нарушения дыхания, одышку. Так, Л. О. Даркшевич наблюдал при неврастении по ночам чейн-стоксовский тип дыхания. Очень много жалоб больные неврастением предъявляют в отношении функций желудочно-кишечного тракта, сюда относятся запоры, поносы, рвота, отрыжка, потеря аппетита или, наоборот, приступы внезапного голода. Часты

жалобы на учащение мочеиспускания или на задержку мочи, которая, однако, имеет место лишь в тех случаях, когда больному приходится помочиться при посторонних, в то время как, если никто на больного не смотрит, мочеиспускание происходит совершенно нормально (так называемое «мочевое заикание», или «мочеиспускательная застенчивость»). Иногда больные жалуются на сухость во рту или, наоборот, на повышенное слюноотделение. Нередки также жалобы на половую слабость.

Т. С. Истаманова в своей (1958) монографии, посвященной изучению расстройств внутренних органов при неврастении, сообщила ряд подробных и очень ценных данных. Упомянем лишь вкратце, что, по данным этой клиники, у 68% больных неврастением с какими-либо жалобами на сердечно-сосудистые нарушения, выслушивался при исследовании систолический шум, носивший, однако, функциональный характер (изменялся в зависимости от положения тела и т. п.). Эти больные часто жаловались на чувство жара, приливы крови и одышку. У них значительно чаще, чем у больных неврастением, не предъявлявших жалоб сердечно-сосудистого характера (в 76,5% против 12%), встречались в анамнезе различные переживания, связанные со страхом или с постоянным беспокойством. Очень интересно, что у этой же группы больных точно так же чаще, чем у контрольной группы (в 44% против 3,5%) встречались различные случаи сердечно-сосудистых заболеваний среди членов их семьи (пороки сердца, грудная жаба, инфаркты миокарда, гипертоническая болезнь). Сердцебиения при неврастении часто наблюдались при покое, например среди ночи, а также при всякого рода волнениях. Очень типична лабильность пульса с склонностью к тахикардии. Нередко отмечалась экстрасистолия.

Многие больные жалуются на то, что они постоянно чувствуют работу сердца, причем частота пульса может быть и не измененной. Нередки жалобы на боли в области сердца или за грудиной с отдачей в левую руку или лопатку. Они усиливаются при эмоциях и при физических напряжениях, воспроизводя клинический тип спазма коронарных артерий. Представляют несомненный интерес попытки некоторых современных терапевтов глубже проводить дифференциально-диагностический анализ между невротическими болями в области сердца



и истинной коронарной недостаточностью. Так, Р. П. Гончарова (1960) подчеркивает, что невротические боли в области сердца (в отличие от болей, вызванных коронарной недостаточностью) постепенно нарастают и постепенно регрессируют, более длительны, не связаны с определенным физическим напряжением, локализуются большей частью не за грудиной, а в области левого соска и не обнаруживают быстрого эффекта от нитроглицерина.

По данным Т. С. Истамановой, для неврастения оказались далее типичными объективно регистрируемые нарушения нормальной реактивности артериального давления, а также изменения терморегуляции, потоотделения и дыхания.

Не менее ценны данные, сообщаемые Т. С. Истамановой, в отношении нарушения при неврастении деятельности желудочно-кишечного тракта. Тошнота и рвота были отмечены у 12% больных неврастением, причем часто это были не настоящие рвоты, а срыгивания или отрыжки пищей. Часты жалобы на боли в животе, иногда совпадавшие с состояниями нервного возбуждения. У больных неврастением, даже не высказывавших жалоб в отношении желудка, обнаруживались нарушения возбудимости как секреторного, так и моторного аппарата желудка. Иногда отмечался спазм или парез мускулатуры тонкого кишечника. Интересно, что жалобы на желудочно-кишечные расстройства наблюдались чаще у тех больных неврастением, у которых и раньше имелись какие-нибудь заболевания органов брюшной полости и малого таза (аппендициты, параметриты и др.).

Т. С. Истаманова описывает также нарушения слюноотделения при неврастении. Спонтанная секреция слюны у этих больных большей частью снижена, изменен и химизм слюны (увеличено содержание в слюне азота и амилазы). Отмечались также изменения углеводного и водно-солевого обмена.

Все эти исследования свидетельствуют об очень массивных изменениях функций внутренних органов, имеющих место при нарушениях обычной деятельности коры больших полушарий. Во многих отношениях изменения эти только еще начинают изучаться и, несомненно, заслуживают самого пристального внимания.

В связи с обилием вегетативных проявлений при неврастении представляется важным рассмотреть и общие закономерности, лежащие в основе этих симптомов.

Здесь прежде всего выступает на первый план очень сложное влияние коры на внутренние органы, столь подробно изученные за последнее время К. М. Быковым и его сотр. При этом К. М. Быковым было отмечено, что интероцептивным условным временным связям свойственна очень большая стойкость. Действительно, в процессе клинических наблюдений выявляется очень большая прочность условнорефлекторных симптомов, связанных с нарушениями функций внутренних органов. Однократные совпадения легко фиксируются на продолжительное время. Так именно возникают не раз описанные стойкие условнорефлекторные рвоты, сердцебиения, поносы и т. п. Больному, описанному Е. А. Поповым (1954), игравшему на валторне, достаточно было один раз испытать тяжелую эмоцию, случайно совпавшую с исполнением определенной арии, чтобы всякий раз при проигрывании этой арии у него появлялась одышка настолько сильная, что он не мог продолжать играть.

Следующее наблюдение является также характерным примером таких сочетаний.

Это был 25-летний больной Б., жаловавшийся на тревожное настроение, мнительность, апатию, ослабление памяти, чувство «внутренней дрожи», своеобразную подозрительность (ему иногда кажется, что окружающие говорят о нем) и ощущение жжения в заднем проходе. Кроме того, он замечает, что, когда он начинает очень торопиться или спешить, у него появляется половое возбуждение, которое может доходить до непроизвольного истечения семени. Последнее время все его жалобы усилились; это он связывает с большой нагрузкой в учебе.

Больной всегда был нетерпеливым (не мог ждать трамвая!), всегда боялся опоздать (на вокзал приезжал за 2 часа до отхода поезда), был нерешителен. В 10-летнем возрасте он, испытывая впервые эрекцию, должен был спешно выбраться через окно из помещения, причем он очень волновался и торопился, это и послужило, очевидно, началом образования стойкой патологической связи между спешкой и половым влечением, которая держалась все последующие годы.

Мы видели выше, как многочисленные патологические импульсации, направляющиеся к коре (в том числе и из внутренних органов), могут ослаблять нервную систему, способствуя образованию неврозов. Очень вероятно, что этот механизм может сочетаться с другими факторами, обуславливающими невроз, и приводить к возникновению своеобразного «порочного круга». Так, центрально обусловленное нарушение деятельности какого-либо внутреннего органа, например сосудов или кишечника, в свою очередь вызывает болезненные центро-ростремительные раздражения, еще усиливающие нервное состояние, аналогично тому, как это имеет место при облитерирующем эндартериите (В. Н. Черниговский, 1952).

Эти разнообразные патологические ощущения, испытываемые больными неврастенией, подвергаются, однако, еще и некоторой дальнейшей переработке.

Прежде всего здесь часто выступает уже описанный выше результат некоторого ослабления коры, находящейся в гипноидном, фазовом состоянии, когда слабые раздражения воспринимаются чрезмерно сильно. «Мушки» перед глазами, на которые жалуется больной неврастенией, являются, очевидно, лишь болезненно воспринимаемыми нормальными явлениями, на которые мы в обычной жизни не обращаем никакого внимания. То же касается, вероятно, и таких симптомов, как иногда испытываемое патологическое ощущение наполненного мочевого пузыря и т. п.

Больные неврастенией обычно относятся к своим болезненным ощущениям равнодушно, долгое время не обращают внимания на бессонницу, головные боли и т. п. и обращаются к врачу лишь по понуждению со стороны своих близких или сослуживцев. Иногда, наоборот, больные пугаются появившихся симптомов и начинают к ним особенно внимательно прислушиваться. Чем больше такой больной фиксирует внимание на своем болезненном симптоме, тем, естественно, симптом этот становится более упорным. Страдающий бессонницей уже заранее боится, что он не уснет, и этот страх мешает ему заснуть. Больной, заранее опасаящийся неудачи при половом акте, мешает естественной сексуальной эмоции тем, что он в то же время фиксирует тревожное внимание на своих genitalia, что, конечно, сейчас же гасит

эрекцию. Больные приучаются постепенно быть чрезвычайно мнительными. Они часто делают себе всевозможные исследования, посещают врачей разных специальностей, которые, конечно, лишь редко ничего у них не находят, а так как от разных врачей они получают различные диагнозы («неврастения», или как еще иногда пишут: «церебрастения», или «умственное переутомление», или «психастения», или «функциональное расстройство нервной системы» и т. п.), то, естественно, им начинает казаться, что болезнь их не только крайне опасна, но и мало понятна врачам, ставящим совершенно разные диагнозы. Когда врач, чтобы успокоить такого больного, говорит ему, что все это «нервное», что это не «порок сердца», а «невроз сердца» и т. п., он часто забывает, что больные плохо разбираются во всех этих определениях и легко могут принять какой-нибудь «невроз» за серьезное заболевание и что такое объяснение вовсе не способно успокоить больного. Иногда больные страшатся вовсе не психоза или какой-нибудь другой страшной болезни, а боятся как раз самого обозначения «неврастения», которое нам, врачам, кажется столь невинным, но которое представляется больному тем более серьезным, чем более массивные меры рекомендуются ему для лечения (например, сложные электрические аппараты, поездка на курорт и т. п.). Понятно, что курорты большей частью не приносят больному облегчения: при необходимости ликвидировать какой-нибудь симптом (например, бессонницу или головные боли) в сравнительно недолгий срок больной с еще более тревожным пристальным вниманием наблюдает за течением своей болезни и, естественно, что симптом этот не проходит. Из этого он часто делает заключение, что курорт был выбран ему неправильно, что ему показан не Кисловодск, а Мацеста, и т. п. Так образуется тот порочный круг, из которого больной никак не в состоянии выбраться: болезненный симптом заставляет больного фиксировать на нем свое внимание, а вследствие этого симптом еще усиливается и еще больше приковывает к себе внимание больного. Так постепенно образуется тип больного, специально занятого своим лечением, посещающего разнообразных врачей, делающего себе всевозможные анализы и исследования и тщательно сохраняющего в своем бумажнике эти никому не

нужные документы. Мы видим, таким образом, в этих случаях уже непосредственный переход к выраженным явлениям навязчивости, о которых более подробно будет идти речь в следующем разделе.

Есть, однако, и еще один путь, по которому больные неврастенией начинают иногда непроизвольно культивировать свои симптомы. Это — то, что иногда называлось «стремлением к извлечению выгод из своего невроза» и что И. П. Павлов объяснял установившейся временной связью между заболеванием и некоторыми жизненными преимуществами, связанными с этим заболеванием. Такой механизм фиксации болезненных симптомов, как известно, особенно типичен для истерии. Однако этот механизм для истерии не патогномоничен и может иметь место и при других неврозах, в том числе и при неврастении. В самом деле, и здесь болезнь может иногда являться своеобразным выходом из трудной жизненной ситуации. Человек находится в трудном положении, он никак не может найти правильный выход, ему необходимо сделать какое-то решительное усилие, на которое он неспособен, — внезапно развившееся заболевание сразу разрешает дело: с него теперь уже никто ничего не может потребовать, он вправе сразу переключить свое внимание с неразрешенной жизненной ситуации на свое лечение, его пассивность и нерешительность оправданы в глазах окружающих и даже в его собственном сознании. Жена находится в конфликте со своим мужем или с его родными, она испытывает постоянное чувство обиды от того, что с ней не считаются, не признают ее желаний, игнорируют ее интересы и т. п., сваливая все это на ее дурной характер, потакать которому нельзя, — болезнь сразу ставит ее в своеобразно привилегированное положение, теперь с ней поневоле должны считаться, даже обязаны о ней заботиться и ей помогать. Утомленный работник, который никак не может дожидаться очередного отпуска, естественно, чувствует себя более уверенным, когда в выданной ему медицинской справке значится какое-нибудь заболевание. Целый ряд мелких жизненных преимуществ, связанных с болезнью (усиленное питание, поездка на курорт, облегченная работа и т. п.) делает то, что одновременно с желанием поскорее выздороветь начинает развиваться иногда смутное желание подольше лечиться.

Так иногда создается своеобразный тип больного неврастений, который стремится всячески подчеркнуть тяжесть своего страдания. Это отражается иногда и на всем лексиконе самого больного. Описывая свои жалобы, он их постоянно приукрашивает и преувеличивает. Он сам себя уверяет, что он — тяжелобольной, переутомленный, с «истощенным мозгом». Постепенно он входит в роль тяжелого первобольного и этим часто возбуждает сочувствие окружающих. Это тем более заманчиво и легко, что среди немедиков до сих пор, к сожалению, еще встречаются иногда распространенные когда-то представления о том, что неврастении (и вообще нервным болезням) подвержены особо тонко чувствующие натуры, стоящие в каких-то отношениях выше окружающей массы, люди особо деликатные и содержательные, «загадочные натуры» и т. п. Все это дает больным неврастений нередко повод подчеркивать, что они — люди особого склада, чувствительные и глубоко переживающие такого рода события, мимо которых другие люди проходят совершенно равнодушно. Все это своеобразно отражается и на том стиле, в котором нередко написаны автобиографии этих больных. Один больной, пространно описывавший свои нечеловеческие страдания, выразился в одном месте своей автобиографии так: «Мое измученное лицо озарилось улыбкой радости», — фраза, в высшей степени характерная. Из нее видно, как больной разглядывает себя со стороны, любясь своей способностью «переживать» и чувствовать особенно глубоко.

Несомненно, в этом своеобразном «культе» неврастеника сыграла свою роль предреволюционная литература, в которой нередко проводилась та же мысль. Крайне неудачное литературное сопоставление «гениальность и помешательство» зародило в то время у многих мысль о том, что вершины человеческого духа в каком-то отношении сродни с патологией. Все патологическое стало предметом своеобразного уважения, и человек со слабой или инертной нервной системой, у которого произошел срыв из-за какой-нибудь непосильной для нее ситуации, стал импонировать, как какая-то особая, «загадочная» натура. Интересно, что еще в 1902 г. Л. В. Блумену в очень остро написанной статье вынужден был подвергнуть резкой критике склонность многих совре-

менных беллетристов идеализировать психопатические типы.

С тех пор обстановка нашей жизни коренным образом изменилась. У советского гражданина есть теперь масса задач и интересов, гораздо более важных, чем копанье в собственных патологических переживаниях. Широкая возможность творческой инициативы и активное участие в коллективе с грандиозными государственными задачами лишило наших невробольных их искусственного ореола. Чтобы не остаться в стороне от быстро движущейся вперед жизни, им надо теперь вместо того, чтобы культивировать свой невроз, скорее от него освободиться и примыкать к оптимистически настроенному бодрому коллективу.

Этот элемент (извлечения выгоды из невроза) не всегда легко обнаружить. Чаще всего он скрыт, и лишь подробное изучение больного и его окружения позволяет иногда выявить этот комплекс там, где о нем первоначально не предполагали.

Необходимо очень осторожно подходить к оценке этого комплекса, чтобы не сводить все это к сознательной аггравации или симуляции.

Врач, имеющий дело с больными, и особенно с невробольными (а особенно с невротиками), должен непременно обладать большим чувством такта. Это вдвойне необходимо, когда мы сталкиваемся с предположениями о сознательной или полусознательной аггравации, с стремлениями к извлечению выгоды из болезни и к тем или другим видам так называемых «целевых» установок.

\* \*

\*

При объективном исследовании больных неврастенией находят очень часто легкое неритмичное дрожание рук и век закрытых глаз, симметричное усиление сухожильных рефлексов, повышение механической мышечной возбудимости, усиленный дермографизм, потливость. Часто определяется лабильность пульса с наклоном к тахикардии и ряд других функциональных изменений со стороны внутренних органов. Признаки органического заболевания нервной системы отсутствуют. Это последнее замечание требует, однако, определенной поправки:

признаки органического характера отсутствуют только при «чистой», неосложненной неврастении. Мы знаем теперь о сравнительно нередкой возможности сочетания неврастении с какими-либо органическими заболеваниями нервной системы. В таких случаях врачу приходится диагностировать отдельные компоненты сложного клинического синдрома.

\* \*

\*

Течение неврастении. Среди больных распространено мнение о том, что диагноз «неврастения» представляет собою длительную характеристику нервной системы данного больного, нечто вроде определения стойких особенностей его личности. Если данный человек «неврастеник», он таким уж и останется на всю жизнь. Следует отметить, что и среди врачей попадаются иногда сторонники такого воззрения. На самом деле, неврастением мы называем временное состояние чем-то нарушенной высшей нервной деятельности больного, которое всегда полностью обратимо и никаких стойких резидуальных симптомов после себя не оставляет.

Длительность неврастении очень различна, в зависимости от очень изменчивого характера причин невроза. Сравнительно нередко в течении неврастении может быть отмечена некоторая циркулярность, когда, например, чередуются гипер- и гипостенические состояния; эти чередования или периоды обуславливаются часто изменяющимися жизненными обстоятельствами. Внутренняя периодичность, или собственный ритм, подобный тому, который наблюдается при маниакально-депрессивном психозе, неврастении не свойствен. Наблюдающаяся в течении неврастении смена гиперстенической фазы гипостенической несколько напоминает циклические формы нервного срыва, которые были изучены у животных при образовании экспериментального невроза.

По характеру течения многие неврологи делили неврастению на формы острые и хронические. Мы указывали выше, что постепенно начинает распространяться достаточно оправданное (Л. Б. Гаккель, 1960) воззрение, согласно которому следует обобщать различные формы неврозов, начиная от кратковременных невротич-



ческих реакций и кончая длительными, затянувшимися формами.

Эти кратковременные невротические реакции, или так называемые реактивные неврозы (синоним: эмоциональные неврозы, эффектогенные неврозы, эмоция — шок), развиваются под влиянием сверхсильного эмоционально окрашенного раздражения. Они часто развертываются в виде остро развивающихся истерических симптомов, но в ряде случаев такой короткий невроз может и не носить черт истерического происхождения. Правильнее было бы поэтому относить эти последние случаи к особым проявлениям симптомокомплекса неврастении.

Выражением этих коротких эмоционально вызванных нарушений высшей нервной деятельности являются большей частью различные степени сумеречного или сноподобного состояния сознания, которые длятся некоторое время, а затем бесследно проходят. Таковы были, например, состояния, описанные еще в первую мировую войну под названием «пулеметного сна», когда во время сильного пулеметного обстрела боец внезапно совершенно неадекватно засыпал. Е. К. Краснушкин во время первой мировой войны обратил внимание на короткие ступорозные или сумеречные реактивные состояния, выражавшиеся в своеобразном безразличии или апатии, продолжавшиеся недолго (часы) и проходившие без каких-либо последствий. Сходные состояния отмечались и во время Великой Отечественной войны (В. А. Горовой-Шалтан, 1949).

В других случаях сумеречное состояние, вызванное внезапно возникшей эмоцией, могло выражаться в кратковременной спутанности с возбуждением, двигательным беспокойством и дезориентировкой.

Короткие эмотивные состояния, вызванные каким-либо сверхсильным раздражителем, могут связываться с данной ситуацией и по механизму условного рефлекса, и тогда они могут появляться повторно, подобно рассмотренным выше случаям изолированного условнорефлекторного вегетативного симптома, только здесь это будет уже не какой-нибудь отдельный симптом, а общая короткая невротическая реакция.

Подобное наблюдение приводит в своей монографии К. И. Платонов (1952).

Это был 38-летний вагоновожатый, у которого тяжелые невротические реакции возникали каждый раз, когда он видел ребят, висящих на подножке трамвая. У него подкашивались ноги, появлялись сердцебиение и пот и он был не в состоянии продолжать дальше свою работу.

Очень интересно отметить, что короткие состояния несколько измененного сознания, каждый раз чем-нибудь спровоцированные, могут, оказывается, встречаться и в качестве симптома обычной неврастении. И. П. Павлов при своих разборах больных неврастением несколько раз обращал внимание на эти состояния и предлагал их физиологическое объяснение.

Так, на Среде 9/XI 1932 г. М. М. Блюмкиной был показан И. П. Павлову больной неврастением, жаловавшийся на то, что у него иногда возникают своеобразные состояния, когда он испытывает головокружение, и ему вдруг начинает казаться, что окружающий мир стал «совсем иным, каким-то туманом», причем состояния эти возникают только, когда он находится на улице. Поскольку больной этот вообще всего боялся, И. П. Павлов склонен был расценивать и этот симптом как проявление постоянных опасений, еще естественно усиливающихся, когда он находился на улице, среди чужих людей.

Такие короткие приступы особого, своеобразно измененного сознания наблюдались в клинике неврозов И. П. Павлова еще у нескольких больных, страдавших неврастением.

В 1935 г. И. П. Павлов анализировал данные о больной Е., страдавшей боязнью смерти, у которой, кроме того, периодически появлялись состояния, когда она испытывала своеобразное «разобщение с миром», с ней происходило нечто вроде деперсонализации («прошлое было не с ней»); она больше не узнавала свой голос и не могла представить себе лица своих близких и знакомых, причем состояния эти появлялись обычно к вечеру, когда больная оставалась одна, и рассеивались, если кто-нибудь с ней заговаривал. И. П. Павлов толковал эти приступы как проявления гипноидного состояния, охранительного торможения на почве ослабленной нервной системы.

Особенно интересной в этом отношении была больная Ц., которую Л. Б. Гаккель представила И. П. Павлову 20/XI 1933 г. У этой больной, обладавшей достаточно сильной, но исуравновешенной нервной системой, помимо ряда других неврастенических симптомов, периодически возникали состояния, когда она не узнавала лиц и теряла ориентировку в окружающем. Симптом этот определялся как состояние так называемого *jamais vu*. И. П. Павлов представил чрезвычайно интересное объяснение этого симптома. Это, очевидно, результат того, что, если больная сосредоточится на чем-нибудь на фоне ослабленной нервной деятельности, получается чрезмерно сильная отрицательная индукция по всем остальным областям полушарий, в результате чего больная теряет временно ориентировку в окружающем.

В связь с этим можно поставить и интересный анализ, который дал И. П. Павлов симптому насильственного засыпания у одной больной (Среда 14/II 1934 г.). Выяснилось, что, наряду со значением усыпляющего влияния монотонной обстановки, здесь отчетливо выявлялась и роль активного напряжения внимания, сосредоточения мыслей на чем-либо, что автоматически вызывало запредельное торможение.

Напряженная умственная деятельность, активное сосредоточение внимания в некоторых патологических условиях может приводить, таким образом, к распространенному гипнотическому состоянию мозговой коры.

Такие данные, конечно, целиком совпадают с тем, что выясняется в эксперименте. Так, К. С. Абуладзе (1940) показал в своих опытах, как значительное возбуждение сменяется (по принципу последовательной отрицательной индукции) торможением, которое, иррадируя по коре, вызывает сон. Специальную работу об иррадиации внутреннего торможения с переходом его в сон опубликовал в 1950 г. П. С. Купалов, работавший с свободно передвигавшимися подопытными животными.

Короткие состояния измененного сознания при неврастении не раз наблюдались и нами в последующие годы.

Так, мы наблюдали 53-летнего больного П.<sup>1</sup>, обнаруживавшего сравнительно не резко выраженный клини-

<sup>1</sup> Это и следующие наблюдения более подробно были описаны в I (1952) и II (1956) выпусках моих «Клинических лекций по нервным болезням».

ческий синдром неврастении, причем больной указывал, что периодически у него возникает очень кратковременное, каждый раз одинаковое, особое состояние, когда у него «разъезжаются мысли» и он «теряет путь размышления». Эти состояния ошибочно принимались за эпилептические. Однако выяснилось, что они никогда не возникают спонтанно, а всегда лишь в результате очень трудной задачи, требующей раздвоения внимания, когда больному приходится публично говорить, одновременно следя за своей речью и за написанным текстом, которому он должен следовать. Такое состояние длится недолго и внезапно проходит. Однако один раз оно было настолько тяжелым, что ему пришлось на большом служебном заседании прервать свой доклад. Он вышел, походил  $\frac{1}{2}$  часа и вернулся уже без всяких речевых затруднений. Замечательно, что говорить в иных условиях, т. е. без заранее составленного точного текста, которому надо следовать, например при занятиях с аспирантами и т. п., ему никогда не доставляло затруднения.

Несколько иного типа были короткие нарушения высшей нервной деятельности у 40-летнего больного С. Он их называл «разобщенностью» или «раздвоенностью»; у этого больного вдруг наступало чувство внутренней «спешки», какой-то непонятной торопливости, и он должен был тогда нарочно стараться как можно меньше двигаться, говорить медленно и тихо. Такие состояния никогда не бывали без повода, а всегда присоединялись к неожиданному, экстремному переходу от покоя к какой-то деятельности. Кроме этих эпизодических расстройств, С. обнаруживал и другие очень характерные симптомы неврастении.

Очень своеобразны были короткие приступы у 48-летнего очень стеничного неврастеника П. Короткие «замирания мозговой деятельности», «оцепенения» или «выключения» развиваются у него также в совершенно определенных условиях, когда он ничем не занят и сосредоточивает свое внимание на чем-либо, что его последнее время сильно занимает или беспокоит. Замечательно, что во время таких «выключений» больной не теряет способности самонаблюдения и что из этих оцепенений больного могли выводить какие-нибудь случайные внешние раздражения и даже обращение к нему жены, которая замечает эти его состояния.

Аналогичные состояния были и у 38-летней больной Б., страдавшей разнообразными навязчивыми состояниями. Короткие приступы состояли у нее в том, что все предметы вдруг начинали ей казаться удаленными и уменьшенными. Приступы эти вызывались всякий раз какими-нибудь неприятными эмоциями.

И, наконец, за последнее время мы наблюдали, совместно с О. А. Покровской, 46-летнего больного неврастенией, у которого начали появляться короткие состояния непонятной «суетливости», когда он почему-то делает много «лишних движений», в это время у него «останавливается мысль» и иногда он не в состоянии правильно произнести нужное слово. Все это длится очень недолго и развивается в связи с особо напряженной работой, например во время чтения доклада или при волнении перед выступлением. Впрочем, иногда сходные состояния развивались у больного, по-видимому, спонтанно.

Описываемый синдром мы наблюдали еще у нескольких больных, но там он проявлялся не в столь чистом виде, почему мы этих наблюдений не приводим.

Сопоставляя приведенные наблюдения, мы должны признать, что и при неврастении возможно развитие периодически появляющихся непродолжительных состояний измененного сознания. Общей их чертой является то, что они развиваются не спонтанно, а почти всегда появляются в связи с какой-то определенной ситуацией, специфической для каждого больного.

Так, эти особые состояния сознания могут быть вызваны усиленным сосредоточением внимания, иногда в специальных условиях (например, во время доклада, или при необходимости одновременной фиксации внимания в двух направлениях, или при сосредоточении внимания в условиях отсутствия других внешних впечатлений), или вызываются пребыванием в одиночестве, без всяких внешних раздражений, или необходимостью внезапного переключения из состояния покоя на какую-нибудь деятельность, или просто отрицательно окрашенными переживаниями.

Эти короткие приступы выражаются ощущением измененности внешних впечатлений типа своеобразной деперсонализации или чувства незнакомого (*jamais vu*), или удаленного, или в виде невозможности держать свою

мысль в нужном направлении, или в виде ощущения своеобразной «разобщенности», торопливости и спешки, или «временного замирания мозговой деятельности» и т. п. Все это объединяется представлением «об особых состояниях сознания» или о «сноподобных состояниях» и, по-видимому, связано с диффузным гипнотическим состоянием коры больших полушарий. В ряде случаев такое гипнотическое состояние может развиваться в результате отрицательной индукции из концентрированного очага раздражения и на фоне ослабленной коры; в других случаях оно зависит, наоборот, от иррадиации торможения при сниженном тоне коры. Очень возможно, что эти состояния могут фиксироваться по условно-рефлекторному механизму.

Эти короткие сноподобные состояния при неврастении могут напоминать особые состояния сознания при эпилепсии, за которые они часто и принимаются врачами. Однако они существенно отличаются от эпилепсии: они не сопровождаются другими проявлениями эпилепсии и не поддаются антиэпилептическому лечению, в то время как лечение, направленное против невроза, в ряде случаев дает при этих состояниях вполне определенное улучшение; к этому следует прибавить, что в тех случаях, где при этих состояниях мы могли провести запись биотоков, ЭЭГ также не обнаруживала изменений, характерных для эпилепсии.

Таким образом, дальнейшие наблюдения подтверждают клиническую ценность констатаций, первоначально сделанных на павловских средах. Следует иметь в виду, что понимание этих особенностей течения неврастения в виде иногда встречающихся коротких сноподобных состояний изложено здесь с точки зрения автора и еще не является общепризнанным в современной неврологии. Вопрос этот, конечно, еще нуждается в дальнейшем изучении.

### ***Навязчивые состояния***

Особые невротические симптомы, объединяемые под общим названием состояний навязчивости (навязчивые страхи, мысли и действия), некоторыми неврологами (В. А. Гиляровский, Е. А. Попов, А. Г. Иванов-Смоленский, Б. Н. Бирман, Н. П. Татаренко, М. Б. Умаров,

А. М. Свядоц и др.) описываются в качестве самостоятельного заболевания под названием невроза навязчивых состояний, некоторыми (В. Н. Мясищев, Е. К. Яковлева и др.) объединяются с психастенией, другими же авторами, согласно с воззрениями И. П. Павлова, не выделяются в отдельное заболевание, а считаются симптомами, встречающимися при любых неврозах, т. е. и при психастении, и при истерии, и при неврастении. Поскольку именно при неврастении эти состояния встречаются чаще всего, мы и даем их описание в этом разделе. Следует иметь в виду, что в тех случаях неврастения, где встречается синдром навязчивых состояний, он клинически часто выдвигается на первый план, по сравнению с остальными проявлениями болезни. Следует также напомнить, что, хотя навязчивые состояния встречаются при всех трех видах неврозов, они все же при истерии и при психастении в некоторых своих деталях отличаются от того, что характеризует эти состояния при неврастении, о чем более подробно будет сказано ниже.

Общей характеристикой состояний навязчивости является то, что больной, по крайней мере вне момента наплыва навязчивых состояний, прекрасно отдает себе отчет в их бессмысленности и нелепости, но в то же время почему-то переживает их снова и снова и притом в совершенно стереотипной форме, не будучи в состоянии избавиться от них усилием воли.

Эти странные состояния уже давно привлекали к себе внимание неврологов и давали повод для применения различных терминов и психологических объяснений.

Эскироль (Esquirol) называл эти состояния мономаниями, Фалре (Falret) — болезненным сомнением (*folie du doute*), Шюле (Schüle) говорил о насильственных представлениях, Вестфаль (Westphal) называл эти состояния «абортивным сумасшествием», считая, что в основе их лежит дефект логики, рассудка, в то время как Морель (Morel) основу синдрома приписывал нарушению в области эмоций. И. М. Балинский (1858) показал, что общим для всех этих состояний является их чуждость сознанию больного. Он же предложил и очень удачный русский термин «навязчивых» состояний. И. А. Сикорский (1889), описывая эти состояния, называл их «паразитными умственными процессами». Рус-

ские невропатологи и психиатры внесли немало ценных данных в изучение этих состояний (Ю. В. Каннабих и др.). Подробно изучали навязчивые синдромы московские психиатры П. Б. Ганнушкин и С. А. Суханов.

Поднятые в свое время споры о том, лежат ли в основе этих состояний дефекты логики или нарушения эмоциональной сферы, не привели ни к каким результатам, и такая субъективно-психологическая трактовка вопроса в дальнейшем отпала. Эти состояния долгое время продолжали оставаться совершенно необъяснимыми и непонятными, вплоть до того времени, когда И. П. Павлов представил их правильное физиологическое понимание.

Навязчивые состояния делятся обычно на навязчивые страхи (фобии), навязчивые мысли (обсессии) и навязчивые действия, называемые иногда импульсиями. Чуждость основному содержанию сознания и невозможность от них освободиться усилием воли являются общими для всех этих состояний. Это, казалось бы, оправдывало их совместное описание, тем более, что часто встречаются и сочетания этих трех навязчивых симптомов. Однако делаются попытки и более принципиального расчленения внутри всей этой большой группы, в частности многие авторы (Л. Б. Гаккель, 1956; и др.), следуя указаниям И. П. Павлова, противопоставляют фобии, как имеющие несколько иную патофизиологическую основу, другим видам навязчивых состояний.

Были сделаны и другие попытки внутреннего расчленения этой группы. Так, пытались разделить навязчивости на «реактивную форму» и «форму развития» (Е. К. Яковлева и др., 1958), что, однако, едва ли можно считать правильным, поскольку резкой грани между этими формами провести не удается.

В первый период изучения навязчивых состояний каждую конкретную форму навязчивости пытались описывать как особую болезненную единицу и придавать ей отдельное название. Так появились такие обозначения, как «агорафобия» (боязнь площадей и переходов через открытое пространство), «клаустрофобия» (боязнь находиться в закрытом помещении), «зрейтофобия» (боязнь покраснения), «лиссофобия» (боязнь заразиться собачьим бешенством) и др. Вскоре выяснилось, что все эти разнообразные формы являются проявлениями одной и той же основной болезни, и при описании даль-



нейших конкретных клинических вариантов им уже перестали придавать особые названия. Однако знание этих конкретных проявлений навязчивости для врача очень важно, почему и необходимо их здесь вкратце перечислить.

\* \*  
\*

Рассмотрим сперва, в каком виде могут проявляться навязчивые фобии.

Навязчивость выражается в боязни самых различных ситуаций, причем большей частью на самом деле вовсе не столь опасных. Боятся смерти своей или своих близких, высоты (балконы, мосты), темноты, одиночества, пожара в театре, толпы, похорон, мертвецов, острых предметов, заражения через рукопожатие или прикосновение к дверной ручке, простуды даже при ничтожных переменах температуры, выстрелов, опоздания, недержания газов, сумасшествия, мелких животных (крысы, мыши), чужих взглядов, наводнения и мн. др. Один из бывших под нашим наблюдением больных боялся, что что-нибудь может попасть ему в чай, что его случайно может убить электричество, что парикмахер может нечаянно обрезать ему язык; другой больной боялся, что на улице на него может случайно упасть фонарь. Многие больные боялись покраснеть при каком-нибудь разговоре или что у них не вовремя возникнет позыв к мочеиспусканию. Одна из наших больных боялась представления о собственных внутренних органах, брака, деторождения, ответственности, пребывания в лесу или в темноте. Другой больной боялся мостов, обрывов, высоты, возможности нечаянно ударить беременную женщину. Часто у одного и того же больного развиваются фобии в отношении очень многих конкретных ситуаций. Так, больная Ш. (одна из наиболее слабых наших больных, страдавших навязчивостью) боялась темноты, смерти, болезней, пароходов, поездов, автомобилей, мышей, коров, купанья и плохой пищи. Одна из наших больных боялась, чтобы кто-нибудь ее нечаянно не загипнотизировал. Между прочим, объекты фобий разных болезней за последнее время начали несколько меняться: раньше чаще всего боялись сумасшествия, рака, собачьего бешенства и сифилиса; теперь начали

появляться, кроме того, фобии артериальной гипертонии, инфаркта миокарда, лучевой болезни и лейкозов.

Примечательно, что навязчивый страх, связанный с болезненным представлением, нередко генерализуется по каким-либо ассоциациям, например, распространяется на одни только названия объекта фобии или даже на различные слова по созвучию. Так, одна наша больная, навязчиво боявшаяся змей, вскрикивала и начинала дрожать, если она случайно услышит слово «змея», а один больной, боявшийся заболеть раком, очень волновался, если слышал слова, похожие на слово «рак» («краб», «брак», «раковина» и т. д.); другая больная, боявшаяся сумасшествия, окон, острых предметов и бешенства, не могла спокойно слышать и самое слово «бешенство».

Примечательно и то, что больные легко соглашались с объяснениями, указывающими на то, что страхи эти нереальны, что на самом деле никакой опасности в объектах этих страхов не заключается и т. п., и тем не менее они их преодолеть не могут и часто все свое поведение изменяют в связи с такими навязчивыми страхами. Так, один из наших больных, страдавший боязнью заразиться собачьим бешенством, соглашался, что нет на самом деле никакого риска, если мимо него пробежала собака с высунутым языком, с которого будто бы могла незаметно капнуть слюна на его одежду и т. д., а между тем он все же, чтобы погасить свой страх, предпочитал в таком случае лишний раз провести курс антирабических прививок! Точно так же один из наших больных, боявшийся рукопожатий и высоты, на всякий случай, «чтобы нечаянно не выброститься из окна», предпочитал на ночь привязывать себя к кровати. Многие больные стойко видоизменяют все свое поведение в связи со своими навязчивыми опасениями, например, никогда не выходят одни на улицу или всегда заранее мочатся перед тем как куда-нибудь пойти и т. п. Один профессор, страдавший навязчивой боязнью покраснеть, свободно читал лекции перед большой аудиторией, но лишь в том случае, если кафедра была расположена так, чтобы он сидел спиной к свету, — тогда внезапное покраснение было бы его слушателям незаметно, и этот страх его не беспокоил.

Больные, как мы видим, боятся часто того, что им или их близким может причинить какой-то вред. Кажется, однако, совершенно непонятным, каким образом эта боязнь превращается иногда, наоборот, в своеобразное желание самому причинить этот вред и боязнь того, как бы не осуществить на самом деле этого желания.

Так, наша больная Б. боялась, что она вдруг на ходу выскочит из трамвая, или бросится под идущий трамвай, или столкнет с трамвая пассажира, или прыгнет с моста в Неву, или даже столкнет в воду свою дочку, — и тогда она должна была скорее переходить на противоположный тротуар набережной, чтобы быть подальше от воды. К нам на консультацию приезжал врач, испугавшийся того, что он, очевидно, заболевает психически, так как вдруг он почувствовал страх от того, как бы он парочно не ударил топором своего ребенка, которого он очень любил и за которого всегда очень волновался. Один из наших больных, страдавший боязнью высоты, рассказывал, что когда он находится на высоко расположенном балконе, он всегда старается держаться рукой за что-нибудь, чтобы удержать себя от очень неприятного желания спрыгнуть с балкона вниз. Он же объяснил, что если он боится переходить через Неву по мосту, то вовсе не от опасения, что мост провалится или что он почему-либо случайно свалится с моста, а от опасения, что он сам нарочно спрыгнет в воду. Эти странные превращения «страхов» в «желания» сделались понятными только тогда, когда в их трактовке применены были павловские представления об ультрапарадоксальных гипнотических фазах (см. ниже).

Из особых видов фобий можно упомянуть еще о некоторых видах навязчивых опасений, связанных с той или другой профессией. Так, еще В. М. Бехтерев описывал у актеров боязнь выхода на сцену. Мы наблюдали молодого врача, которому часто приходилось присутствовать на вскрытиях и который не мог побороть в себе навязчивого страха (в нелепости которого он был совершенно уверен), что, может быть, перед ним вовсе не труп, а живой человек, находящийся в «летаргическом сне», и только когда на вскрытии извлекалось сердце, он успокаивался, так как теперь был уже уверен, что перед ним несомненно находится труп. Есть и еще одна мелкая

навязчивость, свойственная врачам: это — боязнь случайной ошибки в прописываемом рецепте; врач в таких случаях прекрасно знает, что запятая поставлена на месте и число нулей правильно, а все-таки, чтобы успокоить себя, для верности просит иногда еще раз проверить написанный рецепт. Сниженный тонус коры, как известно, всегда способствует развитию навязчивости. Поэтому становится совершенно понятным наблюдение, которое сообщала Н. П. Татаренко (1956) о враче, который, засыпая и находясь в полудремотном состоянии, вдруг пугался мысли о возможно сделанной им ошибке в рецепте, а утром уже сам смеялся над этим своим ночным преувеличенным страхом.

Атака фобий часто сопровождается выраженными вегетативными сдвигами: появляется бледность лица, одышка, пот, тахикардия, может наблюдаться расширение зрачков.

Замечательно, что больные, страдающие навязчивыми страхами, удивительным образом вырабатывают у себя странные способы борьбы с этими страхами. Эти способы кажутся совершенно нелепыми, однако они прекрасно достигают цели. Так, наш больной М., навязчиво боявшийся, чтобы с его домашними не случилось в его отсутствие какого-нибудь несчастья, должен был, выходя из дома, притронуться рукой к деревянному колышку, вбитому около его двери, или прикоснуться к пуговицам своего костюма, после чего навязчивые страхи исчезали. Это — так называемые «ритуальные действия», или «ритуалы», которые могут быть очень разнообразны. Так, мы наблюдали больного мальчика Г., страдавшего страхом смерти и разработавшего сложный ритуал, избавлявший его от этих страхов: он должен был для этого как-то особенным образом подпрыгивать, смотреть на себя в зеркало выше своих глаз или подбрасывать вверх лежащие на земле предметы. Имеется, конечно, незаметный переход этих сложных ритуальных действий при фобиях к распространенным среди малокультурных людей разного рода приметам, вроде необходимости 3 раза плюнуть, чтобы не случилось какого-нибудь несчастья и т. п. Эти приметы содействуют у больных известному успокоению нервной системы совершенно так же, как ритуальные действия снимают навязчивые страхи.

Вопрос о том, каким образом образуются навязчивые страхи, неоднократно обсуждался. Наиболее вероятно допущение, что эти фобии все же разрастаются большей частью из вполне реальных, хотя и значительно преувеличенных опасений. Так, человек, болезненно боящийся внеполового заражения сифилисом, доводит до степени патологии вполне реальную опасность, так как внеполовой сифилис действительно встречается; им можно заболеть и от него должно оберегаться. Точно так же такие моменты, которые являются объектами фобий (сумасшествие, рак, разные болезни, простуда, смерть, возможность утонуть во время купанья или попасть под идущий грузовик и т. п.), всегда на самом деле могут встречаться в жизни. Барре указывал на то, что навязчивая боязнь перехода через широкие площади нередко развивается у лиц с некоторой дисфункцией отолитового аппарата, у которых действительно легко могут наступать при переходе через открытое пространство головокружения и потеря равновесия. Многие навязчивые страхи развиваются после того, как на самом деле имела место сходная ситуация; например, навязчивая боязнь подавиться твердой пищей развивается после случайного поперхивания и т. п. Таким образом, следует считать, что фобии чаще всего представляют собой случайно пережитые больным жизненные опасения, непропорционально разросшиеся до степени тяжелого патологического симптома.

Фобию следует строго отличать от бреда. В первом случае больной ясно сознает навязчивый, болезненный характер одолевающего его страха, во втором случае больной глубоко уверен в том, что содержание его страха вполне реально, т. е. что он, например, действительно может заболеть благодаря прикосновению к дверной ручке и т. п. Хотя физиологический механизм, в виде застойности нервных процессов, может быть сходным при обоих процессах, тем не менее клинически их следует строго различать. При этом надо учитывать, что полная сохранность критики при навязчивых страхах характерна иногда только для больных вне острых приступов фобии, в то время как в течение самих острых приступов страха больные могут считать испытываемую ими опасность на самом деле вполне реальной.

Другим видом навязчивых состояний являются навязчивые мысли, или обсессии. В этих случаях больной почему-то должен повторять про себя одну и ту же фразу или мысль, нелепость которой он большей частью отлично сознает. Так, одна из наших больных во время еды постоянно думала о том, что от еды она «толстеет», другую постоянно одолевал навязчивый вопрос: «К чему жить»? Больная Е., о которой речь шла раньше (стр. 90), постоянно думала о том, что окружающие могут считать ее душевнобольной. Одного нашего больного преследовала мысль, что у него «неестественная», «презренная» походка, а другого — мысль, что у него «глупая улыбка». Иногда навязчивые мысли касаются сексуальных тем. Так, одного из наших больных преследовали неприличные сексуальные представления о собственной матери, а также навязчивые представления об эрекции и недержании мочи. Насильственные порнографические представления о близких людях мы наблюдали и у других больных с навязчивыми состояниями. Один больной должен был почему-то постоянно представлять себе, будто бы он есть *faeces*. Иногда встречаются навязчивые воспоминания. Так, один из наших больных должен был обязательно вспоминать, где он раньше видел или на кого похоже встречающееся ему лицо (не смешивать с феноменом *deja vu!*), а также подробно запоминать и записывать целую кучу незначащих мелочей. Такую же потребность вспоминать, где он видел какое-нибудь лицо, испытывал и другой больной неврастением, страдавший, кроме того, от навязчивой мысли, будто окружающие люди постоянно пристально его разглядывают.

Одна из наших больных, 44-летняя Я., обнаружила в очень своеобразной форме навязчивое мудрствование по типу так называемого «*folie du doute*», причем главной темой навязчивых мыслей была людская несправедливость — «почему говорят одно, а делают другое?», «почему делают не то, что нужно?» и т. п. Из-за таких постоянных мыслей и сомнений она начала бояться ходить в гости: «Вдруг введу в расход?», — а иногда даже дома переставала есть, — «вдруг не хватит детям?», — и сидела голодной.

В основе навязчивых мыслей, подобно навязчивым страхам, лежат большей частью какие-либо связанные с этим переживания больного, оказавшиеся непосиль-

ными для его нервной системы и превратившиеся в патологические. Так, из анамнеза вышеприведенной больной Я. выяснилось, что ее сомнения прослеживались до самого детства, а детство, действительно, было у нее очень трудным и изобиловало переживанием многих обид, которые ей приходилось переносить.

Содержание навязчивых мыслей и представлений очень разнообразно. Некоторые больные должны почему-то повторить про себя ряды цифр или постоянно считать окна домов, или число этажей, или свои шаги и т. п. Очень слабой степенью таких навязчивых психических переживаний является известный факт, когда какой-нибудь мотив или строчка стихотворения может «застрять» в сознании, и в течение некоторого времени человек никак не может от этого отделаться. Интересно, что эти навязчивые переживания могут даже не быть оформленными в какие-нибудь конкретные заботы или мысли, а состоят просто в навязчивой потребности представлять себе в воображении то или другое зрительное ощущение. Так, мы наблюдали больную, мучительно страдавшую от того, что к ней вдруг «привязывается» внешний вид какого-нибудь случайно увиденного ею предмета, и она должна была после этого беспрестанно возобновлять в своем сознании это зрительное представление, что ее пугало и приводило в отчаяние.

Последним вариантом навязчивых состояний являются навязчивые движения или действия (так называемые импульсии).

Навязчивые движения представляют собой своеобразную потребность совершать какое-нибудь логически не мотивированное действие, например, прикоснувшись одной рукой к какому-либо предмету, обязательно прикоснуться к нему и другой рукой, или сделав какое-нибудь движение, обязательно повторить его еще один раз, или всегда в одном и том же порядке сложить вечером свою одежду и т. п.

Часто навязчивые движения выражаются в виде так называемых «тиков». Это психогенно обусловленные стереотипно повторяющиеся короткие, как бы судорожные, сложные движения. Они часто сопровождаются своеобразной потребностью совершить это действие. По своей формуле движения эти очень разнообразны. Иногда это своеобразные короткие подергивания лицевой

мускулатуры, гримасы, подмигивания, щелканье языком или звуки вроде хрюканья или откашливания, или подергивания шей, или какие-нибудь движения конечностями. Эти движения никогда не ограничиваются мышцами, иннервируемыми только определенным нервом. Часто они держатся некоторое время, а затем заменяются другим движением. Относительно часто тики появляются впервые в детском и отроческом возрасте.

В ряде случаев навязчивые движения разрастаются в гораздо более сложные действия.

Так, 19-летний больной К. должен был три раза дотрагиваться до какого-нибудь предмета, три раза плевать, симметрично прикасаться к чему-нибудь обеими руками и одновременно обе руки отнять, считать до 6, 6 раз обводить прочитанные слова, перечитывать определенное число раз некоторые страницы (например 4-ю, 9-ую и 29-ую), а когда он засыпал, должен был обязательно держать ноги вытянутыми и отбивать ими мелкие шажки. Другая больная должна была повторять про себя ряды цифр, а некоторые слова повторять по 6 и 11 раз. Одна больная, страдавшая, кроме того, тиком шейной мускулатуры, должна была навязчиво смотреть на кончики своих ног и на свои руки. Одна больная должна была почему-то постоянно перевертывать бывшие у нее в руках вещи, чтобы посмотреть на них с другой стороны, а в детстве она должна была особым движением хлопать рукой по своим игрушкам; она же навязчиво боялась сумасшествия. Больной Г. со слабым, инертным типом нервной системы должен был дотронуться до борта своего пиджака, своеобразно подхрюкивать, нарочно коверкать слова, коснуться ладонью угла стола, дергать шей и лизать борт рубашки. Многие больные должны были очень долго мыть свои руки. Один наш больной должен был писать письма своей матери обязательно каждый день и опускать их непременно в один и тот же почтовый ящик, находившийся на вокзале.

Иногда больные, понимающие нелепость этих никому не нужных действий, в течение какого-то времени пытаются бороться с ними, но они испытывают непреодолимую потребность все же уступить своему желанию и, произведя навязчивые движения, чувствуют своеобразное успокоение. Один больной сказал: «курильщики го-



ворят, что им ведь не всегда хочется курить, а потребность в этом наступает периодически, так же и я чувствую периодическую потребность сделать определенное движение».

Как мы видим из приведенных примеров, эти навязчивые движения очень близко стоят к рассмотренным выше ритуалам при фобиях. И здесь также навязчивые движения могут фигурировать в сознании больного в качестве своеобразного предотвращения от какого-нибудь несчастья.

Иногда наблюдаются обратные состояния — навязчивая невозможность произвести какое-нибудь действие. Этот последний симптом встречается нередко в виде навязчивой невозможности помочиться в присутствии посторонних.

Все перечисленные варианты навязчивых состояний очень часто комбинируются в разных сочетаниях у одного и того же лица.

Очень возможно, что представление о навязчивых состояниях следует дополнить и еще одним особым видом — навязчивыми ощущениями. Такова была, например, большая, описанная Л. Б. Гаккель, страдавшая навязчивым ощущением, что у нее в горле застряло что-то постороннее. Это ощущение появилось после того, как она случайно поперхнулась пищей. Но выяснилось, кроме того, что она перед этим потеряла мужа, страдавшего раком пищевода, и сама начала бояться заболевания раком.

Аналогичные навязчивые ощущения наблюдались и нами у некоторых наших больных.

Если описанные патологические ощущения в ряде случаев следует действительно причислять к явлениям навязчивости, то отдельные условнорефлекторно возобновляющиеся местные большей частью вегетативные нарушения, нередко также называемые навязчивыми, относить к этой группе было бы, очевидно, неправильно. Так, Ф. Д. Громов (1955) описывал очень типичные рвоты у летчиков при прикосновении ларингофона к коже передней поверхности шеи, которые развиваются по принципу стойкого условного рефлекса и для развития которых не требуется никакого специально неврастенического фона.

Все описанные синдромы, долгое время остававшиеся совершенно непонятными, получили свое объяснение в свете физиологического учения И. П. Павлова.

Именно И. П. Павлов показал, что между появлением навязчивых состояний у человека и образованием своеобразных «больных пунктов» в мозговой коре подопытных животных есть большое сходство. В мозговой коре при экспериментальных неврозах можно путем сверхсильного раздражения или путем сшибки вызвать в строго ограниченной области состояния застойного, инертного возбуждения или торможения. Никакие дальнейшие условнорефлекторные связи с таким застойным динамическим комплексом уже невозможны и всякое притекающее к нему раздражение неизменно будет вызывать теперь всегда один и тот же стереотипный раздражительный или тормозной эффект. Точно так и у человека чем-то сорванный динамический комплекс приходит в стойкое инертное состояние и больше не поддается выравнивающей («критической») деятельности всей остальной коры. Получаются «изолированные» или «больные пункты». Такая физиологическая трактовка явлений навязчивости значительно приближает нас к пониманию сущности этого синдрома и одновременно делает излишними все старые, чисто психологические трактовки, когда спорили о том, «логические» или «аффективные» нарушения лежат в основе этих состояний.

Когда мы говорим о такого рода «изолированных» пунктах или комплексах, всегда следует иметь в виду, что здесь можно говорить об «изолированности» лишь очень относительно (А. Г. Иванов-Смоленский). В самом деле, наличие такого «изолированного» застойного комплекса, как мы видели выше, выражается часто в очень сложной психической реакции, в очень сложном изменении всего поведения.

Много раз указывалось (М. К. Петрова и др.), что в основе фобий лежит инертность тормозного процесса, а в основе других проявлений навязчивости (обсессии и навязчивые действия) — инертность раздражительного процесса. Другим неврологам такое обобщение представлялось, наоборот, слишком схематичным.

Замечательным физиологическим обобщением явилось установление очень характерных индукционных отношений между большим пунктом и всей остальной корой. Этими отношениями объясняется снижение явлений навязчивости при активном, высоком тонусе коры и, наоборот, усиление навязчивых симптомов при сниженном тонусе коры, например при различных сноподобных состояниях. В пунктах застойного возбуждения или торможения, лежащих в основе навязчивых состояний, легко развивается отрицательная индукция при общем бодром и активном состоянии всей остальной коры. Наоборот, при вялом, ослабленном состоянии коры они доминируют в сознании больного. Е. А. Попов удачно сравнил эти взаимоотношения со светом уличного фонаря: ночью, в темноте, он ярко освещает окружающие предметы; днем, при ярком солнце, свет фонаря почти незаметен.

Этими же закономерностями отрицательной индукции объясняется успокаивающее влияние различных ритуальных движений. Ритуальное действие мы должны представлять себе как новый, второй очаг концентрации раздражительного процесса в коре больших полушарий, который по механизму отрицательной индукции снижает активность большого пункта. Очень часто такое успокаивающее действие воспроизводилось впервые по случайному совпадению какого-либо приятного переживания с моментом фобии, благодаря чему фобия естественно затухала, а затем это закреплялось по механизму образования прочной временной связи. Приводим очень характерный пример. Жан Жак Руссо сообщал в своей «Исповеди», что еще в детстве он начал сомневаться в существовании бога и, естественно, опасался, что если бог на самом деле существует, ему на том свете сильно достанется за такие сомнения. Это его сильно пугало, но он научился своеобразно бороться с этими страхами. Он «загадывал», что если он бросит в дерево камень и попадет, то, значит, ад ему не угрожает, а так как он, по его словам, выбирал для этого всегда деревья потолще и становился к ним поближе, то такой способ его всегда очень хорошо спасал от страха. Очевидно, когда-то он случайно удачно попал камнем в дерево как раз в то время, когда его дожимали опасения, приятное ощущение от удачного попадания сразу затормозило большой

пункт и, таким образом, образовалась стойкая и на первый взгляд совершенно непонятная связь.

Интересно, что больной пункт играет иногда роль своеобразного «очага доминанты», и тогда всякие новые раздражения могут, суммируясь, еще усиливать активность его. В клинике человека также можно найти примеры, подтверждающие такую закономерность.

С изложенной точки зрения становится понятным и другой странный факт, иногда наблюдаемый в клинике неврозов: если посредством систематической психотерапии удастся погасить у больного совершаемые им навязчивые движения или ритуальные действия, больной нередко реагирует на это периодом общей повышенной раздражительности и дурного самочувствия. Это подметил в свое время еще П. Жане.

Наконец, физиологическая трактовка явлений навязчивости с точки зрения учения И. П. Павлова позволяет понять отмеченный выше странный факт, когда навязчивый страх может превращаться как бы в свою противоположность, в навязчивое желание нарочно совершить какое-то опасное действие. В основе этого явления лежит, очевидно, столь хорошо физиологически изученная ультрапарадоксальная фаза гипноидных состояний мозговой коры.

Есть еще одна интересная деталь в области физиологических трактовок навязчивых состояний. Отмечают (Л. Б. Гаккель, 1960), что глубокой отрицательной индукцией, идущей из раздраженного больного пункта, может быть объяснена та «чуждость» общему содержанию сознания, которая характеризует навязчивые состояния. Таким образом, в основе этой «чуждости» лежит перерыв ассоциативных связей между навязчивыми комплексами (застойными пунктами) и остальным содержанием сознания больного. Именно поэтому больные иногда не могут связать содержания своих навязчивостей со своими прежними переживаниями. Выяснение и объяснение больному такой ассоциативной связи (т. е. какое-то преодоление изолированности застойного пункта) может способствовать ликвидации навязчивых состояний (Е. К. Яковлева).

Рядом советских неврологов были проведены физиологические исследования больных, страдавших теми или другими проявлениями навязчивых состояний, которые

дали довольно однородные результаты. Исследование больных, страдавших навязчивыми состояниями, в лаборатории А. Г. Иванова-Смоленского обнаружило у них ряд общих нарушений корковой динамики: некоторую хрупкость условных связей, повышенную тормозимость, низкий предел работоспособности корковых клеток, склонность к развитию запредельного торможения и инертность тормозного процесса. З. Н. Серебрякова (1954) нашла, что условные рефлексy у больных, страдавших навязчивыми состояниями, нестойки и легко тормозятся, причем в их динамике наблюдается патологическая инертность раздражительного процесса. С. Н. Доценко (1956), работавший по мигательной методике, нашел у этих больных слабость тормозного процесса и инертность или только процессов возбуждения, или (реже) процессов и возбуждения, и торможения. Л. Б. Гаккель (1956), работавшая по методу ассоциативного эксперимента, обнаружила, что латентный период ответных реакций при навязчивых состояниях больший, чем при других неврозах и у нормальных людей. Точно так же у больных навязчивыми состояниями обнаруживалось большее количество однообразных ответов. Инертность раздражительного процесса при навязчивых состояниях была также установлена М. И. Серединой, работавшей по методу А. Г. Иванова-Смоленского и по методу ассоциативного эксперимента.

Мы видим, таким образом, что и при экспериментальном изучении высшей нервной деятельности этих больных на первый план выступают у них проявления инертности нервных процессов, т. е. та же особенность, которая, как показал И. П. Павлов, лежит в основе самого синдрома.

Интересно, что разнообразные проявления навязчивости нередко удается проследить у этих больных с самого детства, причем навязчивости могут проявляться в самой различной форме, то в форме фобий, то в форме навязчивых движений и т. п.

Приводим более подробно очень характерную историю болезни такого рода.

Больная С. обратилась в клинику с жалобами на ужасный страх, который она испытывает последнее время в связи с тем, что слышит в ушах «тиканье часов» Это тиканье часов она слышит то в одном ухе, то

в другом. Она этого страшно боится, постоянно прислушивается к этому ощущению. Дома по ее просьбе убрали все часы, будильники и все, что напоминает такого рода ощущение. Во время разговора, например в гостях, она вдруг вспоминает об этом ощущении, выбегает в соседнюю комнату, где тихо, закрывает двери и прислушивается, есть ли «тиканье»? Она говорит с ужасом на лице, что это — «самое страшное», что она испытала в жизни. Пугает ее это ощущение потому, что ее дядя страдал отосклерозом; она читает медицинские книги и уверена, что это ощущение есть первый признак отосклероза и что ей грозит в будущем потеря слуха.

Ощущение это появилось недавно. Больная заметила этот звук в одном ухе, проснувшись утром, и очень испугалась. Она пошла к специалистам по болезням уха, горла и носа, но те ничего патологического у нее не нашли, за исключением «вазомоторного ринита». Однако через 3 дня подобное ощущение появилось и в другом ухе, после чего она, как сама говорит, совершенно «сошла с ума» от страха. Это ощущение то появляется, то исчезает до настоящего времени.

Из анамнеза нашей больной мы узнаем, что несколько сходные преувеличенные страхи она пережила уже раньше по другому поводу.

Дело в том, что около 15 лет тому назад у больной начались приступы довольно типичной мерцательной скотомы. Перед глазами появлялись какие-то волнистые блестящие линии, и это продолжалось около 40 мин. Последующей головной боли не бывало. Кроме этих мерцательных скотом, бывают и более короткие (1—1½ мин) выпадения поля зрения, то в виде полного выпадения зрения на один глаз, то в виде резкого сужения поля зрения, когда больная видит только, как она говорит, «пяточок», т. е. узенький участок в поле зрения, который еще сохранился; иногда она испытывает столь же непродолжительное ощущение сильного «давления» на глазные яблоки. Все эти ощущения последующей головной болью не сопровождаются. Впрочем, больная говорит, что голова у нее вообще никогда не болит.

Эти-то пароксизмальные расстройства зрения точно так же были в свое время поводом для мучительного страха. Каждый такой приступ, несмотря на то, что окулист не находил в глазах никаких изменений, сопровож-

дался страхом, — «ослепну навсегда». На «Иоланту» больная до сих пор никогда не ходит и даже не может слушать музыку к этой опере. Потерять зрение или слух она боится «смертельно». В то же время говорит, что смерти или других опасных болезней, «например менингита», она не боится вовсе. Однако постепенно страх ослепнуть стал ослабевать, и теперь к своим скотомам, которые продолжаются до настоящего времени, больная относится более спокойно.

Больная постоянно была живой, общительной, подвижной, но особенно «нервной», впечатлительной. В детстве у нее было много навязчивостей типа «примет», которые она сама себе придумывала. Так, она должна была всегда, даже в чужом доме, ставить туфли на полу «в ряд», иначе случится какое-нибудь несчастье. Ее заставляли играть на рояле гаммы  $1\frac{1}{2}$  часа, и ей казалось, что если она не будет играть точно  $1\frac{1}{2}$  часа, что-то плохое может случиться. До самого последнего времени она должна была почему-то непременно делать свой пробор обязательно 3 раза, «иначе что-то случится». Эту последнюю навязчивость она, однако, решила сама побороть и постепенно от этого отстала. В доме у больной был создан своеобразный ритуал с едой, — она «не может» есть некоторых видов пищи. Кроме того, с самого детства и до сих пор у больной постоянно имеется стереотипный тик, к которому она привыкла и который ее не беспокоит; она научилась как-то, выдвигая нижнюю челюсть вперед, продувать себе евстахиевы трубы. Это настолько незаметно, что пока больная сама не рассказала об этом, это не бросалось в глаза. Лет 7 тому назад больная страдала болями в шее и в затылке, которые периодически обострялись в течение нескольких лет, и которые, по-видимому, точно так же очень пугали ее, пока не оказалось, что это миозит, который прошел от массажа и местного применения тепла.

У больной очень резко выражена гиперестезия. Ей кажется, что если она металлической вилкой или ложкой коснется металлической коронки на зубе, через тело ее «проходит ток». Очень чувствительна к громким звукам, которые будто бы «резонируют» у нее в голове. Прислушивается к этим ощущениям. Сообщает все свои жалобы живо, выразительно, с экспрессией. Она постоянно занята, в настоящее время по дому, раньше

служила. Работа и вообще деятельность никаких затруднений для нее не представляют. Наклонности к неуверенности, нерешительности и к постоянным сомнениям нет. Она очень контактна, легко возбудима. Никаких специальных признаков общей инертности в поведении больной не отмечается. В частности, она легко меняет жизненный стереотип. Личная ситуация не осложненная. Замечает только, что за последнее время она сделалась несколько менее подвижной и общительной, менее активной.

Больная жалуется на тревожный сон. Кроме того, ее всю жизнь преследует один и тот же кошмарный стереотипный сон, будто бы у нее изо рта выходят глисты (никогда глистами не страдала). Жалуется также на постоянно холодные, синие «мраморные» конечности.

При исследовании больной С. органических изменений со стороны нервной системы не обнаруживается. Артериальное давление, которое одно время было повышенным, теперь нормально. Глазное дно нормальное. Рентгенограмма черепа нормальная. На ЭКГ обнаруживаются признаки миокардиодистрофии. Менструации нормальны. Больная, хотя она вначале как будто бы и на самом деле была убеждена в том, что «тиканье» в ушах есть признак отосклероза и может привести к глухоте, тем не менее легко соглашается с тем, что это также одно из проявлений свойственной ей навязчивости, и охотно соглашается лечиться.

Мы видим на этом примере, как у человека в течение всей его жизни могут сменяться различные проявления навязчивости, хотя в остальном его нервная система не обнаруживает каких-либо выраженных отклонений.

Значительно чаще, однако, склонность к образованию навязчивых состояний идет рядом с некоторыми чертами характера, уже давно обращавшими на себя внимание врачей.

Так, еще П. Жане описывал тот своеобразный фон, на котором часто разворачиваются навязчивые состояния. Он указывал, что этим людям свойственно постоянное чувство «незаконченности» (*sentiment d'incomplétude*) и чувство сомнения, у них не хватает необходимой в жизни решительности и уверенности в своем поведении.

Эти особенности характера были очень подробно изучены П. Б. Ганнушкиным и С. А. Сухановым. Было со-



здано представление о так называемом «тревожно-мнительном характере». По П. Зиновьеву (1931) навязчивые состояния легче всего возникают у людей мягких, нерешительных, тревожных, не уверенных в себе и склонных к постоянным колебаниям и сомнениям. П. Б. Ганнушкин указывал, что этим лицам свойственно также постоянное сомнение в правильности своих поступков, благодаря чему они часто переделывают одно и то же по нескольку раз. Как мы видим, эти особенности полностью соответствуют современному описанию свойств высшей нервной деятельности, отвечающих так называемому инертному типу нервной системы. Инертность нервных процессов, лежащая в основе самого синдрома навязчивости, прослеживается, хотя и в несколько других формах, нередко в течение всей жизни больного, иногда еще задолго до развития выраженного невроза.

Приводим более подробно характерный пример такого рода.

Больная П., 30 лет, жалуется на «мысли», благодаря которым она должна почему-то все «переделывать», по нескольку раз делать одно и то же или же сделать это еще раз, но как-то «по-другому»; иногда она должна переставить какую-нибудь вещь на другое место, даже все равно как, только бы она не стояла на прежнем месте. Она отлично понимает, что все это необоснованно и совершенно ни к чему и что она этим только «сама себя мучает», но большей частью все же ей приходится уступать этой навязчивой потребности, и лишь редко ей удавалось побороть такое желание. При этом у нее часто появляется мысль, что если она уступит этой своей навязчивой потребности, то она как бы отведет от себя угрожающее ей несчастье. Если она сделает свое навязчивое движение, она чувствует «облегчение». Иногда, когда она пытается бороться со своей навязчивостью, у нее появляется мысль откуда-то изнутри (показывает себе на сердце), которая ей угрожает тем, что если она не сделает этого движения, она ослепнет, или кто-то умрет, или муж попадет под трамвай и т. п. Больная говорит, как будто какой-то «голос» приказывает, однако выясняется, что это не слуховая галлюцинация, а просто иллюзорное переживание.

Из-за своей потребности все переделывать больная испытывает большие затруднения в своей работе и дома.

Так, во время стирки белья ей вдруг начинает казаться, что она «не так» выжала какую-нибудь тряпку и она должна «выжать ее по-другому». То же получается, когда она разжигает примус, моет пол и т. п.

Обо всех этих затруднениях она никому не говорит, даже своему мужу, с которым у нее очень хорошие отношения. Не говорит, потому что «неловко». Муж ее иногда спросит: «Что это ты тряпку три раза поднимаешь с пола?», — и тогда она придумывает какое-нибудь правдоподобное объяснение. На работе она старается «передельывать» так, чтобы этого никто не заметил и этого, кажется, действительно никто не замечает.

Больная всегда торопится, волнуется, все кажется ей недостаточно хорошо сделанным. Сама подсмеивается над собой, говоря: «Дурная голова ногам покоя не дает». Муж говорит ей: «Не надо, чтобы пол был такой уж чистый», — а ей все хочется сделать, как лучше.

Навязчивость с годами усиливается.

Кроме этой навязчивости, есть еще навязчивая боязнь покраснения. В разговоре она уже заранее волнуется, смущается, а иногда ей кажется, что под влиянием ее смущения смущается и краснеет ее собеседник.

Жалуется, кроме того, на головные боли. Она сделала очень раздражительной, легко плачет, может теперь из-за пустяка вспылить, закричать, даже что-нибудь бросить, — раньше ей это не было свойственно и все считали ее спокойной и тихой.

Из анамнеза выясняется, что хотя описанные навязчивые действия появились у нее лишь в течение последних 5 лет, но уже с самого детства у нее были всевозможные навязчивости и страхи. Ее всегда мучила мысль, заперта ли дверь, так что она должна была по нескольку раз возвращаться домой, чтобы это проверить. Всегда была стеснительной. Легко смущалась. По ночам просыпалась и думала, что «того не сделала», «что-нибудь забыла». Еще в детстве, идя по улице, должна была считать окна в домах. Испытывала постоянную неуверенность, — так ли она сделала то или другое? Боялась спать одна в кровати. Боялась (и боится до сих пор) темноты.

Больная не настойчива, ей всегда трудно настоять на своем. Общественной деятельностью она заниматься не может, — «волнуюсь». Из-за своей смущаемости плохо

сходится с людьми: «Не могу, как все, пошутить, посмеяться». Работоспособность у нее сохранилась. Она несколько инертна, и хотя муж советует переменить комнату, ей с привычной комнатой «как-то тяжело расставаться».

Мы видим на примере этой больной, как характерный навязчивый синдром развился из типичных черт тревожно-мнительного характера. Такую комбинацию приходится наблюдать часто.

Так, мы наблюдали 64-летнего профессора, у которого развилось навязчивое опасение потерять равновесие, особенно беспокоящее его, если он один среди чужих людей или сидит на видном месте. В этих условиях у него появляется потребность держаться за ручки кресла; дома, в привычной обстановке этого не бывает. Он очень работоспособен и особой раздражительности у себя никогда не отмечал. Но зато он всегда был неуверенным, застенчивым и мнительным, и теперь, перед лекциями, несмотря на свою большую привычку, волнуется: «Вдруг не хватит материала?» Он очень связан жизненным стереотипом. Замечательно, что в узких пределах своей специальности он может быть, наоборот, очень уверенным и, когда нужно, может спорить и настаивать на своем.

Эту последнюю подробность интересно подчеркнуть: у людей с тревожно-мнительным характером вовсе не редко встречается своеобразная гиперкомпенсация своего дефекта в строго определенной узкой области, особенно в области своей профессиональной деятельности. Неуверенный в житейских мелочах и склонный к постоянным сомнениям, такой человек в избранную им область работы вносит иногда чрезмерную точность и пунктуальность, полностью этой областью овладевает и тут у него может проявляться и большая уверенность в себе и необходимая решительность в своих действиях. Такая гиперкомпенсация дефекта может иногда очень затруднить определение основных типологических свойств данного лица.

Сходная симптоматика имела место у больного 49 лет в следующем нашем наблюдении.

Юрист по профессии. Он страдал приступами спазмов коронарных артерий, но, кроме того, обнаруживал ряд чисто психогенных ощущений в области сердца,

сопровождавшихся общим тревожным состоянием. Чтобы заглушить это тревожное состояние, он должен был все время менять позу или тереть руки, или вообще как-то двигаться, а иногда даже щипал себя за руку, чем и уничтожал эти неприятные ощущения. Выяснение анамнеза обнаружило, что он с молодых лет был всегда очень мнительным и часто испытывал чувство «тревожного ожидания». Ему часто казалось, что он «что-то забыл». Ему всегда была свойственна нерешительность и слабость воли. Всю жизнь он мучил себя сомнениями, — так или этак надо что-нибудь сделать? «Всю жизнь только и делал, что копался в самом себе». Однако подобно предыдущему больному, он в сфере своих служебных дел был благодаря своей пунктуальности всегда уверен в себе и решителен, даже больше, чем другие.

\* \*  
\*

Как указывалось выше, в происхождении ряда типологических особенностей человека, а следовательно, и в происхождении различных невротических нарушений играют роль моменты наследственности. Ближе механизм наследования основных свойств нервной системы еще не изучен. Однако делается понятным нередкое накопление в семье аналогичных невротических проявлений, причем особенно это касается как раз различных состояний навязчивости. В качестве еще примера такого совпадения приводим данные, касающиеся упомянутого выше больного К., который должен был три раза подряд прикасаться к какому-нибудь предмету и т. д. Случай этот был доложен И. П. Павлову М. М. Блюминой на Среде 6/IV 1935 г., причем было обращено внимание на то, что и брат этого больного в том же возрасте тоже страдал навязчивыми действиями. Аналогичные сочетания нередко попадают на нас в нашей практической работе.

Изложенные в этом разделе состояния навязчивости типичны для невротических состояний типа неврастения. Сходные симптомы могут наблюдаться и при психастении. При истерии нередки навязчивые состояния, несколько отличающиеся от изложенных, главным образом, тем, что они гораздо более связаны с моментом внушения или самовнушения. Более подробно они будут изложены в соответствующем разделе.

## ***Диагностика, терапия, трудоспособность и профилактика***

Диагностика неврастении может иногда представить для врача немалые затруднения, в связи с чем сравнительно нередко встречаются диагностические ошибки.

Ошибки эти основываются на том, что при целом ряде заболеваний наблюдаются симптомы, как бы воспроизводящие характерный неврастенический симптомокомплекс: общая раздражительность, быстрая утомляемость, нарушения сна и т. п. Могут развиваться, таким образом, состояния, очень похожие на обычную неврастению, однако резко отличающиеся от нее по своему патогенезу, так как эти состояния уже не являются «психогенными», т. е. не зависят от житейски обусловленного перенапряжения нервных процессов, а развиваются в результате какой-либо органической, инфекционной или токсической «порчи» центральной нервной системы. В отличие от неврастении эти состояния часто называют просто «астениями», или (М. Б. Цукер) «неврозоподобными состояниями».

Причины для развития таких неврозоподобных состояний очень разнообразны.

К ним относятся различные большей частью хронические интоксикации. Особенно важны в этом отношении отравления алкоголем, свинцом и ртутью.

Сюда же относится ряд инфекций, особенно таких, как туберкулез, сифилис, малярия и бруцеллез. В частности, мы наблюдали, что нередко неврозоподобные состояния остаются после перенесенного двухволнового клещевого менинго-энцефалита.

Из аутоинтоксикаций, способных вызывать астенические состояния, следует иметь в виду диабет, а также различные эндокринопатии (базедовизм, заболевания надпочечников, климакс).

Многочисленные заболевания внутренних органов могут также сопровождаться симптомами, напоминающими неврастению. Чаще всего (К. А. Скворцов, 1956) такие симптомы возникают при заболеваниях сердца, сосудов, желудочно-кишечного тракта, печени и поджелудочной железы. Реже они встречаются при почечных и легочных болезнях.

Неврозоподобные синдромы отмечены и в качестве последствий лучевой болезни (И. С. Глазунов и Н. Я. Терещенко, 1960).

Следует иметь в виду, что многие постепенно нарастающие органические заболевания головного мозга, такие, как опухоли мозга, атеросклероз мозговых сосудов или некоторые хронически прогрессирующие дегенерации могут первое время проявляться одними только общемозговыми симптомами, вроде угнетенного настроения, ослабления памяти, головных болей, раздражительности и т. п. Как раз это сходство симптомов должно всегда заставлять врача при предполагаемом диагнозе «неврастении» всегда очень подробно проверять и органический статус больного.

Отдельно следует указать на очень сложную диагностику обычной неврастении от начинающейся гипертонической болезни. При этом следует иметь в виду, что гипертоническая болезнь действительно во многих отношениях должна быть приближена к неврозам.

Как известно, большой заслугой советских ученых было установление того факта, что в происхождении гипертонической болезни особое патогенетическое значение должно быть придано перенапряжению центральной нервной системы. Это воззрение впервые было сформулировано Г. Ф. Лангом. Впоследствии оно было подтверждено А. Л. Мясниковым и рядом других клиницистов. Теоретическое обоснование это воззрение получило в учении К. М. Быкова о кортико-висцеральной патологии.

Выяснилось, что в своей начальной фазе гипертоническая болезнь стоит очень близко к настоящим неврозам. Действительно, у этих больных обнаруживаются такие характерные для неврастении симптомы, как повышенная раздражительность, быстрая утомляемость, расстройства сна, понижение работоспособности, головные боли, повышенная чувствительность к различным внешним раздражениям. Клиника этой невротической фазы гипертонической болезни усиленно изучается в настоящее время.

Отличие этой формы от обычной неврастении заключается, однако, в том, что при ней имеется еще и особая реактивность подкорковых вегетативных аппаратов. Когда происходит невротическое нарушение деятельности

кору больших полушарий, работа подкорки лишается своего постоянного естественного контроля, и склонность к распространенным сосудосуживающим реакциям может принять характер длительного патологического состояния. В области подкорковых вазомоторных центров образуется, таким образом, застойный очаг возбуждения. В начальной же стадии гипертонической болезни артериальное давление еще стойко не повышено, а обнаруживает лишь большие колебания в связи с эмоциональным состоянием больного. Сосуды в этой начальной «невротической» фазе болезни отвечают вазоконстрикторной реакцией на самые различные раздражители. Больные при волнениях и при всякого рода сложных жизненных положениях легко бледнеют, ощущают сердцебиения, жатие или боли в сердце и т. п. и легко могут быть приняты за больных неврастенией, которая, как мы видели, нередко протекает при наличии определенной дефектности сердечно-сосудистой системы.

Тем не менее в отношении таких состояний возможна определенная дифференциальная диагностика. Т. С. Истаманова (1958), специально изучавшая сердечно-сосудистые изменения при неврастении, указывает, что все же между этой формой неврастения и невротической фазой гипертонической болезни, несмотря на наличие большого сходства, имеются определенные различия. Так, при неврастении артериальное давление задерживается на высоких цифрах лишь непродолжительное время, да и вообще не достигает столь высоких цифр, как при гипертонической болезни. При неврастении ярче выражены общевневротические симптомы и массивнее выражены жалобы на неприятные ощущения со стороны сердца (при гипертонической болезни жалобы на сердце часто вообще отсутствуют). Чаше, чем при гипертонической болезни, у больных неврастенией находят функциональные шумы в сердце и значительную лабильность пульса. Важно также то, что у больных гипертонической болезнью уже рано появляются спазмы коронарных артерий и сосудов глазного дна. Очень важно указание Т. С. Истамановой на то, что у большинства больных, страдавших неврастенией с жалобами сердечно-сосудистого порядка, в дальнейшем гипертоническая болезнь так и не развивалась.

Значительным поводом для дифференциально-диагностических затруднений при неврастении могут быть, далее, отдельные ее симптомы.

К ним относятся головные боли. Поскольку головные боли при неврастении могут быть не постоянными, а то появляться, то снова исчезать, они могут несколько напоминать приступы мигреней. Однако (в отличие от мигреней) приступы головной боли при неврастении значительно менее стандартны по своей длительности и лишены своего собственного ритма. Кроме того, приступы неврастенической головной боли не сопровождаются рвотой и не связываются с какими-нибудь локальными симптомами, вроде мерцательных скотом, гемипарестезий и т. п. Что же касается провоцирующего влияния психического напряжения в происхождении приступа головной боли, то этот симптом, как известно, может иметь место и при неврастении, и при мигрени.

Необходимо, конечно, при наличии упорных головных болей всегда, кроме того, тщательно исключить какое-нибудь органическое интракраниальное заболевание.

Некоторые диагностические затруднения могут представлять различные болевые ощущения и разнообразные «парестезии в голове», являющиеся симптомом так называемого «психосенсорного» или «псевдоневрастенического» варианта современного эпидемического энцефалита («энцефалит Экономо», или «энцефалит А»). Эти больные часто высказывают жалобы на очень сложные, мучительные болевые ощущения в теле и особенно в голове, которые они описывают очень своеобразно и всегда так, что сразу чувствуется отличие этих ощущений от того, что всем нам свойственно в обыденной жизни. Уже в самих этих описаниях ясно виден галлюцинаторный характер ощущений. Так, больные говорят, что они чувствуют в мозгу или даже в определенном ограниченном отделе мозга «тошноту», в каком-нибудь месте головы «распирание», чувство «увеличения» или «уменьшения» и т. п. — т. е. ощущения, которые ближе подходят к вариантам так называемого искаженного восприятия своего тела. При этом такого рода высказывания крайне монотонны и больные их без конца повторяют (всегда в одних и тех же выражениях), воспроизводя, таким образом, типичную картину энцефалитической прилипчивости, или «акайрии», как называл ее



М. И. Аствацатуров. Могут быть обнаружены и другие отличия. Так, потеря умственной работоспособности при эпидемическом энцефалите может быть выражена значительно резче, а расстройства сна большей частью выражены не в форме бессонницы, а в форме сонливости. Кроме того, псевдоневрастенический синдром при эпидемическом энцефалите развивается вне связи с какими-либо перенапряжениями нервной системы, и больные эти никогда не могут объяснить, почему они заболели.

Боли в разных местах тела (например, в позвоночнике), разнообразные парестезии, а также ряд различных соматических жалоб нередко встречаются при неврастении и требуют всегда не меньшего внимания, чтобы убедиться в том, нет ли в основе этих ощущений какого-либо местного патологического процесса. Так, очень часто неврастенические боли в спине смешиваются с болями на почве хронического спондилартроза.

При очень сильно развитой физической утомляемости может возникнуть подозрение на миастению. Отсутствие характерной электрической («миастенической») реакции, а также отсутствие быстрого эффекта от введения антихолинэстеразных препаратов (прозерин и др.) легко позволяет в этих сомнительных случаях исключить миастению. Кроме того, мышечная слабость при неврастении всегда касается лишь мускулатуры туловища и конечностей и никогда не распространяется на наружные мышцы глаза, на жевательную мускулатуру и на другие мышцы, иннервированные черепномозговыми нервами.

Очень сильная физическая утомляемость заставляет также всегда подумать о диссеминированном склерозе, которому, однако, всегда свойственно и наличие других органических симптомов.

О дифференциальной диагностике между встречающимися при неврастении короткими особыми состояниями сознания и эпилепсией мы говорили выше. Эта диагностика может быть очень трудной. В спорных случаях здесь во многом может помочь запись биотоков мозга.

Очень трудно в некоторых случаях отличить неврастению от депрессивной фазы циклотимии. Иногда только хорошо собранный анамнез позволяет установить точный диагноз.

Отдельные вегетативные проявления неврастении приходится иногда дифференцировать от местных вегетативных невритов или ганглионевритов, что часто представляет собой нелегкую задачу, поскольку и при этих последних могут вторично развиваться невротические симптомы. В этой области, может быть, чаще, чем в других, мы можем встречать столь нередкие органоневротические сочетания.

Особую трудность представляет диагностика различных навязчивых состояний. Эти состояния (навязчивые мысли и действия) иногда смешивают с насильственными состояниями при паркинсонизме или с местными гиперкинезами иного происхождения, иногда — с начальными симптомами шизофрении.

При различных вариантах постэнцефалитического паркинсонизма хорошо известны разнообразные, часто неестественные и причудливые двигательные акты, которые проделывают эти больные. Акты эти бессмысленны, ничего не выражают и ни с какой навязчивой потребностью сделать эти движения не связываются. Они лишены и всякого ритуального значения. Движения эти носят характер «насильственных», т. е. совершенно не зависящих от психики больного. Часто они появляются в виде длительных пароксизмов и иногда сопровождаются своеобразными изменениями психики. Лучше всего из таких насильственных движений изучена так называемая «судорога взора», когда оба глаза непроизвольно заводятся кверху, и такое состояние длится иногда несколько часов, проходя большей частью во время сна. Сюда же относятся такие судорожные движения, как кривошея, судорожная зевота или глотание, насильственное облизывание губ и т. д. Один из наших больных в течение нескольких минут судорожно «рычал» и в это время проявлял агрессивные тенденции.

К таким же насильственным дискинезиям должны быть отнесены и так называемые парадоксальные кинезии паркинсоников (про- или ретропульсии и др.). Наряду с такого рода судорожными движениями, при паркинсонизме встречаются и обратные состояния: внезапная невозможность произвести какое-нибудь обычное движение. Так, одна из наших больных, выходя из палаты в коридор, вдруг останавливалась и не могла сделать ни одного шага дальше. Другая, во время еды,

вдруг не могла делать никаких дальнейших движений ни языком, ни нижней челюстью и должна была в такие моменты пальцами вытаскивать изо рта находящуюся в нем пищу.

Ясно, что эти «насильственные» симптомы принципиально отличны от симптомов «навязчивых». Врач, правильно представляющий себе сущность и патофизиологический механизм навязчивости, такой ошибки, конечно, никогда не сделает.

Более затруднительной может быть диагностика тех навязчивых «тиков», которые развиваются большей частью только в лицевой мускулатуре и выражаются в произвольных подергиваниях лицевых мышц. Они, конечно, легко отличимы от болевого тика при невралгии тройничного нерва, а также от лицевого гемиспазма, который строго односторонен и захватывает одни только мышцы, иннервируемые лицевым нервом. Что же касается таких форм, как блефароспазм или другие двусторонние сокращения лицевой мускулатуры (так называемый лицевой «параспазм»), то здесь не всегда легко отличить навязчивое движение невротика от проявления какого-либо стриарного процесса (энцефалит, артериосклероз). Всегда в таких спорных случаях следует искать в статусе больного каких-либо других мелких проявлений экстрапирамидной симптоматики. При этом следует помнить, что ухудшение гиперкинеза под влиянием волнения, иногда рассматриваемое как доказательство его невротической природы, свойственно и многим гиперкинезам органического происхождения, а также то, что больные в состоянии часто затормозить и органические гиперкинезы по принципу отрицательной индукции. Так, больные, страдающие органическим лицевым параспазмом, нередко отмечают, что спазм у них исчезает в специальных условиях, например при смехе или плаче, при пении, при жевании или при свисте и т. п. Неучет этого фактора легко может заставить врача принять органический гиперкинез за навязчивое движение.

Труднее отличить навязчивые симптомы от подкрадывающейся шизофрении, так как начальные симптомы при ней могут близко воспроизводить синдром навязчивости, и иногда только дальнейшее течение выявляет истинную сущность процесса.

В виде очень доказательного примера приведу сжато историю больной, наблюдавшейся в клинике неврозов И. П. Павлова (Среда 15/1 1936 г.) и описанной Л. Б. Гаккель (1956).

Эта больная, выросшая в очень тяжелых семейных условиях, с 7-летнего возраста, после смерти своей сестры, начала в связи со страхом смерти производить сложное навязчивое движение, состоявшее в том, что она должна была прикоснуться пальцем левой руки к губам, а затем вытирать этот палец обязательно о какую-то гладкую поверхность. В дальнейшем присоединился навязчивый страх изнасилования, затем — потребность складывать вещи в определенном порядке и как-то особым образом вытирать сундук, в котором сохранялись ее тетрадки. Постепенно развился страх загрязнения, а в дальнейшем все эти навязчивые синдромы стали перерастать в нелепые формы поведения, свойственные уже не невротической навязчивости, а настоящему бреду. Так, она часами сохраняла неестественную позу, состоявшую в том, что она держала правую руку поднятой кверху так, чтобы выше всего находилась «зенитная точка тела», т. е. мякоть 3-го пальца правой руки; начала бояться «отделить что-нибудь от себя» и с этой целью ела свои ногти, волосы, по несколько дней не испражнялась, не позволяла выносить свою мочу из квартиры и т. п. Появился страх «прицепляемости». Отвечала другим, только если они говорят шепотом. Появилась бредовая идея отравления и она заставляла своего мужа предварительно пробовать пищу, которую ей дают. Иногда подолгу стояла, не могла заставить себя сесть. Появились и бредовые идеи величия (о какой-то своей особой одаренности и талантливости) и т. п.

Мы видим на этом примере, как постепенно начали видоизменяться симптомы навязчивости, которые первое время легко могли сойти за проявления ритуальных действий при навязчивых страхах, как эти ритуалы начали превращаться в совершенно бессмысленные стереотипные действия, как навязчивые идеи начали превращаться в бредовые и как все поведение больной сделалось таким, какое никогда не бывает у больных одной только неврастенией.

Д. С. Озерецковский (1950), обсуждая дифференциальную диагностику между навязчивыми состояниями

и шизофренией, совершенно правильно отметил, что главное отличие состоит в том, что при невротической навязчивости отсутствуют признаки психической деградации. Кроме того, псевдонавязчивые симптомы при шизофрении отличаются немотивированным возникновением, нелепым и непонятным содержанием, а шизофренический ритуал — особой пышностью, изменяющей все поведение больного.

Таким образом, при внимательном исследовании почти всегда с достаточной уверенностью можно дифференцировать неврастению от несколько сходных заболеваний. Однако диагностика нередко существенно осложняется тем, что встречаются комбинации неврастения с каким-нибудь другим заболеванием, часто очень трудным для распознавания. Не всегда легко решить, имеется ли, например, первичная неврастения, комбинированная с заболеванием внутренних органов, или заболевание внутренних органов с вторичной неврозоподобной симптоматикой. Такое диагностическое затруднение мы, в сущности, научились разрешать лишь последнее время, когда выяснилось, что для диагностики невроза требуется в каждом случае не только установление его симптомов, но и вскрытие его этиологических моментов, т. е. конкретных причин его происхождения. Это и есть то, что принципиально отличает невроз от различных неврозоподобных состояний.

Лечение неврастения представляет собой благодарную задачу, так как при правильном подходе к больному удастся всегда не только оказать ему существенную помощь, но часто и вообще уничтожить его болезненные ощущения. Но следует помнить, что это лечение должно быть очень индивидуализированным, не допускающим никакого постоянного стандарта.

Если при анализе происхождения данного нервного срыва удастся найти причину, которая еще продолжает действовать, такая причина должна быть по возможности устранена. Так, если неврастения развилась у больного с инертным типом нервной системы, в условиях спешной работы с разорванными и постоянно меняющимися темпами, может оказаться полезным совет переменить работу на менее интенсивную и протекающую в более однообразном темпе. Иногда при чрезмерно напряженной работе приходится организовать

временный отдых. Если в основе нервного срыва лежат неправильные отношения в семье или коллективе, иногда возможно, объяснив это самому больному, а также членам семьи или коллектива, добиться нормализации этих отношений (ср. высказывания И. П. Павлова на Среде 5/II 1936 г.). Часто, однако, причины, вызвавшие срыв нервной системы, имели место раньше или же находятся вне досягаемости врача, и ему приходится лечить неврастению даже в тех случаях, когда причина, ее вызвавшая, не может быть устранена.

Основой лечения неврастения в большинстве случаев, прежде всего, является разъяснительная, или так называемая «рациональная» психотерапия.

После очень подробного исследования больного (это всегда необходимо и для того, чтобы больной убедился, что врач не просмотрел у него какого-нибудь органического заболевания) врач в ряде бесед знакомит больного с происхождением и сущностью его жалоб. В большинстве случаев это достигается без особого труда. Доходчивая и понятная терминология И. П. Павлова легко воспринимается больным, который постепенно убеждается в том, что с ним случилась не какая-то непонятная и неизвестно откуда взявшаяся «болезнь», а всего навсего вполне естественная, чисто физиологическая реакция на перенапряжение нервной системы. На ряде примеров он убеждается в том, что различные стороны высшей нервной деятельности допускают не только срыв, но и тренировку. Отсюда больной убеждается в необходимости работать над собой и начинает понимать, в каком именно направлении он должен заняться своим перевоспитанием. Иногда полезно при этом объяснить больному и его типологические особенности, но сделать это так умело, чтобы больной не понял выражения «тип нервной системы» в каком-нибудь фатальном, неправильном смысле. В результате подробных объяснений больной убеждается в том, что его болезненное состояние вполне обратимо. Он убеждается также в том, что его разнообразные патологические ощущения являются в значительной степени результатом временного ослабления нервной системы с развитием различных фазовых состояний, вследствие чего невинные ощущения, исходящие из работающих внутренних органов, воспринимаются нередко как болезнен-

ные. Постепенно на месте образовавшихся за время болезни временных связей создаются новые временные связи, имеющие оздоровительное значение.

Установление хорошего и полного контакта с больным и умелое разъяснение физиологической сущности заболевания являются могущественным фактором рациональной психотерапии при всех вообще неврозах, в том числе и при неврастении. При этой большой психотерапевтической работе врачу необходимо выработать у себя особый такт, сочетая очень внимательное отношение к больному с авторитетностью своих суждений.

Мы первое время, объясняя больному неврастением сущность его заболевания в плане павловской физиологии, боялись, как бы такие выражения, как «торможение», «сверхсильные впечатления», «отрицательная индукция» и т. п. не стали бы восприниматься больным, как какие-то устрашающие, необратимые закономерности, еще больше пугающие больного. Оказалось, однако, что это были преувеличенные страхи. Больные, при правильном объяснении происхождения их невротических жалоб, очень хорошо усваивают эти понятия; в таких случаях никогда не возникает новых иатрогенных моментов. При этом больному никогда не мешает объяснить, что он всегда контролирует свою нервную систему. Хорошим примером этого может служить процесс засыпания; здесь крайне отчетливо проявляются все отмеченные И. П. Павловым закономерности функций нервной клетки и, казалось бы, активная воля больного здесь никакой роли не играет, — и однако, мы хорошо знаем, что при желании мы можем не заснуть, т. е. не пустить в ход весь механизм иррадиации тормозного процесса с его парадоксальными фазами и т. д. И это до такой степени очевидно, что людей даже отдают под суд за сон на ответственном дежурстве!

Конечно, всегда приходится наглядно объяснить больному, как фиксация внимания отражается на деятельности органов.

Как часто приходится видеть, казалось, «застарелого» неврастеника, целиком увязшего в ложном ходе своих идей, который после подробного обследования и ясного объяснения его состояния уходит с просветленным лицом и прямо говорит: «Ну, теперь я буду здоров!»

Прибегать к лечению внушением посредством приведения больного в состояние гипноза при неврастении не рекомендуется, так как таким путем можно бороться, и то лишь временно, с отдельными невротическими симптомами, разъяснительная же психотерапия преследует цель воспитания новых, здоровых временных связей и тем способствует более прочному его выздоровлению. С этой точки зрения следует признать неправильным распространенное среди современных врачей представление о том, что лечение гипнозом показано при всех вообще формах неврозов (А. М. Свядош, 1959). Следует иметь в виду, что в лечении гипнозом заключаются определенные неизбежные дефекты: больной не понимает, что с ним происходит, из лечения исчезает элемент активной борьбы с неврозом, роль больного остается чисто пассивной, в то время как при рациональной терапии врач, как говорил Дюбуа (1904), действует «честно» и проникает в психику больного «через парадные двери» (Х. Г. Ходос, 1947). Дюбуа отвергал лечение неврозов гипнозом и «во имя достоинства больного», — это, конечно, карикатурное преувеличение, но нельзя не признать, что в нем имеется некоторая реальная основа. К такой отрицательной оценке гипноза в лечении неврозов присоединялся и Дежерин, подчеркивавший, однако, что при рациональной психотерапии все же должна иметь место и вера больного в успех лечения, а Ж. Бабинский (Babinski) подчеркивал, что внушающий эффект от гипноза следует все же и при рациональной психотерапии заменять косвенным внушением в бодрствующем состоянии. Значение этого косвенного внушения при лечении неврастения, конечно, совершенно несомненно. Еще И. П. Павлов подчеркивал (Среда 20/III 1935 г.), что внушаемость свойственна больным не только при истерии, но в какой-то мере может иметь место и при неврастении.

Против систематического применения гипнотического внушения при лечении неврастения говорит не только тот факт, что гипноз тренирует пассивную установку больного (Л. Б. Гаккель, 1960), но и тот факт, что, как показали в свое время В. М. Бехтерев и А. А. Токарский, гипнабельность может возрастать от сеанса к сеансу, — лечение гипнозом может, таким образом, содействовать тренировке у больного внушаемости,



а повышенная внушаемость является, конечно, всегда нежелательным свойством нервной системы. Вспомним, что еще Ж. Бабинский (1908) определенно подчеркивал, что неврастению никогда не удастся вылечить внушением.

Однако при некоторых невротических симптомах, например при выраженных явлениях навязчивости, особые формы гипнотического внушения могут оказаться полезными. Так, Е. К. Яковлева (1958) сообщает о положительных результатах применения при этих состояниях так называемой наркогипнотерапии, — внушения в состоянии промежуточном между сном и бодрствованием, развивающимся в результате внутривенного введения небольших доз амитал-натрия (2—5 мл 5%-ного раствора), — метод, который в СССР разработан М. Э. Телешевской.

Если имеется выраженная фиксация внимания на своей болезни или какие-либо проявления навязчивых состояний, всегда особенно важно содействовать тому, чтобы всячески поднять корковый тонус у больного. С этой целью очень полезны такие мероприятия, как включение больного в какую-нибудь новую общественную работу, в трудотерапию (особенно в коллективе) или в занятия спортом и т. п., в зависимости от особенностей каждого данного случая. Поднятие всего тонуса коры и создание по-новому окрашенного эмоционального фона может в таких случаях — по закону отрицательной индукции — содействовать уничтожению образовавшегося пункта застойного возбуждения в виде целого ряда невротических жалоб, в частности навязчивых мыслей о своей болезни.

Поскольку при неврастении значительную роль играет общесоматическое состояние больного, всегда надо позаботиться о том, чтобы ликвидировать всякого рода случайные соматические заболевания (малокровие, гиповитаминозы, скрыто протекающие хронические инфекции, эндокринопатии). Часто приходится бороться с вредом от привычного употребления алкоголя и от чрезмерного курения. Очень важно всегда позаботиться о правильном режиме (движения на свежем воздухе, еда вовремя, регулярные перерывы в работе).

Необходимо всегда гарантировать больному достаточную продолжительность сна, так как хроническое

недосыпание встречается у наших больных чрезвычайно часто, причем вред от хронического недосыпания нередко усугубляется тем, что продолжительность сна, в котором человек чувствует потребность, легко фиксируется по принципу условных связей, и хронически недосыпающий человек, если он в какой-либо день (например, в выходной день) мог бы выспаться, оказывается, просыпается в свой привычный час и потом не может снова заснуть. Он как будто потерял уже естественную потребность спать полагающееся ему число часов, хотя и ходит целый день полусонный и с несвежей головой. И только, когда такой человек попадает в дом отдыха, он с удивлением рассказывает, как он первые дни «без просыпа» спал всю ночь и часть дня.

В этом учете количества часов, которые человек спит на самом деле и которые ему спать полагается, всегда необходимо принимать во внимание крайне вариабельную индивидуальную норму сна. Есть люди, которым достаточно спать 6—7 час., есть люди, которым 8-часового сна мало. Поэтому в определении нужного количества сна приходится всегда исходить из этой индивидуальной потребности.

Важна и глубина сна, также варьирующая у разных людей. Тревожный, часто прерываемый сон является, естественно, менее полным отдыхом для нервной системы, чем глубокий, крепкий сон.

Урегулировать режим сна является, таким образом, одной из существенных задач врача, лечащего неврастеника. При практической невозможности удлинить время ночного сна приходится иногда советовать компенсировать ночное недосыпание кратковременным сном в течение дня. Часто приходится слышать от больного возражение, что если он даже будет проводить в постели 8 час., он все равно не сможет спать столько времени; на это резонно указать больному, что от него вовсе и не требуется эти 8 час «спать», а для здоровья достаточно провести это время в полном физическом отдыхе в постели, — это снимает обычно у больного навязчивое опасение не заснуть, и постепенно сон приходит в свою норму.

Всегда возникает необходимость очень индивидуально разрешать при неврастении вопрос об отдыхе.

Отдых, несомненно, может содействовать выравниванию невротического срыва. Отдых нередко приходится рекомендовать при неврастении, особенно больным, перегруженным работой и давно не отдохавшим. Однако полное ничегонеделание всегда вредно для нервной системы. Желательно поэтому всегда сочетать отдых с очень осторожной и дозированной трудотерапией или использовать в качестве отдыха участие в экскурсиях, или так организовать отдых, чтобы больной мог заниматься в это время каким-нибудь спортом и т. п. Кроме того, следует избегать слишком продолжительного отдыха. В тех же случаях, когда образовались ипохондрически-мнительное отношение к своим жалобам и болезненная фиксация на них своего внимания, иногда лучше избегать полного отдыха и вести лечение без отрыва от работы.

Особого обсуждения требует вопрос о лечении больных неврастением в здравницах или на курортах.

Уже из приведенного выше ясно, что далеко не во всех случаях неврастения показано лечение в здравницах или на курортах. У очень мнительных неврастителей, поглощенных своими болезненными ощущениями и считающих себя тяжело и опасно больными, назначение курортного лечения может еще усилить представление о серьезности своей болезни. К этому надо прибавить, что далеко не во всех здравницах гарантирована рациональная психотерапия для страдающих неврастением, и мнительный больной, попадающий в такую обстановку, может подвергаться всевозможным впечатлениям, которые будут скорее неблагоприятно отражаться на его нервной системе. В подобных случаях лучше рекомендовать отдых в сельской местности, а не в здравнице или на курорте.

Громадное количество больных неврастением все же проводят лечение на курортах.

Н. С. Четвериков (1956) сообщает, что число невротиков на отдельных курортах достигает 30—40% от общего числа больных. Он же подчеркивает большое положительное значение, которое в отдельных случаях может иметь временное изъятие больного из его привычной обстановки с напряженным стереотипом и помещение его в новую обстановку с облегченным стереотипом и отдыхом. При этом для больных с неуравнове-

шенными нервными процессами очень полезным может быть правильный режим, в частности, например, строгий порядок всевозможных лечебных процедур.

Первое время пребывания в санаторно-курортных условиях всегда рекомендуется щадящий режим и лишь в более поздние периоды лечения — переход к активным тренировкам (вольная гимнастика и лечебная физкультура).

Если больной может провести свой отдых в здравнице, ему могут быть рекомендованы и некоторые физиотерапевтические процедуры. Рекомендуются тепловатые ванны, к которым затем прибавляют души. Однако более прохладные водяные процедуры, так же как души высокого давления, при неврастении большей частью переносятся плохо. Рекомендуются утренние обливания водой постепенно (в течение каждого обливания) снижающейся температуры (начать с 37°, довести постепенно до 25—22°). Удлинение сна достигается длительным лежанием на воздухе как в летнее, так и в зимнее время. В летнее время целесообразен ночной сон на берегу моря, если только нет сильного ветра. Удлинению сна способствуют также массаж надплечий или общий массаж и горячие ножные ванны или влажные укутывания перед сном.

Из физиотерапевтических процедур при неврастении может быть полезен ионофорез с фосфором или кальцием, который удобно проводить по воротниковому методу Щербакова.

Рекомендуют также гальванизацию позвоночника, общее облучение ультрафиолетовыми лучами, местную д'арсонвализацию позвоночника (2—3 мин) и на голову, а также статическую электризацию (франклинизацию) головы, которая, по современным представлениям, оказывает воздействие не только статическим электричеством, но и мощным потоком образующихся аэроионов. Кроме того, в ряде случаев франклинизация головы действует и по механизму косвенного внушения. Если больной лечится без отрыва от работы, назначать ему физиотерапевтические процедуры не следует, так как это потребовало бы затраты лишнего времени, могущего быть использованным для отдыха. Однако и в домашних условиях могут быть систематически ис-

пользованы некоторые водные процедуры, например обтирания тела теплой водой с солью и с одеколоном.

Отдельные «локальные» невротические жалобы большей частью не должны служить основанием для назначения лечения, направленного непосредственно на беспокоящий больного орган. Скорее, наоборот, такие лечебные приемы могут иногда оказать вред, содействуя болезненной фиксации внимания. Так, при жалобах на половую слабость неврастенического происхождения многочисленные рекомендованные местные процедуры (бужирования, местные души и т. п.) обычно не приносят пользы. Наоборот, разъяснительная психотерапия может оказаться значительно более полезной. Нередко больной неврастенией, опасющийся своей импотенции, обращается к врачу за советом о том, может ли он вступить в брак. Опыт показывает, что в таких случаях половая жизнь может наладиться очень хорошо. Регулярность половой жизни и отсутствие ряда необычных экстрараздражителей, часто имеющих место при случайных половых связях, способствуют нормализации половой функции. Больному может быть в таких случаях рекомендован перед вступлением в брак курс внутримышечных инъекций тестостерон-пропионата (Testostegon-propionat) по 1 ампуле (по 25 мг) через день в течение 10—15 дней, что имеет определенное положительное значение и помимо элемента косвенного внушения, которое может быть связано с этим назначением. Такой курс лечения оказывает положительное действие и при обычной половой слабости, нередкой при неврастении. Подмечено (Л. Я. Мильман, 1960), что лечение половой слабости тестостерон-пропионатом обычно улучшает не только половые функции, но и общее состояние больных: прекращаются невротические боли в сердце, улучшается сон, снижаются головные боли.

При неврастении приходится в ряде случаев назначать и некоторые лекарственные препараты. Иногда можно обойтись вовсе без лекарств. Однако это удается не всегда. Больные до сих пор считают, что для успеха лечения им необходимо что-нибудь глотать, и какой-то «рецепт» до сих пор фигурирует как обязательный компонент врачебного действия. Если же больной достаточно культурен и понимает смысл психотерапии, отсут-

стве «рецепта» может как раз иметь положительное психотерапевтическое действие.

Из медикаментов, прямо действующих на интенсивность корковых функций, необходимо указать прежде всего на бромиды и кофеин. Именно бромиды в крайне индивидуализированных, а при слабой нервной системе очень малых дозах оказались могущественным средством, способствующим концентрации тормозного процесса, а кофеин — усиливающим процессы возбуждения.

При лечении неврастении нам приходится очень широко пользоваться бромидами и постоянно в разных дозировках и комбинациях, в зависимости от различной степени ослабления нервной системы, а также от того, преобладает ли повышенная раздражительность или общее ослабление как тормозного, так и раздражительного процесса. При неврастении с преобладанием раздражительного процесса часто полезны большие дозировки бромидов и кофеина, при астенических формах — меньшие дозы (В. А. Карлов, 1959; и др.). Нужную дозировку часто приходится находить опытным путем, изменяя дозу, пока не будет найдена вполне подходящая для данного больного. При этом надо иметь в виду, что чем более ослаблена нервная система данного лица, тем дозировка как бромидов, так и кофеина должна быть меньшей.

Доза бромистого натрия может значительно колебаться: при очень ослабленной нервной системе помогают дециграммы и даже сантиграммы бромистого натрия, а также очень малые дозы кофеина. Удобная начальная пропись может быть, например, такой:

Rp.: Natrii bromati 2,0  
Coffeini natr. benzoici 0,2  
Aquae destillatae 200,0  
MDS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

В 1 десертной ложке (10 мл) такой микстуры будет содержаться бромистого натрия 0,1 и 0,01 кофеина.

Изменяя дозировку бромидов и кофеина, часто удобнее идти не увеличивая, а постепенно снижая дозу. Во многих случаях приходится отдельно варьировать дозировку бромидов и отдельно — дозировку кофеина. Лечение правильно подобранной дозой бромидов и кофеина

во многих случаях неврастении дает весьма благоприятные результаты.

Конечно, такого быстрого и полного выздоровления, которое наблюдается при экспериментально вызванных неврозах у собак, у человека получить не удастся, что совершенно понятно: здесь ведь мы имеем большей частью не короткие, однократные срывы нервной системы, а длительные, неизжитые конфликты, вредно отозвавшиеся на корковой динамике, которые продолжают свое действие и в течение лечения и тем часто в значительной степени снижают эффект от нашей лекарственной терапии. Тем не менее, следует признать, что введение в лечение неврастении человека бромидов и кофенна, несомненно, оказало нам большие услуги.

Рациональная психотерапия, правильная организация жизненного режима и, в случае необходимости, назначение препаратов, содействующих нормализации тормозного и раздражительного процессов, — таковой должна быть основа лечения неврастении.

В отдельных случаях к этому приходится добавлять и некоторые другие лекарственные препараты.

Так, при упорной бессоннице при неврастении иногда приходится прибегать к отдельным снотворным. Применять их желательно недолго, всего несколько дней, с тем расчетом, что за это время сформируется новый стереотип, и больной и без лекарств начнет засыпать вовремя и спать дольше. Можно назначить бромурал (Bromuralum) по 0,3—0,5 или веронал (Veronalum) по 0,25—0,5, или мединал (Medinalum) по 0,3—0,5, или люминал (Luminalum) по 0,1 или барбамил (Barbamylum — синоним: амитал-натрий) по 0,1—0,2 на ночь. Все эти препараты следует давать очень недолго, только с тем, чтобы на несколько дней удлинить ночной сон. На основные нарушения высшей нервной деятельности, имеющие место при неврастении, препараты эти не оказывают лечебного действия, так как снотворные не усиливают, а ослабляют процесс внутреннего торможения, приводя к его иррадиации.

При регулировке продолжительности ночного сна у больных неврастением следует всегда иметь в виду, что в этих случаях было бы очень неосторожно устанавливать количество часов ночного сна только на основании показаний больного: у очень многих больных из памяти

выпадает как момент засыпания, так и момент пробуждения, и такой больной может быть, например, совершенно убежден, что он не спал всю ночь, в то время как наблюдение за ним в палате показывает, что он спал спокойным, глубоким сном.

Из других лекарственных препаратов при лечении неврастении приходится иногда пользоваться средствами, улучшающими общее питание организма, как глицерофосфат кальция (*Calcium glycerophosphoricum* по 0,1—0,3 на прием), фитин (*Phytinum* по 0,25—0,5 на прием), мышьяк (например, *Liquor arsenicalis Fowleri*, постепенно повышая от 2 до 10 капель 3 раза в день), витамины С и В<sub>1</sub> (в готовых таблетках или драже).

При повышенной половой возбудимости, кроме соответствующего режима и водолечения, рекомендуются приемы однобромистой камфары (*Camphora monobromata* по 0,12 на прием) и лупулина (*Pulvis glandulae lupuli* по 0,06 на прием).

Возбуждающих препаратов, как стрихнин, эфедрин или фенамин, лучше при лечении неврастении избегать. Наоборот, при неврастенической слабости рекомендуются такие препараты, как настойка корня женьшеня или азотнокислый секуринин. Иногда полезны назначения комбинации бромидов с *Adonis vernalis* или с адониленом (так называемая микстура Бехтерева). Примерная пропись может быть такой:

Rp.: Inf. herbae *Adonis vernalis* ex 5,0 : 200,0  
Codeini phosphorici 0,2  
Natrii bromati 4,0  
T-rae *Valerianae simplicis* 6,0  
MDS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Дозировки и здесь должны быть очень индивидуализированы.

Имеются и особые драже Бехтерева, содержащие бромистый калий, кодеин и концентрат горицвета. Л. Г. Членов и М. В. Румянцева-Русских (1960) приводят указания о положительном эффекте при лечении тяжелых форм неврастении от назначения магниевой соли глютаминовой кислоты.

При особенно массивно выраженных симптомах тяжело протекающей неврастении, когда значительно снижается работоспособность или когда какой-нибудь определенный симптом (навязчивые состояния и т. п.)



начинает особенно сильно беспокоить больного, иногда уместно провести лечение удлиненным сном. При этом необходимо иметь в виду, что этот метод лечения, хотя и чрезвычайно ценный, является в то же время очень сложным и было бы очень неосторожно превращать его в метод, имеющий универсальное значение. Здесь необходимо подчеркнуть, что в нашей медицинской науке, к сожалению, до сих пор еще иногда чувствуется «мода» на какое-либо новое лечение, которое сразу подхватывается, начинает применяться широко и без разбора, чем себя очень быстро компрометирует и затем непропорционально быстро «выходит из моды». Нечто подобное случилось и с лечением нервных болезней, и в частности неврастении, удлиненным сном.

Поскольку теоретическим основанием для лечения удлиненным сном являлась необходимость усилить при ряде нервных процессов уже имеющийся механизм охранительного торможения, следовало ожидать здесь определенных положительных результатов. Однако совершенно очевидно, что указанный механизм далеко не является при неврастении единственным, кроме того, защитные состояния коры, вначале охранительные и полезные, в дальнейшем могут сделаться инертными и тогда уже они могут начать мешать нормальной работе мозга (Е. А. Попов), и вообще патогенез различных проявлений неврастении настолько разнообразно складывается из основных нервных процессов, что здесь, конечно, уже заранее нельзя было бы думать о каком-то универсальном методе лечения. Проверка этого метода показала, однако, что в некоторых особо тяжелых случаях неврастении здесь, действительно, получались достаточно обнадеживающие результаты.

Лечение удлиненным сном, или так называемая сонная терапия<sup>1</sup>, проводится в особых хорошо проветриваемых палатах, изолированных от всякого шума. Предварительно каждый больной должен быть очень подробно обследован, так как всякого рода случайные инфекции, заболевания почек, активные формы туберкулеза, выраженные явления коронарной недостаточности или наличие новообразований являются для этого лече-

---

<sup>1</sup> Проблема сна и лечения сном хорошо отражена в сборнике «Проблемы сна», вышедшем под ред. Э. А. Асратяна, Н. И. Красногорского, Е. А. Попова и Л. Л. Рохлина в 1954 г.

ния противопоказаниями. Надо всегда предварительно убедиться, нет ли у данного больного особой невыносимости к тому или другому виду снотворных.

Длительность сонной терапии может быть различной. Удобно проводить это лечение в течение 10—12 дней подряд или лучше с перерывом в середине (два пятидневных периода сна с несколькими днями перерыва). Продолжительность суточного сна доводится до 10—15 час. Применяют и более короткие сроки терапии сном — по 2—3 дня, повторяя их через 3—5 дней.

Сон достигается с помощью назначения снотворных. Чаще всего применяется барбитал (амитал-натрий), имеющий преимущество по сравнению с другими снотворными — более быстрое и более короткое действие, не приводящее к кумуляции. Амитал-натрий назначают несколько раз в сутки, не выше 1,0 в сутки (обычно достаточно от 0,3 до 0,6 в сутки), достигая сна нужной продолжительности. Дозировки должны быть всегда очень индивидуальными. В одних случаях приходится применять только удлинение ночного сна, иногда же вызывать сон и в течение дня, только с небольшими перерывами для умывания, питания и др.

Применяют и иные виды снотворных, например комбинации амитал-натрия с бромидами, люминалом, бромуралом, вероналом или хлоралгидратом в различных сочетаниях.

Уже очень скоро после начала лечения удлиненным сном можно вызывать и условнорефлекторное засыпание, заменяя снотворные нейтральными порошками. Рекомендуются и ряд других приемов, способствующих засыпанию: затемнение палаты в сроки засыпания, тепло (грелки), однообразные монотонные раздражения вроде звука падающих капель, звучания метронома или зуммера или медленно мигающего синего света и т. п. Все эти приемы, содействующие засыпанию, можно чрезвычайно разнообразить. Такого рода мероприятия, иногда одновременно с словесным внушением (гипноз — сон), позволяют резко снизить дозы снотворных, применяемые при лечении удлиненным сном. Понятно, что такой физиологический сон имеет громадное преимущество перед сном медикаментозным, т. е. токсическим.

Токсические явления при сонной терапии являются наиболее серьезным осложнением данного метода.

У больных, подвергаемых лечению продленным сном, в моменты пробуждения иногда наблюдаются легкие симптомы интоксикации: атаксия, дизартрия, повышенное настроение, иногда головные боли, тошнота, рвота. Если такие симптомы быстро не исчезают, приходится иногда прерывать лечение. Точно так же иногда по окончании лечения удлинненным сном остаются неприятные симптомы (слабость, нарушения сна и др.). Они держатся в течение нескольких дней и обычно проходят сами.

Все эти нежелательные осложнения сонной терапии привели к тому, что постепенно медикаментозную сонную терапию начали заменять условнорефлекторной, а К. И. Платонов (1952) вообще рекомендует применять один только гипнотический, внушенный сон, который физиологически стоит, конечно, гораздо ближе к нормальному сну, чем сон, вызываемый фармакологическими препаратами.

Улучшение после лечения удлинненным сном в ряде случаев наступает не сразу, а лишь по истечении некоторого срока (1 или даже 2 недели). Уменьшаются головная боль, бессонница, нормализуется настроение, состояние навязчивости становится менее выраженным. Одновременно уменьшаются невралгии, кожный зуд, выравнивается артериальное давление и т. п. Улучшение состояния объясняется, вероятно, тем, что под влиянием усиления охранительного торможения, сила корковых клеток поднялась, вследствие чего процессы возбуждения и торможения снова смогли прийти к своему нормальному взаимоотношению. Полезно после окончания лечения удлинненным сном проводить второй этап лечения — стимулирующую терапию (Б. В. Андреев, 1954).

Конечно, лечение неврастения удлинненным сном должно быть всегда комбинировано с другими видами лечения и прежде всего с разъяснительной терапией.

При перечне различных методов лечения, предложенных при неврастении, нельзя не упомянуть и о попытках применения китайского народного метода — иглоукалывания. Г. А. Бобков (1959) сообщает о лечении этим методом 42 больных неврастениями, причем у 33 было получено «значительное улучшение». Играло ли здесь роль внушение от применения нового метода, или же

какая-нибудь местная рефлекторная центростремительная импульсация, судить на основании сообщенных материалов еще невозможно.

\* \*  
\*

Из тяжелых симптомов неврастении, при которых приходится иногда применять различные комплексные виды лечения, следует особенно упомянуть о различных навязчивых состояниях. Состояния эти часто рассматриваются как особенно упорные. П. М. Зиновьев (1956) указывал, что так называемые затяжные навязчивые состояния иногда упорно не поддавались никакому лечению. Между тем, выясняется, что в ряде случаев даже самые, казалось бы, тяжелые навязчивые синдромы могут полностью ликвидироваться. Е. К. Яковлева (1958) приводит в своей монографии чрезвычайно убедительные примеры полного выздоровления от порой очень тяжелых навязчивых состояний под влиянием усиленной рациональной психотерапии. Мы указывали выше на метод наркогипнотерапии, который также с успехом применяется при навязчивых состояниях. Применяется при навязчивостях и весь остальной комплекс мероприятий, применяемых при неврастении. Между прочим, Е. А. Попов и Т. А. Невзорова (1956) отмечали уменьшение явлений навязчивости от назначения аминазина. Это подтверждено было и Е. К. Яковлевой, считавшей, однако, что такое лечение надо сочетать всегда с психотерапией. Б. С. Бамдас (1960) указывает на благоприятное действие, которое может оказывать на различного рода фобии препарат диазил, иногда также в сочетании с аминазином или резерпином.

В качестве особого приема упомянем рекомендуемое М. Д. Танцюра (1956) лечение навязчивых движений частым произвольным повторением данного движения, что может привести к определенному активному торможению его.

Много противоречий возникло при оценке лечения различных навязчивых состояний методом удлиненного сна. Мы в нашей клинике, совместно с С. Н. Доценко и М. К. Яковлевой наблюдали улучшения от применения удлиненного сна и при фобиях, и при obsessions и

навязчивых движениях, причем при фобиях достигался несколько лучший результат. Б. Н. Бирман (1951) считал лечение удлиненным сном при фобиях полезным, в то время как при навязчивых состояниях с явлениями возбуждения (навязчивые идеи, ритуалы) существенных результатов добиться не удавалось. К такому же выводу приходит М. Г. Белоусова (1954). Л. Б. Гаккель (1960) указывает также на то, что лечение удлиненным сном полезно при фобиях; при других навязчивых состояниях положительных результатов Л. Б. Гаккель не наблюдала.

Во всяком случае исходы при современном лечении навязчивых состояний должны быть признаны значительно лучшими, чем это еще было недавно. Так, Е. К. Яковлева приводит данные о лечении 65 больных с навязчивыми состояниями; из них полностью выздоровело 25 человек, значительное улучшение имело место у 27 человек и только у 13 больных не было достигнуто положительного результата.

\* \* \*

\*

В отношении экспертизы и трудоспособности при неврастении следует иметь в виду, что трудоспособность при неврастении может быть снижена лишь временно. По выздоровлении не остается никаких остаточных симптомов, и трудоспособность этих больных восстанавливается полностью.

В отношении экспертной оценки больных, страдающих неврастением, следует полностью согласиться с А. С. Борзуновой (1958), которая утверждает, что лица, длительно болеющие неврозами, в первую очередь подлежат не переводу на инвалидность, а лечению и излечению, хотя в ряде случаев такое лечение может быть достаточно сложным, тем более, что при затянувшихся неврозах нередко образуется уже довольно стойкий динамический стереотип, препятствующий выздоровлению. Между прочим, интересно отметить, что больные с навязчивыми состояниями большей частью могут работать достаточно хорошо, и только очень редко их работоспособность снижена и им может быть предоставлена инвалидность III группы или ограничение работоспособ-

ности по решению врачебно-контрольной комиссии. В частности, навязчивые сомнения профессионального характера («Закрыта ли касса?» «Верно ли подсчитана сумма?» «Правильно ли выписан рецепт?» и т. п.) едва ли являются достаточным основанием для того, чтобы считать соответствующие профессии противопоказанными, как на это иногда указывается в литературе (М. И. Георгиевский, 1960).

\* \*  
\*

Профилактика неврастении сводится к воспитанию с самого детства тех свойств нервной системы, которые делают ее устойчивой в отношении всевозможных трудных жизненных ситуаций. Люди, обладающие сильной, уравновешенной и подвижной нервной системой, меньше всего рискуют получить нервный срыв в результате каких-либо перенапряжений. Однако и они не застрахованы от развития неврастении. В этом отношении следует помнить, что правильное представление о нормальной высшей нервной деятельности человека, основанное на физиологическом учении И. П. Павлова, так же как и представление о возможных патологических процессах в этой области, является не только могущественным фактором терапии неврастении, но и фактором ее профилактики, — если человек знает, как могут происходить и в чем состоят срывы высшей нервной деятельности, он их не испугается, всегда сможет быстро с ними справиться сам и не дойдет до состояния развитой неврастении.

Очень важны, конечно, с целью профилактики неврастении, заботы о правильном развитии юношей и девушек — об их соматическом благополучии, о правильном трудовом режиме и о развитии широких общественных интересов. Очень важны в юношеском возрасте достаточный сон, занятия физкультурой и спортом и т. д.

Вполне показано для профилактики неврастении предоставление кратковременных отпусков (на несколько дней) в случае появления первых неврастенических жалоб.

Врачу, ведущему лечение больных с какими-нибудь органическими заболеваниями нервной системы, всегда

необходимо вовремя приостановить нередко присоединяющиеся невротические симптомы. Следует всегда помнить о той нечаянной иатрогении, которая может быть результатом того, что в присутствии больного на обходе иногда неосторожно вслух обсуждаются его симптомы. Всегда необходимо доходчиво объяснить больному его симптомы. Нельзя класть мнительных больных в палате рядом с каким-нибудь тяжелым органическим больным с несколько сходными жалобами, — мы не раз уже видели вред от такого соседства. Никогда нельзя задерживать постельный режим на срок больший, чем это на самом деле необходимо. Очень важно правильно организовать занятость больных в помещениях для дневного пребывания. Врачу, в палате которого лежат больные неврастением, никогда не мешает поинтересоваться, какую литературу берут они из больничной библиотеки, и т. д. О профилактике невротических осложнений у нас, к сожалению, до сих пор еще часто заботятся слишком мало.

## ИСТЕРИЯ

### *История вопроса, сущность и этиология истерии*

Истерия привлекала к себе внимание врачей еще со времен Гиппократ и уже 2000 лет тому назад делались разнообразные попытки понять сущность этой странной болезни. В очень интересной монографии Жиль де ла Туретта (Gilles de la Tourette), опубликованной в 1891 г., были подробно освещены отдельные этапы истории вопроса. Очень содержательный обзор вопроса имеется также в монографии Л. В. Блуменау «Истерия и ее патогенез» (1926).

Если Гиппократ еще весьма неясно различал судорожные припадки эпилептического и истерического происхождения, то уже Платон дал первую «патофизиологическую» трактовку истерии, причиной которой является будто бы ненормальное состояние матки (ὑστέρηξ — матка), — отсюда и название «истерия».

Матка (по Платону) представляет собой существо, которое страстно желает иметь детей. Когда она долго остается стерильной, она возмущается и перемещается

по всему телу. Это может затруднять дыхание и приводить к разнообразным болезням. Они проходят, когда, наконец, любовь соединит мужчину и женщину и произведет свой плод.

Гален также считал причиной истерии матку, хотя он, как анатом, знал, что матка по телу странствовать не может. Кроме того, истерия, по Галену, может быть и у мужчин.

По-видимому, в те времена в понятие истерии включались только одни большие судорожные припадки с их характерным внешним проявлением.

Религиозный, экономический и политический гнет средневековья привел к появлению массовых истерических эпидемий, которые, однако, расценивались не как болезнь, а как бесоудержимость, причем женщин, страдавших этими судорожными припадками, сжигали живыми на кострах. В XVI и XVII вв. в Западной Европе имели место многочисленные эпидемии так называемой «пляски св. Витта», от которых остались интересные описания и изображения, не оставляющие сомнения в их истерической природе. Представления врачей об истерии в эту эпоху, однако, не только не двигаются вперед, но даже еще больше деградируют. Так, Фернель (Fernel, XVI в.) упрекал Галена, считавшего, что матка неподвижна. Амбруаз Паре (A. Paré, XVI) все еще думал о матке, как о причине истерии.

Тем не менее в XVII столетии начинают появляться отдельные, более передовые и критические высказывания. Шарль Лепуа (Charles Lepois, по латыни: Carolus Piso) заявляет, что истерия свойственна и мужчинам; она вовсе не зависит, как думали в это время, от задержки менструальной крови, так как встречается и у девочек, и у женщины после климакса; ее причины вовсе не в матке и не в каких-нибудь других внутренних органах, а в мозгу; однако что происходит в мозгу, еще неизвестно, и Лепуа думает об инфильтрации мозга вследствие того процесса, который тогда назывался «colluvies serosa».

Это вызывало дискуссии. Были последователи этих передовых воззрений. Уиллис (Willis) говорит о нервном происхождении истерии, а Сиденгам (Sydenham, XVII в.) уже подмечает большое сходство, которое истерия может иметь с настоящими заболеваниями того или



другого органа. Так, она похожа то на апоплексию, то на эпилепсию и т. п. Сиденгам уже изучает истерический «гвоздь» (*clavus*), кашель, рвоту, отеки, одонталгии, рахиалгии; все эти симптомы происходят вследствие неправильного распределения в разных участках тела «жизненной силы».

Интересно подчеркнуть, — на что недавно (1956) обратил внимание Д. Д. Федотов, — что русский врач Касьян Ягельский еще в 1765 г. защитил в Лейпциге диссертацию, посвященную проблеме истерии, причем он проводил в этой работе передовые по тому времени взгляды. Он утверждал, что истерия встречается не только у женщины и вовсе не зависит от «бешенства матки», в основе же ее лежит неустойчивость нервной системы в соединении с болезненными изменениями со стороны внутренних органов.

Однако эти высказывания не вызывают широкого сочувствия, и Гоффманн (*Hoffmann*) в XVIII в. все еще говорит о существовании спермы у женщин, задержка которой вызывает истерию и т. п., а Луийе-Виллермей (*Louyer-Villermay*) еще в начале XIX в. повторяет эти басни, считая половое воздержание причиной истерии и отрицая существование истерии у мужчин. Брике (*Briquet*) писал по этому поводу, что на обложке этой книги должен был бы стоять не 1816 г., а 1500 г., а Жорже (*Georget*, 1821) назвал это сочинение «абсурдным и смешным».

Жорже был первым, кто после осторожных и еще неясных обобщений Лепуа и Сиденгама, определенно заявил, что истерия — болезнь мозга, и лечить ее надо соответствующим режимом, а если обязательно требуется прописывание лекарства: «Давайте пилюли из хлебного мякиша!» Эти воззрения начинают, наконец, распространяться, и в 1837 г. англичанин Броди (*Brodie*) пишет по поводу истерической коксалгии: «Это не мышцы, которые больше не подчиняются воле, это — воля, которая отсутствует, вылечивает же истерию все то, что способно вызвать «живое психическое впечатление». И если еще Ромберг (*Romberg*) думал о матке, правда, прибавляя сюда действие через спинальные рефлексы, то Брике (1859) уже окончательно отбрасывает все эти лженаучные представления. Истерия, по его определению, есть «динамическое (мы бы сказали

теперь: функциональное) заболевание», причину же ее надо будто бы искать в «наследственном предрасположении». Последнее и изучалось тогда, еще, конечно, весьма наивно: подсчитывали процент родственников-истериков, обнаруживавших те или другие нервно-психические аномалии. Понятно, что процент этот у разных авторов получался различный. Другие авторы, как, например, Рейнольдс (Reynolds, 1868) совершенно отрицали значение наследственности в происхождении истерии.

Если, таким образом, истерия постепенно эмансипировалась от внутренних органов и заняла свое место среди болезней мозга, то сущность ее все еще оставалась непонятной, и известный Ласег (Lasegue) писал: «Определение сущности истерии никогда не было дано и никогда дано не будет!».

В таком положении находилась проблема истерии, когда Ж. М. Шарко (J. M. Charcot) с 1868 г. начал читать в Сальпетриер свои знаменитые клинические лекции. Истерическая симптоматика подвергалась тщательному наблюдению и проверке. Так, Шарко впервые показал, что распространенный в то время термин «истеро-эпилепсия» совершенно неверен, — между эпилепсией и истерией нет ничего общего и переходов между этими двумя болезнями не бывает. Между прочим, Шарко утверждал, что многие проявления истерии могут воспроизводить известные синдромы из области органической неврологии. Истерия является вследствие этого своеобразной «болезнью-симулянткой» (*une grande maladie simulatrice*). На самом деле все эти синдромы при истерии являются чисто психогенными. Истерия, по мнению Шарко, есть психическое заболевание, но заболевание совершенно особое, имеющее свою собственную клиническую и этиологическую физиономию. Истерия характеризуется особой невпропатической наследственностью; в ее происхождении играют роль лишь «факторы-провокаторы». Это последнее представление быстро распространялось, и Дежерин (1886) писал: «Если существует невроз, в котором роль наследственности не оставляет ни тени сомнения, где она доминирует над всей этиологией, это несомненно — истерия», — точка зрения, к которой в настоящее время, конечно, нельзя присоединиться.

«Следует принимать истерию за то, чем она является на самом деле, т. е. за болезнь психическую по преимуществу», — писал Шарко. Симптомы этого заболевания развиваются на фоне своеобразной истерической личности, для которой прежде всего характерна внушаемость (*la suggestibilité*). Эта внушаемость может быть «внешней», но может быть и «внутренней» (самовнушение).

Талантливый клиницист и наблюдатель, Шарко подробным образом описал целый ряд истерических симптомов, «симулирующих» органические болезни нервной системы: судорожные припадки, параличи, контрактуры, мутизм, слепоту и др. Симптомы эти повторялись большими, лечившимися в клинике Сальпетриэр, весьма стереотипно. Так, большой судорожный истерический припадок выражался рядом фиксированных последовательных фаз: фазы «эпилептиформных» судорог — сперва тонических, а затем клонических, фазы «крупных движений» (в том числе знаменитое выгибание туловища дугою — «*arc de cercle*»), фазы «страстных поз», фазы бреда и, наконец, терминальной фазы, — все вместе продолжительностью около 15—30 мин.

Однако и вне этих характерных припадков страдающие истерией обнаруживали при неврологическом исследовании ряд симптомов, которые в клинике Шарко, а также в других неврологических стационарах, начали усиленно изучать, придавая им значение признаков, патогномоничных для истерии и способствующих, таким образом, ее диагностике. Это так называемые «истерические стигмы»<sup>1</sup>, — понятие, удивительным образом удержавшееся у некоторых врачей до настоящего времени. В качестве таких симптомов Шарко описывал гемианестезию, концентрическое сужение поля зрения, дисхроматопсию, монокулярную полиопию, потерю глоточного рефлекса и истерогенные зоны. Фроман (Froment, 1937) остроумно подметил, что изучение всех

---

<sup>1</sup> Интересно, откуда взялся этот термин. Оказывается (Л. В. Блуменау), название происходит от латинского *stigma diaboli* — знак дьявола. Так у средневековых инквизиторов назывались участки анестезии на коже истеричных больных — явная печать овладевавшего ими дьявола.

этих «истерических стигм» понадобилось Шарко и его школе именно потому, что сами симптомы при органической патологии и при истерии (параличи, анестезии и др.) представители этой школы считали идентичными. Поэтому им и понадобились дополнительные диагностические тесты. Интересно теперь отметить, что как раз на эти симптомы сами больные истерией вовсе не жаловались, а они обнаруживались лишь при врачебном исследовании.

Определялась при истерии и многообразная вегетативно-трофическая симптоматология: парезы кишечника, гиперемии или анемии кожи, образование экхимозов или геморрагических пузырей, отеки, развитие спонтанной гангрены, аномалии пигментации, галакторея («истерическая грудь» — *sein hysterique*) и др. Надавливание на область яичников купировало истерический припадок, прикосновение некоторых металлов к коже вызывало истерическую анестезию на противоположной стороне.

П. Жане пытался представить анализ происхождения подсознательных психических процессов, лежащих в основе истерических расстройств. По его мнению, при истерии действуют своеобразные «психологические автоматизмы», остающиеся «ниже уровня сознания». В основе всех этих расстройств лежат своеобразное «сужение поля сознания», нарушение психологического «синтеза», вследствие чего у больных истерией и появляется склонность к диссоциации системы идей и функций, составляющих целостную личность человека.

Работами Шарко и его сотр. было создано, по тому времени, стройное учение о природе и симптоматологии истерии. Оно быстро распространилось, очевидно, в связи с тем, что в основу его было положено правильное представление о роли внушения в происхождении истерических расстройств, однако одновременно с этим широко распространились и многие ошибки, свойственные этой школе. Так, в клинике Сальпетриэр, где работал Шарко, у истеричных женщин произвольно культивировались всевозможные патологические симптомы, вроде обязательного порядка фаз истерического припадка и т. п., а также иногда описывались в качестве истерических симптомов проявления сознательной симуляции со стороны больных.

Крупный принципиальный переворот в учении об истерии произведен был Ж. Бабинским.

Ж. Бабинский, этот «гениальный скептик», как называли его в неврологической литературе, был в 80-х годах шефом клиники Шарко и принимал все его классические позиции. Однако впоследствии он усомнился в том, что истерия в действительности может «копировать» многие органические заболевания. При внимательном изучении неврологической семиотики ему удалось показать, что «копия» эта всегда «отличима от оригинала». Обосновать это положение Ж. Бабинскому удалось лишь после длительной работы над точным изучением отдельных органических синдромов, и только в 1901 г. он выступил впервые со своим «определением истерии», глубоко всколыхнувшим весь неврологический мир обоих полушарий и давшим повод для оживленных литературных дискуссий и для обсуждения на 8-ми больших международных конгрессах, имевших место в Париже, Брюсселе и Бухаресте в промежутки времени между 1907 и 1936 гг. Дискуссии эти имели значение настоящей революции в учении об истерии, и даже те, кто самым энергичным образом возражали против новшеств, могущих поколебать классическое здание, вынуждены были в конце концов значительно изменить свои первоначальные позиции.

Задачей Ж. Бабинского было дать точное клиническое определение истерии. Вот к чему оно сводилось: истерия, по Бабинскому, есть особое психическое состояние, делающее человека способным к самовнушению. Расстройства, которые происходят вследствие этого, следует делить на «первичные» и «вторичные». «Первичные» отличаются тем, что они всегда вызываются внушением и могут быть излечены противовнушением — сюда относится без исключения вся чисто истерическая симптоматика; «вторичные» расстройства могут наслаиваться на эти чисто истерические симптомы в качестве последующих осложнений — таковы атрофии мышц или ретракции сухожильно-связочного аппарата после долго длящихся истерических параличей или контрактур. Ни одного настоящего симптома из органической невропатологии, даже простого паралича лицевого или лучевого нервов, никакое внушение никогда не в состоянии вызвать. Истерические «стигмы», вроде сенситивно-

сенсорной гемианестезии, концентрического сужения поля зрения и т. п., суть всегда результат произвольного внушения со стороны исследующего врача; при рациональном исследовании «стигмы» эти никогда больше не определяются. Истерическими могут быть, согласно воззрениям Бабинского, только такие симптомы, которые могут быть вызваны произвольно, поэтому между симптомами истерическими и симулированными внешнего различия не существует — ни истерия, ни симуляция не могут создать того, что не зависит от воли. Истерик всегда есть, таким образом, в некотором смысле «полу-симулянт». Поскольку сущность всякого истерического симптома сводится всегда к внушению или самовнушению, и это есть обязательный, положительный признак, Бабинский счел возможным предложить замену старого, отжившего термина «истерия» новым словом «питиатизм» (от греч. πειθω — убеждаю и ιατος — излечимый). Термин этот не привился<sup>1</sup>, но зато основные идеи Бабинского, несмотря на сильнейшую оппозицию, в конце концов восторжествовали, и с тех пор как Бабинский заявил о невозможности истерической арефлексии, геморрагий и гангрены, никто больше этих симптомов не видал. Потеряли защитников и истерические «стигмы».

Все, кто при исследовании первично осматриваемых больных пользовались указаниями Бабинского, больше не находили ни истерической дисхроматопсии, ни монокулярной полиопии, ни других истерических стигм. Оказалось, что при исследовании больного надо очень остерегаться нечаянно внушить больному тот или другой симптом. Иногда лучше, наоборот, адресоваться к сохраненной чувствительности, вроде того маленького приема, которым пользовался Бабинский, когда во время исследования ассистент громко говорит ему: «Профессор! Эта больная производит впечатление очень

---

<sup>1</sup> Термин этот не привился, но, конечно, следовало бы заменить нынешнее название «истерия» каким-нибудь другим обозначением. «Истерия» звучит одиозно, унизительно и обидно, и мы часто избегаем произносить этот диагноз вслух при больном, а в выдаваемых справках стремимся обозначать болезнь как-нибудь иначе. Задачей медицинской терминологии должно быть создание для истерии какого-то нового названия.

интеллигентной и развитой особы и наверное сумеет точно описать Вам свои ощущения», — таким приемом скорее внушалась сохраненная чувствительность, нежели анестезия. С тем, что сухожильные и зрачковые рефлексы не могут изменяться при истерии, согласились все. Кожные рефлексы, наоборот, при истерии легко подавлялись. Выяснилось, что там, где мышцы, участвующие в кожном рефлексе, зависят одновременно и от произвольной иннервации, внушение легко может приводить к их неоявлению, там же, где эти мышцы работают только рефлекторно, внушение рефлекса изменить не может. Вот почему (по Бабинскому) сокращение дужек мягкого нёба, т. е. истинный глоточный рефлекс, не исчезает при истерии, в то время, как легко может быть подавлен рвотный рефлекс. С этой точки зрения интерес представило заявление Крока (Crocq) о том, что посредством внушения можно уничтожить подошвенный сгибательный рефлекс пальцев (но не рефлекс на *m. tensor fasciae latae*), а также рефлекс корнеальный, в то время как рефлекс на *m. cremaster* такому угасанию не поддается. Не менее важными были констатации в отношении ряда трофически-вегетативных симптомов, ранее приписывавшихся истерии, и Бабинский в конце всех этих дискуссий с полным правом мог заявить, что ничего не осталось от истерической анурии, отеков, фликтен, изъязвлений, гангрены, геморрагий и лихорадки.

Революция в учении об истерии, произведенная «гениальным скептиком», несомненно, оставила в невропатологии глубокий след. Основные идеи Бабинского оказались правильными. Когда удалось точно сформулировать собственную сущность истерии, прекратилась тенденция относить к истерии все те новые симптомы, которые не подходили под известную в то время органическую симптоматику. Наоборот, такие новые синдромы, как рефлекторные параличи или контрактуры, сразу же вошли в группу динамических, так называемых «физиопатических» расстройств, отнюдь не истерического характера. Как остроумно говорил Сук (Souques), «Бабинский вернул органической неврологии то, что у нее позаимствовала истерия и освободил истерию от большого числа симптомов, ей на самом деле не принадлежавших».

Однако наряду с этим выяснением важной роли, которая в происхождении истерических симптомов должна быть отведена внушению, возникли и большие споры о также совершенно очевидной патогенной роли эмоций. Некоторые утверждали (Клод — Claude и др.), что эмоциональное потрясение может вызвать истерический симптом и без всякого внушения. Другие это отрицали. Так, Нери (Neri) на другой день после тяжелого землетрясения в Мессине обследовал более 2000 людей и не нашел ни одного случая истерических судорог или параличей; у 600 человек, которым исследовалось поле зрения, сужения границ не обнаружено.

С другой стороны, выставлялся и такой мотив, что одно только случайное внушение вовсе не в состоянии вызвать таких тяжелых и, главное, длительных расстройств, которые встречаются при истерии. Жане подчеркнул, что «конечно, можно внушить в гипнозе больному, например, паралич конечности, но ведь он будет длиться всего несколько минут, или часов, или в крайнем случае — несколько дней, а тут какая-то несчастная женщина 10 лет своей жизни посвящает последствиям того, что она где-то случайно увидела гемиплегию или судорожный припадок!» Очевидно, на самом деле, при истерии должны играть роль особые механизмы, способствующие длительному закреплению симптомов, все равно вызванных эмоционально, или путем внушения, или даже путем сознательной симуляции.

Л. В. Блуменау также не соглашался с тем, что истерические расстройства всегда вызываются одним только внушением. Чаще, чем внушением или самовнушением, они вызываются аффектами, особенно же типичным Л. В. Блуменау считал сочетание аффекта и самовнушения. Очевидно, аффект может вызывать гипноидное состояние, которое в свою очередь является благодарной почвой для самовнушения.

Эта комбинированная роль аффектов и самовнушения в происхождении истерических симптомов признается в настоящее время в результате длительных дискуссий, по-видимому, большинством современных неврологов.

Бабинский в своих работах совершенно не касался физиологической сущности истерии, и если он возражал против признания при истерии какой-нибудь «физио-



патологической» основы, то термин этот понимался тогда в совершенно другом смысле, именно в смысле какого-то органического патологического процесса, существование которого при истерии признавали в то время некоторые неврологи (Маринеско, Радовичи и др.).

Из других высказываний, характеризующих допавловский период изучения истерии, следует упомянуть о работе Э. Кречмера (E. Kretschmer, 1927). Было бы, очевидно, неправильно присоединяться к его гипотезам о выявлении при истерии каких-то филогенетически древних механизмов, вроде когда-то полезных рефлексов «двигательной бури» или «мнимой смерти». С другой стороны, могут быть не лишены интереса высказывания Кречмера о том процессе, который он называл «добровольным усилением рефлексов». Именно Кречмер показал, что можно произвольным напряжением воли усилить настоящий рефлекторный феномен, например коленный рефлекс или дрожание мышц нижних конечностей после физического утомления. Рефлекс при подпороговом раздражении может выявиться или слабый рефлекс может усилиться при добавлении слабого, диффузного волевого импульса, сохраняя при этом, однако, свою настоящую, рефлекторную природу. При этом субъективное восприятие этого дополнительного волевого импульса легко затушевывается. Таким образом, первоначальная сознательная установка на болезнь превращается в конце концов в фазу хронической рефлекторной установки. Так, какой-нибудь симптом, начавшись с аггравации, может в конце концов перейти в болезнь. Становится понятным, почему симулированный или внушенный симптом может держаться лишь недолго, в то время как совершенно сходный с ним по своему патогенезу симптом истерии может длиться чрезвычайно долгое время. Так, дрожать «нарочно» можно не больше, чем  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  часа, а при истерии дрожание совершенно такого же типа делается чрезвычайно стойким симптомом. Когда мы теперь утверждаем, что истерическим может быть только такой симптом, который может быть вызван произвольно, всегда следует иметь в виду поправку на длительность его проявления.

Точно так же можно было бы трактовать и многие аффективные проявления невроза. Вероятно, любой

страдающий истерией мог бы вовремя сдержаться и не допустить себя до аффективной вспышки. Но очень легко допустить, что многие больные, сознательно пустившие в ход этот патологический механизм, в дальнейшем уже не могут его остановить усилием воли.

Следует также напомнить сделанные в свое время попытки подвести под истерию какую-то более ограниченную анатомическую базу. Когда выяснилось, что целый ряд вегетативных функций имеет свое подкорковое представительство в подбугровой области и что при поражениях в этой области могут быть симптомы, несколько напоминающие истерию (например, припадки так называемой дизэнцефальной эпилепсии), казалось очень заманчивым отнести и генез истерии к каким-то нарушениям в этой области (Н. К. Третьяков, 1948), вплоть до представления об особом «центре истерии»!

Необходимо в этом обзоре упомянуть и о высказываниях В. А. Гиляровского (1942), который выступил с гипотезой о том, что в основе истерических расстройств лежит не внушение, а психически вызванные вегетативные сдвиги.

Прежние критерии истерии: отсутствие органических симптомов и появление — исчезновение симптомов под влиянием внушения или самовнушения требуют в настоящее время (по В. А. Гиляровскому), во-первых, существенных поправок, так как оказалось, что и при некоторых других заболеваниях, кроме истерии, как, например, при эпидемическом энцефалите, внушением удается снимать отдельные симптомы, во-вторых, так как область неврозов стала изживаться по мере обнаружения анатомических изменений при некоторых формах, ранее относимых к неврозам, и, наконец, благодаря сходству некоторых органических и истерических расстройств. При истерических параличах нужно будто бы думать о «выключении вегетативной иннервации», о «недостаточном образовании веществ, образующих медиаторы», о нарушении «нормальной синергии между вегетативной и анимальной нервной системой». Высказывания эти, однако, не были подкреплены соответствующими фактическими данными, если не считать ссылок на лечебный эффект от введения спирта или эфира при истериях военного времени, что В. А. Гиляровский рассматривает как «вегетативные сдвиги», но что с гораздо большим

правом можно было бы рассматривать как простое косвенное внушение.

Естественно, что в учении об истерии, так долго лишенном правильного физиологического обоснования, следующий большой шаг вперед должен был быть сделан именно в нашей стране с ее передовой наукой о физиологии головного мозга.

Первая, еще очень несовершенная попытка в этом направлении принадлежала В. М. Бехтереву, который стремился связать происхождение истерических симптомов с парабиозом Введенского, разыгрывающимся в области анимальной и вегетативной нервной системы, когда ничтожные раздражения могут вызвать здесь резкие реакции, а резкие раздражения могут приводить к развитию тормозных состояний. По В. М. Бехтереву, при истерии должны иметь место какие-то отравления организма, невыясненные гормональные изменения, приводящие к парабиозу. Основу истерии следует, таким образом, искать в общем биохимизме организма, сами же истерические параличи и судороги развиваются в качестве сочетательно-рефлекторного явления и могут усиливаться или подавляться под влиянием внушения или самовнушения.

Несколько ближе подошел к физиологическому пониманию истерии Л. В. Блуменау. «Не пора ли, — писал он в 1926 г., — попытаться приложить полученные им (И. П. Павловым) результаты к патогенезу истерии?» Л. В. Блуменау думал здесь именно о концентрации тормозного процесса в определенных отделах, причем он очень резко возражал Соллье (Sollier), который думал об «истощении» при истерии отдельных мозговых центров. При истерии (по Л. В. Блуменау) речь идет не об истощении, а о торможении, и не отдельных узко локализованных зон, а сложных сочетательных систем. Вот почему и не получается при истерии таких узко локально обусловленных симптомов, как, например, гемианопсия и т. п.

Как мы видим, создание И. П. Павловым учения об экспериментальных неврозах неизбежно должно было пролить свет на проблему истерии. Это и было сделано самим И. П. Павловым. Его небольшая брошюра под заглавием «Проба физиологического понимания симптоматики истерии», вышедшая в 1932 г., сыграла роль

важнейшего поворотного пункта во всем учении об этом неврозе, интриговавшем философов и врачей со времен глубокой древности.

Патофизиология истерии, согласно данным И. П. Павлова, сводится к следующему.

Невроз этот, как было сказано выше, является результатом срыва высшей нервной деятельности у людей, у которых имеется недостаточная слаженность работы сигнальных систем в виде отстающей деятельности второй сигнальной системы и, наоборот, преобладающей деятельности первой сигнальной системы и подкорки. При слабости второй сигнальной системы и при преобладании первой и подкорки эти люди живут ярко окрашенной эмоциональной жизнью. Образно-эмоциональное мышление при этом явно преобладает над рассудочно-абстрактным. Как мы видели выше, И. П. Павлов определял людей этого типа, как «художников».

Такое распределение относительной силы обеих сигнальных систем отнюдь не является еще патологией. Это просто особенности личности, отчасти прирожденные, отчасти сформированные в течение жизни<sup>1</sup>.

Следует иметь в виду, что вторая сигнальная система, как филогенетически более молодая и более хрупкая, может временно ослабевать и под влиянием различных случайных вредностей.

Если высшая нервная деятельность при такого рода неуравновешенности сигнальных систем подвергается невротическому срыву, последний и приводит к развитию истерии.

Страдающие истерией чрезвычайно ярко, образно и конкретно воспринимают и представляют себе первые сигналы действительности. Этим больным свойственна также повышенная эмоциональность. То и другое объясняется ослаблением системы вторых сигналов, которая в норме постоянно регулирует как первую сигнальную систему, так и эмоции. Отсюда происходит чрезвычайная фантастичность, свойственная страдающим истерией.

Как же при такого рода особенностях нервной системы осуществляется развитие истерических симптомов?

<sup>1</sup> Имеются основания считать, что та или другая степень уравновешенности сигнальных систем формируется уже очень рано (на 5-м и 7-м году, по Н. И. Красногорскому).

Для них характерно прежде всего то, что они развиваются на фоне слабости нервных процессов. Степень этой слабости может, конечно, значительно варьировать. Известно, что истерические симптомы могут развиваться и у представителей сильного типа нервной системы; И. П. Павлов определенно указывал на такую возможность<sup>1</sup>.

Что касается происхождения самих истерических симптомов, то их следует считать производным как резко повышенной эмоциональности истеричных, так и их склонности к повышенной внушаемости. И. П. Павлов подчеркивал значение обоих этих факторов. Он указывал на невозможность объяснять происхождение истерических симптомов одним только внушением, как думал Бабинский. Здесь необходимо учитывать одновременно и важную патогенетическую роль эмоциональности этих больных. Объясняется эта эмоциональность тем, что слабость нервной системы при истерии касается лишь коры больших полушарий. Деятельность подкорки становится вследствие этого лишенной постоянного контроля со стороны коры, а потому беспорядочной и хаотичной.

Активное состояние больших полушарий отрицательно индуцирует подкорку, задерживая ее деятельность и освобождая избирательно только те стороны ее деятельности, которые необходимы в данный момент. Если же кора заторможена, получается положительная индукция на подкорку, деятельность которой усиливается и лишается высшей регуляции. Отсюда становятся понятными многочисленные аффективные вспышки, свойственные страдающим истерией.

Сильная эмоция повышает возбудимость слабой коры, что быстро снижает еще больше ее работоспособность, в результате чего к механизму отрицательной индукции присоединяется и механизм предельного торможения. «Истеричный субъект, — писал И. П. Павлов, — живет в большей или меньшей степени не

---

<sup>1</sup> Наблюдения, сделанные во время Великой Отечественной войны, вполне подтвердили эту возможность появления истерических симптомов у представителей сильного типа и притом уравновешенного в отношении сигнальных систем в результате перенесенной ими закрытой травмы черепа.

рассудочной, а эмоциональной жизнью, управляемой не корковой деятельностью, а подкорковой»<sup>1</sup>.

Таково физиологическое объяснение эмоциональности истеричных.

И. П. Павлов показал далее, что внушаемость и самовнушаемость истеричных также допускает чисто физиологическое объяснение и связана с той же основной особенностью их нервной системы.

Внушение или самовнушение представляет собой концентрированное раздражение определенного пункта или района больших полушарий, сопровождающееся (вследствие низкого тонуса слабой коры) сильной отрицательной индукцией, совершенно изолирующей эти участки коры от всех других влияний. Эти вызванные внушением состояния могут касаться как раздражительного, так и тормозного процесса, приводя в последнем случае к таким симптомам, как разного рода внушенные параличи и анестезии.

По существу это — такие же симптомы, как те, которые могут быть вызваны в гипнозе словом гипнотизера. Согласно И. П. Павлову, больного истерией следует представлять себе, как человека, частично загипнотизированного, у которого, вследствие слабости его коры, жизненные раздражители легко делаются непосильными и приводят к различным фазам гипнотического состояния.

Совершенно таков же и механизм самовнушения, вызываемого различными эмоционально окрашенными представлениями и опасениями.

Таким образом, в высказываниях И. П. Павлова заключается разрешение двух старых проблем: во-первых, дается подлинно научное объяснение явлений внушения, постоянно казавшихся раньше чем-то загадочным, непонятным или даже вообще необъяснимым; во-вторых, разрешается спор, который возник в невропатологии об эмоциональности или внушаемости как основном механизме, лежащем в основе истерических симптомов. Выяснилось, что оба эти патогенетических фактора не только не должны противопоставляться друг другу, но,

---

<sup>1</sup> И. П. Павлов. Полн. собр. соч., изд. 2, т. III, кн. 2, 1951, стр. 207.

наоборот, тесно связаны друг с другом и зависят от одной общей причины.

Подытоживая свои соображения о сущности истерии, И. П. Павлов следующими словами сформулировал основные физиологические особенности, характеризующие эти состояния. Это — появляющиеся на фоне слабости больших полушарий «три частных физиологических явления: легкая подверженность гипнотическому состоянию в разных степенях вследствие того, что даже и обычные жизненные раздражения являются сверхмаксимальными и сопровождаются запредельным разлитым торможением (парадоксальная фаза), чрезвычайная зафиксированность и концентрированность нервных процессов в отдельных пунктах коры благодаря преобладанию подкорки и, наконец, чрезмерная сила и распространенность отрицательной индукции, т. е. торможения вследствие малой сопротивляемости положительного тонуса остальных отделов коры»<sup>1</sup>.

Таким образом, как основной неврологический фон, на котором могут разворачиваться истерические симптомы, так и сущность самих истерических симптомов, получили свою четкую физиологическую характеристику. Это особенно важно подчеркнуть, так как длительные неудачи ученых понять сущность истерии нередко приводили за последнее время даже к попыткам огульно отрицать своеобразие истерических расстройств и вообще не признавать принципиального отличия этих расстройств от органических неврологических симптомов.

Год выхода в свет этой замечательной работы И. П. Павлова является второй исторической датой в изучении этого невроза. Бабинский в 1901 г. представил его точное клиническое определение, И. П. Павлов в 1932 г. — его точное физиологическое понимание.

\* \*  
\*

Правильное понимание патофизиологического механизма истерии позволяет теперь разрешить и старый спор о том, может ли истерия воспроизводить какие-

---

<sup>1</sup> И. П. Павлов. Полн. собр. соч., изд. 2, т. III, кн. 2, 1951, стр. 216.

либо симптомы, кроме тех, которые могут быть вызваны произвольно? Как известно, Бабинский эту возможность отрицал. Симптомы «истерические» и симптомы «симулированные» с этой точки зрения должны были полностью совпадать. На этом основании отрицались всякого рода вегетативно-трофические симптомы истерии, вроде ангиоспазмов, повышения температуры и т. п.

Теперь, когда мы знаем патофизиологический механизм истерии, такая точка зрения должна быть признана ошибочной. Учение о кортико-висцеральной патологии (К. М. Быков и его школа) показало чрезвычайное значение кортикальной регуляции всех соматических функций организма. Известно, что условнорефлекторным, т. е. кортикальным путем можно воспроизвести в организме сложнейшие гуморально-вегетативные сдвиги. Можно воспроизводить их и с помощью гипноза. Нет поэтому никаких оснований принципиально отрицать возможность такого рода вегетативных симптомов при истерии.

С другой стороны, качественное отличие истерических симптомов от симптомов органических делает понятным то, что при истерии не может возникать целый ряд симптомов, свидетельствующих об анатомических нарушениях в тех или других отделах нервной системы, каковы изменения трофики, тонуса, рефлексов и координации движений. Поскольку истерические расстройства моторики осуществляются посредством анатомически неизменной нервной системы, т. е. посредством того же нервного прибора, которым осуществляются и так называемые «произвольные» движения, понятно, что в основном истерические расстройства моторики подобны тем расстройствам, которые могут быть вызваны произвольно. Так, при истерии возможен спазм конвергенции и невозможен спазм дивергенции — последнее движение не может быть осуществлено произвольно. Точно так же при истерической контрактуре возможно лишь одновременное сокращение мышц-синергистов и невозможно отдельное сокращение мышц, работающих в норме всегда совместно с другими мышцами, например невозможен спазм (или паралич) одного только глубокого или одного только поверхностного сгибателя пальцев и т. п. Нервный аппарат, с помощью которого осуществляются истерические расстройства моторики, яв-



ляется тем же, с помощью которого совершаются наши произвольные движения, однако при истерии в этом анатомически целостном аппарате разыгрываются тяжелые и стойкие динамические сдвиги, которые и приводят к тому, что истерическая моторика резко отличается от моторики произвольной.

Общей чертой истерических симптомов, основанных на повышенной эмоциональности и внушаемости, является то, что все они развиваются быстро, остро, большей частью в отчетливой связи с психическим переживанием. Они обладают способностью столь же внезапно исчезать, в частности обладают способностью излечиваться под влиянием одномоментного внушения. Как общее правило, отдельные истерические симптомы полностью обратимы.

Этиология истерии в значительной степени сходна с тем, что говорилось выше в отношении этиологии неврозов вообще. И истерические симптомы возникают в результате перенапряжения нервных процессов. Однако для развития истерических симптомов характерны некоторые особенности первого срыва. Именно здесь, чаще, чем, например, при развитии симптомов неврастенического ряда, в качестве «сверхсильного» раздражения фигурируют не какие-нибудь серьезные огорчения или крупные опасения, а мелкие, личные обиды со стороны близких людей. Страдающие истерией нередко очень самолюбивы и часто болезненно переживают отношение к ним окружающих, которое кажется им недостаточно внимательным. Как раз такие мелкие конфликты и вызывают нередко неадекватные реакции у этих больных.

Истерические симптомы могут развиваться в любом возрасте и у обоих полов. Способствуют распространению истерии разнообразные социальные факторы, ставящие нервную систему в неблагоприятные условия: невежество, забитость, угнетение, бедность, религиозный гнет, отсутствие широких интересов и т. п.

Интересно, что в различные исторические эпохи истерические проявления подвергались своеобразному дополнительному преломлению, в связи с различными проявлениями религиозных культов. Мы уже упоминали об эпидемии бесоудержимости в средние века в Западной Европе. Известна также частота особой формы

истерических припадков (так называемого «кликушества»), которая отмечалась в дореволюционных отсталых русских деревнях, причем припадки эти появлялись в специальные моменты богослужения, а священники особыми молитвами «отчитывали» этих больных и изгоняли из них бесов. Все такие массовые проявления истерии в сочетании с различными культами и с глубоким невежеством, конечно, быстро исчезли одновременно с прогнившим в отсталые русские деревни современной советской культуры.

«Шаманство», некогда распространенное среди многих отсталых народов, также, по свидетельству наших ученых, еще имевших возможность лично его наблюдать (В. Г. Богораз 1912, Л. Я. Штернберг, 1904), заключало в себе и несомненные проявления истерии.

Примечательно, что подобные проявления истерии могут, оказывается, хотя и очень редко, иметь место и в наше время. И. И. Лукомский (1956) наблюдал в отдаленных районах на севере Европейской части СССР случаи так называемой «икотки» — особых приступов судорог, криков, лая, икоты и т. п., развивающихся особенно в течение некоторых церковных обрядов, под влиянием дыма от ладана. Болели большей частью старухи, иногда страдавшие одновременно какими-нибудь истощающими соматическими болезнями. Они расценивали это заболевание как «порчу» или результат «колдовства». Больные эти были очень примитивны, и суеверия их никаким переубеждениям не поддавались.

Несмотря на такие весьма редкие проявления, обусловленные религиозными пережитками, в наших советских условиях, в связи с общим оздоровлением населения, с улучшением условий жизни, с всеобщей грамотностью и широким развитием общественных интересов, проявления истерии быстро и заметно регрессируют. Все реже встречаются тяжелые истерические синдромы, вроде тех, которые описывались школой Шарко во второй половине XIX столетия, а некоторых истерических синдромов из описанных в то время мы теперь вообще почти никогда не видим. Сказалось в этом и распространение среди врачей более правильных воззрений на этот невроз. Больные истерией, как чрезвычайно внушаемые, легко могут произвольно созда-

вать те или иные симптомы в ответ на расспросы врача, на его манеру исследовать больного и т. п. Этим в известной степени объясняется то, что истерия хотя и воспроизводит некоторое сходство с органической симптоматикой, но главным образом сходство с органической симптоматикой, известной современному лечащему врачу. Так, во времена Шарко не было известно еще таких симптомов, как торсионная дистония или как судорога зора, и ни один больной истерией того времени не воспроизводил этих состояний!

Совершенно особое место среди этнологических факторов истерии занимает физическая травма.

Давно уже было обращено внимание на то, что после разных видов травмы, но особенно часто после травмы взрывной волной (так называемая воздушная контузия), могут сравнительно легко развиваться различные истерические расстройства. Это дало в свое время повод для построения большого числа разнообразных гипотез. Было сделано также много ошибок. Так, обнаружив истерический характер последующих симптомов, неосновательно заключали, что и сама травма, вероятно, является не серьезным органическим повреждением, а только психотравмой, т. е. сводится к одному испугу. Таким образом, недооценивался органический и достаточно тяжелый характер самой травмы взрывной волной. С другой стороны, обнаружив органический характер самой травмы, пытались отрицать истерический характер некоторых ее последствий, а рассматривали и эти последние, как точно такие же органические симптомы. Это приводило к тому, что их своевременно не снимали психотерапией и тем способствовали их фиксации на длительное время.

Правильный подход к пониманию этих явлений был дан только во время Великой Отечественной войны, когда к ним смогли подойти с точки зрения физиологического учения И. П. Павлова. Особенно большое значение имели в этом отношении работы А. Г. Иванова-Смоленского и Е. А. Попова.

Постепенно распространялось воззрение, согласно которому диффузное охранительное торможение, наступающее после травмы взрывной волной (потеря сознания), в дальнейшем начинает постепенно убывать, причем прежде всего от него освобождаются наиболее

низкие уровни нервной системы (восстанавливаются рефлексы), а кора и подкорка еще глубоко заторможены (апатическое, угнетенное состояние); вслед за этим освобождается от охранительного торможения подкорка, которая может в этих случаях находиться и в возбужденном состоянии вследствие положительной индукции, идущей из еще заторможенной коры (повышенная эмоциональность, раздражительность этих больных). А так как дольше всего охранительное торможение задерживается как раз во второй сигнальной системе, то здесь могут на какой-то срок образоваться такие отношения, когда вторая сигнальная система еще частично заторможена, а первая сигнальная система и подкорка уже освободились от торможения и даже могут находиться в состоянии возбуждения. Таким образом, временно получаются такие отношения, на фоне которых, как мы видели, легко могут возникать истерические симптомы. И действительно, больным в этом состоянии свойственны как повышенная эмоциональность, так и повышенная внушаемость, хотя бы они до травмы не обнаруживали никакого предрасположения к истерическим реакциям. Этим и объясняется частота появления истерических расстройств в период выздоровления после сотрясения мозга. По своему характеру эти посткоммоционные истерические расстройства ни в чем не отличаются от обычной истерии и, подобно ей, могут быстро исчезать под влиянием настойчивой, большей частью одномоментной психотерапии.

Поводом для развития истерических симптомов часто являются в этих случаях разнообразные последствия травмы, которые (не будь здесь невротического осложнения) могли бы быстро пройти, в этих же случаях они надолго фиксируются уже в качестве истерических расстройств. Такова нередко затянувшаяся истерическая потеря слуха и речи после воздушной контузии.

Связь истерических расстройств с травмой может быть и иной. Так, иногда перенесший контузию больной пугается симптома, который он наблюдает у своего соседа по госпиталю, и у него появляется сходный симптом уже истерической природы («госпитальная истерия» прежних авторов). Иногда здесь примешивается и механизм иатрогении.

Такое понимание истерических расстройств, присоединяющихся к травме, объясняет, почему они не требуют для своего появления какого-либо специального истерического фона, почему они нередко моносимптомны и часто обладают внешним сходством с органическими последствиями контузии. Это объясняет и то, что они в дальнейшем (когда охранительное торможение окончательно оставляет кору больших полушарий) проходят бесследно, не оставляя после себя какой-либо особой «истеризации» личности.

Подобно тому, как истерические симптомы нередко осложняют травму, они могут присоединяться и к различным органическим болезням. И здесь они нередко развиваются по механизму истерической имитации регрессирующего органического симптома. Так, легкая, быстро регрессирующая гемиплегия сосудистого происхождения может превратиться в затяжную гемиплегию истерической природы, при исследовании которой лишь отдельные отрывочные симптомы органического характера заставляют подумать о таком ее сложном происхождении. Эти органоистерические сочетания имеют очень большое значение в понимании этнологии истерических расстройств и усиленно изучаются в последнее время.

### *Симптоматология и течение*

Всем больным, страдающим теми или другими отдельными проявлениями истерии, свойственны и вне этих отдельных проявлений особенности личности, уже давно привлекавшие к себе внимание врачей. Эти изменения носят название «истерического характера». С. А. Суханов, много занимавшийся патологическими характерами, считал для истерического характера типичным: большую впечатлительность, но с эгоистическим выбором, детскость, фантазерство, болезненное самолюбие, легкие смены настроения, внушаемость, гиперестезии органов чувств. П. Б. Ганнушкин дал прекрасное описание истерической личности, типичным для которой он считал: 1) стремление во что бы то ни стало обратить на себя внимание окружающих и 2) отсутствие объективной правды как по отношению к другим, так и к самому себе. Эти люди обращают на себя внимание своей

театральностью и лживостью. «Им необходимо, чтобы о них говорили, и для достижения этого они не брезгают никакими средствами — они способны к актам подлинного самопожертвования, если только убеждены, что ими любуются и восторгаются... Их эмоциональная жизнь капризно неустойчива, чувства поверхностны, привязанности непрочны, и интересы неглубоки... Их суждения поражают своей противоречивостью... они легко внушаемы..., но только по отношению к тому, что соответствует их потребности обращать на себя внимание; наоборот, попыткам внушающей терапии они нередко оказывают чрезвычайно упорное сопротивление... каждый жест, каждое движение рассчитаны на зрителя, на эффект... Они хватаются за любое средство, подвертывающееся под руки, будь то даже возможность привлечь к себе внимание необычными явлениями какой-нибудь болезни... Часто разыгрывают они из себя обиженных и несчастных... Охотно делают театральные попытки на самоубийство, так рассчитанные, чтобы последнее заведомо не могло удасться... Истеричные обычно завистливы и ревнивы... Будучи неистощимы и неразборчивы в средствах, они лучше всего чувствуют себя в атмосфере скандалов, сплетен и дразг... Внешний, реальный мир приобретает своеобразные, причудливые очертания, объективный критерий утрачен, и это часто дает повод окружающим обвинять истеричного в лучшем случае во лжи и в притворстве... Бессильный и слабый, он (истерик) проявляет энергию, настойчивость и выносливость в том случае, когда этого потребуют от него законы, господствующие в его психике». Часто больные эти обнаруживают известную степень психической незрелости. Их эмоциональная жизнь носит инфантильные черты.

Следует иметь в виду, что эти образные описания относятся, конечно, вовсе не к тому «художественному» (по И. П. Павлову) типу, на почве которого может развиваться истерия, а к людям с уже «сорванной» нервной системой. Сам И. П. Павлов подчеркивал необходимость не смешивать черты «художественного» типа и черты истерии (см. Среду 20/II 1935 г.). В самом «художественном» типе вовсе не заключается этих отрицательных сторон. Это — вариация нормальных типологических особенностей человека, в которой нет ничего ни особенно

плохого, ни особенно хорошего, и лишь при развитии невроза на почве этого «художественного» типа легко развиваются все те особенности характера, которые изложены выше.

Чрезвычайно, конечно, интересны попытки с помощью специальных физиологических тестов вскрыть те различия, которые существуют между степенью активности первой и второй сигнальной системы и которые могут оказаться специфическими для болеющих истерией, в отличие от болеющих психастенией. С этой точки зрения представляет большой интерес недавно (1956) опубликованная работа Л. Б. Гаккель и П. М. Трофимова. Авторы использовали изучение мигательного рефлекса (преимущественно первая сигнальная система) при одновременном решении арифметической задачи (преимущественно вторая сигнальная система). Выяснилось, что при неврозах одновременная деятельность обеих сигнальных систем затрудняется, причем тормозится как раз более слабая сигнальная система (вторая — при истерии и первая — при психастении) — четкий объективный метод, подтверждающий общую концепцию основных изменений, характеризующих эти оба невроза.

Есть еще одна характерологическая особенность, которая многими авторами рассматривалась как очень типичная для психики истеричных, это — своеобразное стремление болеть, «бегство в болезнь», стремление извлечь выгоду из своей болезни, «приятность или желательность болезни» и т. п., — состояние, которое, действительно, встречается довольно часто и физиологическую природу которого вскрыл в свое время И. П. Павлов. Однако, как мы видели выше, этот момент может играть роль и при неврастении, почему и не следует считать данный симптом патогномичным для истерии (А. М. Свядоц, 1959). Кроме того, следует согласиться с Л. В. Блуменау, утверждавшим, что есть много больных истерией, которые заведомо и честно стремятся к выздоровлению.

Из отдельных симптомов истерии одним из наиболее демонстративных является истерический судорожный припадок. Эти припадки были в свое время описаны очень подробно Шарко и его учениками, причем указывалось, что им будто бы свойственна совершенно определенная последовательность отдельных

фаз, сменяющих друг друга. Оказалось, однако, что такая последовательность явилась результатом произвольного внушения со стороны врачей, — больные охотно проделывали то, что хотели видеть изучавшие их врачи. И действительно, нигде больше истерические судорожные припадки не протекали так, как это наблюдалось у истеричек Сальпетриэра.

Истерические судорожные припадки развиваются обычно в непосредственной связи с каким-нибудь психическим переживанием: огорчением, обидой и т. п. Они протекают без потери сознания и проявляются в ряде произвольных судорожных движений, которыми выражаются те или другие эффекты, например, больной судорожно смеется, смех переходит в слезы и в рыдания, больной падает (часто не столько «падает», сколько «бросается на пол») и начинает изгибаться всем телом, рвать на себе одежду или волосы, царапаться, кататься по полу, стонать, выкрикивать отдельные слова и т. д. Очень часто больные во время припадка выгибаются дугой («мост», «истерическая дуга»), бьются о пол, разбрасывают руки и ноги. Цианоза лица во время припадка не наступает. Контакт с окружающими в течение такого припадка не исчезает, и если больного в это время удерживают, он бьется еще сильнее. Можно также купировать припадок косвенным внушением. Такой припадок может длиться различное время (до получаса), после чего больной постепенно затихает и успокаивается, заявляя, что он ничего не помнит о происшедшем или сохраняет об этом лишь какое-то смутное воспоминание.

Падая во время припадка, истерические больные не разбиваются, так как сознание у них утеряно не полностью. Зрачки в течение припадка сохраняют световые реакции, хотя это часто трудно обнаружить, так как больные крепко зажмуривают глаза при попытке поднять веки.

Ни прикуса языка, ни произвольного мочеиспускания или дефекации при истерических припадках обычно не наблюдается. Иногда больные во время припадка могут расцарапать себе кожу или прикусить губу. Сна после истерического припадка не бывает.

Во сне истерические припадки не развиваются. Точно так же их почти никогда не бывает, если больной находится один в помещении.



Настоящей ауры перед истерическим припадком не бывает, но многие больные перед припадком ощущают как бы шар, подкатывающийся к горлу (так называемый *globus hystericus*). Симптом Бабинского при истерических припадках отсутствует. Тяжелых послеприпадочных расстройств, нередких при эпилепсии, после истерических припадков не бывает.

Истерические припадки могут быть выражены в разной степени. В самой легкой форме, в виде судорожного смеха или плача, такие припадки известны под названием «истерики».

Эти аффективные судорожные разряды напоминают то, что нередко наблюдается у детей в раннем детстве (Т. П. Симсон), когда такой ребенок, на что-нибудь рассердившись или в качестве протеста, начинает плакать, весь изгибается, надает и бьется руками и ногами, обнаруживая характерное «буйство подкорки» по Павлову, что, однако, еще не является истерией.

Подобно другим проявлениям истерии, и истерические судорожные припадки могут присоединиться к травме. Обработка материалов Великой Отечественной войны показала, что судорожные припадки истерической природы появлялись большей частью не непосредственно вслед за контузией с оглушением, а чаще всего в более поздние периоды. Нередко припадки появлялись впервые через 1—2 месяца после травмы, и иногда (М. Э. Телешевская, 1946) бывали явно индуцированы соседними больными. Нередко истерические припадки, появившиеся после травмы мозга, сочетались и с другими истерическими симптомами. Часто они представляли собой лишь рецидив истерических припадков, имевших место и до травмы.

В клинике истерии наблюдаются и некоторые другие варианты пароксизмальных состояний. Таковы приступы истерического сна, могущие имитировать нарколепсию, подобно тому, как приступы истерических судорог могут имитировать эпилептический припадок. Но и здесь «копия» не тождественна с «оригиналом»: присоединяются симптомы, вовсе не свойственные сну, каковы дрожание век, тризм, тахикардия, гиперемия лица (Лермитт — Lhermitte, 1937) (см. более подробное аналогичное наблюдение в следующем разделе — Диагностика истерии). Гоберман и Лаврентьев описали больную,

которая спала, погруженная в эротические сны; будучи беременной, она заявляла, что зачатие произошло во время такого сна; потом она выздоровела от гипнотического внушения. Клод описал и истерические приступы каталепсии, напоминающие каталептические состояния при кататонии.

Кратковременные психотические состояния при истерии возможны как в связи с судорожными припадками, так и независимо от последних. Наблюдались приступы сумеречного состояния сознания с галлюцинациями и бредовыми переживаниями. Такие состояния могут длиться по несколько часов и даже дней. Иногда во время этих состояний больные могут куда-либо уходить или совершать разнообразные путешествия, не привлекая к себе внимания окружающих какими-либо явными неправильностями своего поведения, действуя, однако, автоматически, бесцельно, а впоследствии сохраняя об этих периодах лишь смутные и неясные воспоминания. Наблюдались и состояния «пуэрилизма», когда взрослые больные начинают вести себя, как дети, всем говорят «ты», наивничают, норовят смастерить себе куклу и т. п., — это придает им внешнее сходство с некоторыми формами шизофрении. Наконец, в отдельных наблюдениях были детально прослежены «раздвоения личности» у истеричных, когда периодически наступала полная амнезия в отношении всего своего прошлого, и больной начинал жить в каком-то своем особом «втором» состоянии, возвращаясь из которого он снова вспоминал всю свою прежнюю жизнь, но забывал все, что касалось его «второго состояния», и т. д. При оценке различных описаний психозов, развивающихся при истерии, следует иметь в виду, что, как указывает Фроман, многие случаи «истерических психозов», описанных во времена Шарко, оказались впоследствии шизофренией.

К особым видам кратковременных психотических расстройств явно истерической природы относилась и та «командная истерия» или «командные припадки», которые столь часто наблюдались в царской армии в империалистическую войну. Под влиянием какой-либо случайной эмоции, ссоры, противоречия и т. п. больной внезапно, иногда после кратковременного периода судорог, начинал бурно переживать сцены боя, рукопашной схватки, выкрикивая соответствующие слова команды и

находясь в состоянии сильнейшего аффективного возбуждения. Это была, так сказать, условно узаконенная в то время форма первого припадка, подобно типичным для других эпох приступам «пляски св. Витта» или кликушества и т. п., связанная отчасти с компонентом рукопашных боев во время прошлых войн. В Советской Армии в течение Великой Отечественной войны этих припадков «командной истерии» больше не наблюдалось.

Нередким симптомом при истерии являются местные гиперкинезы. Они могут быть крайне разнообразны и часто представляют немалую трудность для распознавания от гиперкинезов органического происхождения. Они могут походить на крупное или более мелкое дрожание, на хорю, на атетоз или на торсионную дистонию. Часто встречаются крупные, размашистые, ритмичные движения. Иногда они особенно усиливаются при стоянии и ходьбе, придавая ей характер своеобразного припрыгивания или пританцовывания («сальтаторный спазм»). Они могут локализоваться в какой-либо одной конечности или только в мышцах шеи или в одной половине лица и т. п. Их уменьшение под влиянием отвлечения внимания не может еще служить доказательством их истерического происхождения, так как это — симптом, свойственный и многим органическим гиперкинезам. Наоборот, в отличие от большинства органических гиперкинезов, они обычно развиваются внезапно, в связи с какой-нибудь психотравмой, и также внезапно могут исчезнуть в связи с психотерапией. Особенно же отличает их от органических гиперкинезов то, что они всегда воспроизводят формулу обычных произвольных действий или движений.

При истерии встречаются нередко и достаточно упорные местные контрактуры. Из них чаще наблюдаются истерическая кривошея и истерический блефароспазм, поводом для которого часто является какой-либо перенесенный местный процесс с раздражающим действием (соринка, попавшая в глаз, и т. п.). Легкая степень блефароспазма может выражаться в виде так называемого истерического псевдоптоза. Иногда наблюдается контрактура внутренних прямых мышц глаза (спазм конвергенции), также — спазм аккомодации (истерическая псевдомиопия). Описывался длительный

спазм мускулатуры, сгибающей туловище, так называемая «камптокормия», при которой больной вынужден сохранять все время сильно согнутое вперед положение своего тела. Этот синдром нередко наблюдался раньше, как истерическое осложнение после контузии. Иногда наблюдалась, наоборот, разгибательная контрактура туловища. Описан также истерический тризм. Иногда наблюдается характерная односторонняя контрактура губ и языка (так называемый *spasmus glosso-labialis*). В этих случаях на одной стороне в состоянии контрактуры находятся мышцы лица, рот оттянут в ту же сторону и носо-губная складка на этой стороне резко выделяется, причем высунутый язык резко отклоняется в ту же сторону, — синдром, по самой топографии спазмов явно отличающийся от органического спазма, при котором судорожно напряженный *m. genio-glossus* должен был бы, наоборот, отклонять высунутый язык в сторону, противоположную судорожно напряженной щеке. Другой очень хороший аналогичный пример: при истерической судороге одной половины лица получается характерная «гримаса зажмуривания» с бровью, опущенной книзу на стороне зажмуренного глаза, в то время как при органической контрактуре лицевого нерва спазм круговой мышцы глаза сочетается с сокращением лобной мышцы, т. е. с поднятием брови кверху, что делает такое движение совершенно невыразительным, в противоположность естественной и выразительной «гримасе» при истерической контрактуре.

Встречаются и местные контрактуры конечностей, иногда фиксирующие конечность в очень причудливых позах. Они могут присоединяться к местной травме или к какому-нибудь ранее перенесенному органическому поражению нервной системы (рис. 1).

Нередко они развиваются на почве ранее имевшей место настоящей, не истерической, противобололевой или же рефлекторной контрактуры, и по ее прекращении продолжают фиксировать конечность в прежней патологической позе уже по истерическому механизму.

Если истерическая контрактура длится долго, она, естественно, может привести в конце концов к мышечно-сухожильно-связочным ретракциям, точно так же, как долго длящийся истерический паралич может привести к некоторому похуданию мышц вследствие их бездея-

тельности. Понятно, что качественных изменений электровозбудимости при этом никогда не бывает.

Истерические параличи, иногда комбинированные с истерической контрактурой или с истерической анестезией, отличаются рядом характерных особенностей. Они поражают мышцы той или другой части тела независимо от анатомических особенностей их иннервации. Они легко отличаются от параличей органического происхождения тем, что при них сухожильные рефлексы



Рис. 1. Истерическая сгибательная контрактура левой кисти, развившаяся внезапно (в связи с психотравмой) у 29-летней больной. За два года до того перенесла органическое заболевание головного мозга (менинго-энцефалит?), сопровождающееся слабостью и онемением левой руки.

не изменяются, в то время как эти рефлексы всегда повышаются при параличах центральных и понижаются при параличах периферических. Мышечный тонус при истерических параличах — в отличие от параличей органических — также остается неизменным. Не развивается при истерических параличах и качественных изменений электровозбудимости. Не бывает при них и фибриллярных подергиваний. Все это делает диагностику истерических параличей сравнительно легкой. Это распознавание облегчается еще и тем, что при истерических параличах часто удается видеть, как «парализованная» мышца содружественно сокращается в некоторых условиях, например при поддержании равновесия, при

некоторых оборонительных или мимических движениях и т. п. Если внезапно отпустить поднятую конечность при истерическом параличе, она обычно не падает, как плеть, а опускается более плавным движением.

Если имеется не полный паралич, а лишь парез мышцы, всегда легко обнаружить, исследуя силу мышцы при сопротивлении, что больной не развивает достаточного сопротивления, на которое он способен, или что он развивает это сопротивление лишь отдельными рывками, толчками, и сейчас же снова активно расслабляет мышцу.

Истерические параличи нередко распределяются в виде гемиплегии. В отличие от настоящей органической гемиплегии, паралич в этих случаях ограничивается рукой и ногой, не распространяясь на мускулатуру нижних отделов лица и на язык. Рука и нога безжизненно свисают. Не образуется синкинезий и характерной поздней гемиплегической контрактуры в виде пронаторно-сгибательной установки руки и разгибательной установки ноги. Вследствие этого при походке нога не описывает типичного для гемиплегии полукруга, а тянется за больным по полу, точно какой-то привешенный к нему безжизненный предмет (так называемая «походка Тодда»). Клиническая картина получается совершенно такой же, как у человека, который захотел бы при ходьбе не двигать одной ногой.

В отличие от органической гемиплегии, при гемиплегии истерической нога поражается часто массивнее, чем рука.

Истерическая гемиплегия или гемипарез часто сопровождается гемиаестезией на той же стороне. Эта анестезия часто доходит точно до средней линии и нередко захватывает не только поверхностную, но и глубокую чувствительность. Если начать при этом без специальных предосторожностей исследовать слух и зрение, легко выявляется на той же стороне истерическая глухота или тугоухость, а также расстройство зрения в виде концентрического сужения поля зрения. Когда эта анестезия захватывает и половину лица, корнеальный рефлекс остается сохраненным. Подошвенные же рефлексы нередко отсутствуют (тормозятся) на стороне анестезии. Если истерическая гемиплегия поражает правые конечности, она не сопровождается расстройством речи.

Встречаются при истерии и параличи иного распределения: моноплегии и параллегии. Последние отличаются от органических спинальных параплегии сохранением функции сфинктеров. Характерно, что область паралича соответствует не каким-либо анатомическим зонам иннервации, а лишь представлению больного: «половина тела», «рука», «кисть» и т. п. При травмах в области черепа истерическая гемиплегия развивается на той же стороне, следуя, очевидно, представлениям больного, не знающего закона перекреста церебральной иннервации. Впрочем, мы наблюдали один раз, как органический периферический паралич лицевого нерва сопровождался истерической гемиплегией противоположной половины тела, — это была женщина-врач, имевшая понятие об альтернирующих синдромах и испугавшаяся своей прозоплегии, которую она приняла за признак сосудистого очага в паренхиме головного мозга.

К особому виду истерических двигательных расстройств относится так называемая астазия-абазия. Это — невозможность стоять и ходить при сохраненных элементарных движениях ногами в постели. Часто попытка встать и ходить сопровождается при этом резким дрожанием всего тела. Астазия-абазия принадлежит к числу сравнительно частых истерических расстройств. Очень сходна с ней фобия вертикального положения и ходьбы, развивающаяся уже по принципу настоящей навязчивости.

При изучении истерических параличей применялись и специальные физиологические методы исследования. Такие работы были проведены Э. С. Прохоровой (1954, 1956, 1958). Применялась выработка условных рефлексов с речевым подкреплением, причем безусловным раздражением являлось пассивное сгибание на определенный угол предплечья или голени, а дифференцировкой — сгибание тех же сегментов на меньший угол. Общим выводом из этих исследований было то, что условные рефлексы в двигательном анализаторе при истерических параличах и парезах получают, но они образуются с трудом, не стойки, обладают склонностью к пассивному торможению. Интересно, что после клинического улучшения наблюдалась и некоторая нормализация условных рефлексов.

Одним из наиболее частых истерических расстройств являются истерические нарушения чувствительности.

Истерические ан- и гипестезии относятся к наиболее частым расстройствам. Сами больные обычно на эти нарушения не жалуются, и они впервые обнаруживаются во время врачебного исследования. Сравнительно часто встречается истерическая гемнанестезия, обычно резко ограниченная срединной линией. Раньше, когда неосторожным исследованием врачи нередко нечаянно внушали больным нарушения и со стороны органов чувств, такая истерическая гемнанестезия часто сопровождалась снижением слуха и концентрическим сужением поля зрения на той же стороне. Многими неврологами отмечалось, что истерические расстройства чувствительности чаще определяются на левой половине тела; это объясняли присоединением истерических симптомов к неприятным ощущениям, исходящим из сердца; другие объясняли это тем, что врач, держащий иголку в правой руке, большей частью начинает исследование кожной чувствительности с левой руки больного, тем самым произвольно внушая ему левостороннюю анестезию.

Истерические анестезии обычно захватывают все виды чувствительности. В зонах истерической анестезии могут наблюдаться и вегетативные расстройства, например спазм сосудов, вследствие которого уколы, нанесенные в этой области, могут не кровоточить. Наблюдаются также вазомоторные изменения, обнаруживаемые при плетизмографии. Тем не менее, массивных ожогов, какие наблюдаются при сирингомиелической терманалгезии, при истерии никогда не находят.

Истерические анестезии легко отличаются от истинных и по своей топографии, и по своей стойкости. Топография их, — что подмечено было уже давно, — не совпадает с территориями, иннервируемыми определенными нервами или корешками и ограничивается крупными «понятными» территориями (кисть — перчатка —, или кисть и предплечье, или вся рука, или «полукуртка» и т. п.), часто на верхней или нижней конечности ограничиваясь круговыми границами. Границы эти обычно резки: полностью нечувствительный участок кожи сразу переходит в участок кожи, полностью сохранивший свою чувствительность. Этим свойством легко пользоваться



для определения истерической природы анестезии; отметив на коже (например, на коже спины) точную границу анестезии, через некоторое время повторяют исследование так, чтобы граница эта оказалась несколько сдвинутой в ту или другую сторону. Например, начиная исследование с ранее чувствительного участка кожи, говорят больному: «Теперь я буду Вам наносить ряд уколов, а Вы сами скажите, как только почувствуете укол», — больной обычно легко поддается этому внушению, и граница анальгезии оказывается произвольно перемещенной выше или ниже ее прежнего уровня.

Что касается круговых (так называемых «геометрических») границ истерических анестезий на конечностях, то представление о них несколько упростилось в ежедневной работе невропатологов, которые нередко, определив круговую границу на предплечье, на плече или на голени, сразу записывают в истории болезни: «Анестезия по функциональному типу». Между тем, мы знаем теперь, что и кортикальные очаги, а также заболевания симпатической цепочки, могут давать такого рода циркулярный тип анестезии. Симптом потерял, таким образом, свою убедительность, и мы теперь уже не в праве пользоваться им с такой механической легкостью, как это еще недавно казалось возможным.

Очень специфической чертой, характеризующей истерические анестезии, является то, что в случае выпадения глубокой чувствительности и при отсутствии паралича соответствующей конечности, в ней никогда не наблюдается нарушений координации, которые неизбежно наступили бы при органической потере глубокой чувствительности. Явления атаксии не свойственны истеричным, а нередко обнаруживаемое ими падение при закрывании глаз («псевдо-Ромберг») носит все черты произвольности и аггравации. Достаточно выключить на время зрительную ориентировку больного, затемняя его глаза при исследовании световой реакции зрачков, чтобы убедиться, что в этих условиях, когда внимание больного направлено не на «стояние с закрытыми глазами», а на «исследование зрения», больной продолжает стоять совершенно спокойно, в то время как табетик с настоящим симптомом Ромберга в этих условиях неминуемо начинает шататься.

Легкость возникновения истерических анестезий и большое сходство их как с симуляцией, так и с тем, что может быть получено в состоянии гипноза, сделали то, что эти состояния стали излюбленным объектом для многочисленных экспериментов, имевших целью выяснить их физиологический механизм и, в частности, разрешить вопрос о степени «реальности или, наоборот, искусственности» истерической анестезии. Однако результаты этих исследований оказались в некоторых отношениях противоречивыми.

Так, еще Тинель (Tinell) в 1937 г. под заголовком «Реальный характер некоторых истерических анестезий» представил в Парижском обществе невропатологов сообщение, свидетельствующее о том, что при истерии болевое раздражение анестезированной области не сопровождается учащением пульса, которое появляется, как только раздражение переходит за пределы истерической анестезии. Тинель видел этот факт многократно. Он иллюстрировал его весьма убедительными записями кимографических кривых. Однако уже в одном из следующих заседаний того же года Буассо (J. Boisseau) дал этому факту совершенно иное объяснение, исходя из воззрений Бабинского: если Бабинский прав, феномен, полученный Тинелем, должен быть воспроизводим и произвольно. Буассо на себе самом и на двух здоровых людях произвел следующий опыт: он раздражал электрическим током различные участки тела при задании задерживать усилием воли всякое проявление боли на определенных участках и дать себе свободу в проявлении боли на других участках. Кимограммы обнаружили резкое изменение пульса при раздражении этих последних участков и отсутствие изменений при раздражении первых, в то время как индомоторный рефлекс и гиперемия кожи на местах контактов с электродами не менялись под влиянием волевой установки. Возможно, что в основе изменений пульса лежали рефлекторные напряжения скелетной мускулатуры, которые, однако, подопытный субъект мог задерживать усилием воли. Тинель мог только поздравить Буассо с постановкой этого остроумного эксперимента.

Противоречивые данные были получены и при попытках образовать условные рефлексы при раздражении кожи в областях истерической анестезии.

Титека (Titeca, 1948) описал у двух больных истерией сохранение  $\alpha$ -ритма при раздражении анестезированных областей, что свидетельствовало о «реальности» этих анестезий, поскольку в норме  $\alpha$ -ритм при раздражении кожи должен подавляться.

Так же точно Н. И. Красногорский (1958) указывает, что при истерии условные рефлексы с той половины тела, на которой внушена анестезия, исчезают. При этом если воспитан двойной рефлекс и на метроном и на давление кожи, то давление на анестезированную область кожи гасит и рефлекс на метроном, — торможение иррадирует, таким образом, и на другие анализаторы.

Все эти данные свидетельствуют как бы об очень массивной физиологической основе истерической анестезии.

Наоборот, В. М. Бехтерев показал, что раздражением кожи в области истерической анестезии удается все же условные рефлексы получать.

С этой точки зрения представляет несомненный интерес работа чехословацкого невролога И. Черначека, опубликованная им в 1956 г. Автору удалось выработать условный оптокинестический рефлекс на прикосновение к ладони руки с потерянной чувствительностью у 38-летней монахини, страдавшей истерией. Так же получалась реакция зрачка при болевом раздражении потерявшей чувствительность кожи, что отмечалось еще в наблюдениях старых авторов (Жане и др.).

Неоднородность результатов при этих попытках физиологического изучения истерической анестезии объясняется, вероятно, помимо того, что авторы применяли различные методики, еще и неодинаковым характером самих исследованных больных. Уже заранее следует думать, что неодинаковые показатели могут быть получены у больных с анестезиями свежими или застарелыми, а также с анестезиями чисто истерическими или такими, когда истерия присоединяется к какой-нибудь слабо выраженной органической основе.

В ряде случаев при истерии обнаруживаются гиперестезии, парестезии, а также боли. Эти боли могут иметь самую разнообразную локализацию и имитируют всевозможные заболевания головного мозга, внутренних органов, позвоночника и суставов.

К ним относится так называемый *clavus* (гвоздь) — сильная головная боль в темени, по мнению старых авторов, будто бы специально свойственная истерии. Описывались истерические псевдомиалгии, псевдоишиас, боли в области, соответствующей аппендиксу, желудку, боли в грудных железах, рахиалгии, коксалгии и т. п. Боли в области сердца могут имитировать приступы *angina pectoris*. Многие из этих местных парестезий или болей имеют, по-видимому, также истерическое происхождение. Последнее относится особенно к области яичников, давлением на которые прежние врачи вызывали или купировали истерические припадки. Теперь, когда миновали эти неправильные представления у врачей, подобных явлений у больных не наблюдается.

Истерические расстройства вкуса и обоняния встречаются редко. Своеобразные гиперестезии обоняния, благодаря которым истерический больной будто бы в состоянии по запаху определять различные металлы и т. п., относятся, конечно, к области фантазии.

Относительно часты истерические расстройства зрения. Так, сравнительно нередки приступы истерического амавроза, обычно непродолжительные. Для межприпадного состояния истерических считается характерным концентрическое сужение поля зрения. Оно достигает иногда весьма резких степеней. Тем не менее, больные с таким резко ограниченным полем зрения свободно ориентируются в окружающей обстановке и не пытаются при ходьбе на препятствия. Следует иметь в виду, что концентрическое сужение поля зрения может наблюдаться и при иных болезненных состояниях, кроме истерии.

Многие случаи дисхроматопсии, монокулярной полиопии или диплопии имеют также истерическое происхождение. Настоящих гемианопсий при истерии не бывает.

Истерическая глухота иногда остается после какого-нибудь закончившегося органического расстройства слуха. В комбинации с мутизмом она составляет известное истерическое осложнение после сотрясения мозга при травме взрывной волной в виде постконтузионной глухонемой. Истерическая глухота, как правило, двусторонняя. Несмотря на полную потерю слуха, при этом обычно сохраняется ауропальпебральный рефлекс Бехтерева (замыкание глазной щели в ответ на громкое звуковое раздражение) и улиткозрачковый

рефлекс Шурыгина (сужение зрачка в ответ на такое раздражение). Сохраняется возможность выработки условных рефлексов на звук (Л. Б. Перельман, 1942, 1943; Я. С. Темкин, 1947; и др.), а также изменения электроэнцефалограммы в ответ на звуковое раздражение. Анестезия кожи ушных раковин часто сочетается с глухотой истерического происхождения. Если истерическая глухота не сопровождается потерей речи, голос может оставаться нормально модулированным. Интересно, что, «читая по губам», больной, страдающий истерической глухотой, оказывается, на самом деле узнает слово не только зрением, но и слухом. Так, больной правильно различает «по губам» такие слова, как, например, «шар» и «жар» или «папа» и «баба», хотя по движениям губ они выглядят одинаково (Я. С. Темкин). Точно так же нередко выясняется, что такой больной перестает хорошо читать с губ, если исследующий переходит на беззвучный шепот.

Очень своеобразной клинической формой истерических расстройств речи является мутизм.

Это — полная потеря речи, полная немота, чем мутизм и отличается от большинства случаев моторной афазии, при которой обычно имеются так называемые «речевые остатки». Больной мутизмом не делает даже попыток произнести какой-либо звук. Он показывает себе рукой на губы, давая этим понять, что он «лишился речи». В то же время он полностью сохраняет способность писать, что бывает при афазии очень редко.

Истерическая афония (способность говорить только шепотом) может развиваться сразу, как таковая, но может представлять собою этап при обратном развитии мутизма. Очень характерно, что при истерической афонии кашель часто может оставаться звучным. Точно такое же значение имеет истерическое заикание. Оно явно отличается от обычного заикания. Здесь нет столь характерных для заикания отдельных спастических установок, прерывающих гладкую речь. Наоборот, здесь большей частью вся речь совершается в замедленном темпе, с многократным повторением: «х-х-х-х-ор-р-р-р-о-ш ш-ш-ш-о» и т. п. Возможны и иные формы истерического заикания. В противоположность больным с обычным заиканием, больные с истерическим заиканием несколько не стесняются своего дефекта.

Истерические мутизм и заикание нередко остаются на более или менее длительный срок после травмы взрывной волной, заменяя собою начальные органические аналогичные симптомы, подобно тому, как истерический паралич руки может заменить в более позднем периоде болезни паралич руки, зависевший от ушиба плечевого сплетения. Особенно часто истерический мутизм в результате перенесенного сотрясения мозга на почве воздушной контузии присоединяется к потере слуха. Это — так называемый сурдомутизм контуженных — синдром, послуживший поводом для большого числа противоречивых объяснений и гипотез и особенно подробно изученный советскими врачами в течение Великой Отечественной войны. Был выяснен ряд особенностей этого синдрома, важных в том отношении, что в связи с этим разрабатывались и эффективные методы лечения.

Анализ постконтузионного истерического сурдомутизма дал интересный материал для суждения о некоторых деталях его возникновения. Дело в том, что хотя совершенно ясна истерическая природа синдрома, в возникновении его играет ведущую роль оглушение после взрыва снаряда. Это оглушение часто сопровождается вначале не истерическим расстройством речи, возможно вследствие иррадиации торможения, внезапно возникшего первоначально в слуховой зоне. В других случаях, наоборот, мутизм разворачивается на фоне легкой органической «контузионной дизартрии». Последняя длится, однако, большей частью не очень продолжительное время, постепенно либо регрессируя в дальнейшем, либо превращаясь в обычное заикание, особенно если вмещивается тревожная направленность внимания на свое речевое расстройство. Б. А. Чечельницкая (1946) нашла, что эта чистая органическая дизартрия обнаруживается лишь до 3—5 месяцев после травмы, в дальнейшем картина дизартрии начинает носить смешанный характер, а после года речевые расстройства, если они остаются, уже ничем не отличаются от обычного, невротического заикания. В отличие от мутизма такая дизартрия, как правило, уже не поддается одномоментной психотерапии, а требует более длительного логопедического воздействия.

В части случаев, однако, снятие мутизма проходит через фазу заикания истерического, большей частью

легко распознаваемого благодаря своей парадоксальной симптоматике. Понятно, что в этих случаях заикание, как и мутизм, отлично поддается внушающей терапии.

Историческое происхождение сурдомутизма контуженных в литературе по материалам Великой Отечественной войны доказывал целый ряд авторов. Интересно указание на то, что среди гражданского населения, пострадавшего от воздушной бомбежки или от артобстрела, несмотря на большое число случаев коммоции, типичная глухонмота почти не встречалась. Частота одновременно имевшихся органических изменений со стороны органа слуха (перфорация или втянутость барабанных перепонок и т. п.) равнялась в среднем 15%. Интересно, что и здесь параллелизма между тяжестью органической наслойки обнаружить не удалось (А. М. Гидон, 1943). Наоборот, оказалось, что глухота и потеря речи непосредственно после контузии у больных с повреждением барабанных перепонок встречаются значительно реже, чем у больных без таких повреждений.

Интересны способы, с помощью которых удавалось установить историческое происхождение потери слуха. Часто они являются одновременно терапевтическими внушающими моментами, когда больной убеждается в том, что он на самом деле слышит гораздо больше, чем думает сам. Методы эти основаны на том, что у больного, не фиксирующего внимания на своем слухе, возникают те или другие естественные реакции, продиктованные слуховыми стимулами.

Остроумный прием разработал Л. Б. Перельман, назвавший его «комбинированной речеписьменной пробой». Больному с сурдомутизмом пишут вопросы, на которые он охотно письменно же отвечает, но одновременно с этим произносят этот вопрос громким голосом. Постепенно врач пишет свои вопросы все менее разборчиво или измененно и, наконец, так, что правильно прочитать их вообще невозможно, и тогда оказывается, что больной отвечает уже не на письменный вопрос, а на устный, например врач произносит: «Голова болит?», — а пишет: «Голуби летят?», — и больной письменно отвечает: «Болит».

Предлагались и другие способы: больному громко приказывают: «Смотрите вверх, вниз» — и т. д., жестом

же указывают какое-нибудь другое направление. Больные часто в таких случаях выполняют устное приказание.

П. И. Шпильберг (1943), изучая биотоки мозга у контуженных с потерей слуха, обнаружила наличие электрической реакции коры на звуковые раздражения. Особо интенсивными изменения были в тех случаях, когда применялся разговор, неприятный для больного.

Все аналогичные пробы имеют и прямую терапевтическую ценность: больной убеждается в том, что он что-то слышит, и это способствует дальнейшему улучшению.

Однако если истерический сурдомутизм не был своевременно снят и контуженный с потерей речи и слуха попадал в более или менее глубокий тыл, истерические наслоения нередко фиксировались, и лечение значительно затруднялось. По-видимому, именно в связи с этим было высказано немало и других объяснений этого синдрома, причем большей частью на место внушения или самовнушения выдвигались либо органические изменения со стороны головного мозга, либо изменения вегетативной нервной системы. Эти концепции определяли и выбор терапевтической процедуры, которая должна действовать непосредственно на нервную динамику, минуя фактор внушения.

Так, Я. И. Минц (1947) считал, что глухонмота контуженных не может быть объяснена истерией, ввиду частоты у этих больных мелких анимальных или вегетативных симптомов, а также частых изменений в наполнении воздухом системы мозговых желудочков. А. С. Пенцик (1945) также полагал, что механизм постконтуживной глухонмоты «можно локализовать в экстрапирамидных структурах, в частности в околожелудочковых». Д. М. Кулик (1945) также считал субстратом измененную при постконтуживной глухонмоте «по преимуществу диэнцефалическую область». Против признания затянувшегося постконтуживного сурдомутизма за истерический синдром высказывались также Л. Я. Шаргородский (1947), А. М. Смирнова (1943), С. В. Крайц (1943) и др.

Между тем, возможность одномоментного снятия постконтуживного сурдомутизма, широко подтвердившаяся опытом советских врачей, с несомненностью уста-



новила его истерическую природу. Открытым в каждом отдельном случае остается только вопрос, в какой момент после контузии сурдомутизм, первоначально еще не психогенный, а зависящий или от прямого ушиба мозга или от иррадиации запредельного торможения, перерастает в истерическую фиксацию. Срок этот, по видимому, не очень велик. А. М. Свядош (1948) сообщает, что уже через 3 часа после контузии можно было обнаружить истерическую природу возникшего сурдомутизма. Л. Б. Перельман считал, что первоначальная бароакустическая (не истерическая) оглушенность длится не более 8—10 дней. Интересно, что рядом наблюдений, сделанных в течение Великой Отечественной войны, было установлено, что истерический сурдомутизм нередко устанавливается не сразу после воздушной контузии, а своеобразно «созревает» еще в течение первых нескольких дней.

Постконтузионный сурдомутизм истерической природы в очень большом числе случаев сочетается с разнообразными мелкими признаками органического поражения головного мозга, что совершенно понятно, но что в ряде случаев может затруднять распознавание этого расстройства как истерического симптома. Так, на материале Великой Отечественной войны Я. С. Темкин находил (во фронтовом районе) такие симптомы в  $\frac{1}{3}$  всех случаев. Такова, например, сглаженность носогубной складки или асимметрия сухожильных или кожных рефлексов и т. п. Столь же понятно и изобилие различных вегетативных нарушений, нередко наблюдаемых при постконтузионном сурдомутизме (А. Г. Иванов-Смоленский). Таковы нарушения сердечного и дыхательного ритма, терморегуляции, потоотделения, мочеотделения, сна и др. Нередко наблюдалось осложнение истерической глухонемоты после травмы взрывной волной и другими симптомами уже явно истерической природы. Такие осложнения наблюдались больше чем в 40% всех случаев постконтузионных истерических расстройств речи. Таковы были истерические судорожные припадки, парепарезы или пареплегии, астазия-абазия, различные локальные гиперкинезы, иногда псевдодементное истерическое поведение и т. д.

Все случаи истерического сурдомутизма заканчиваются — при правильном лечении — выздоровлением.

По материалам Великой Отечественной войны, среди всех болевших истерией нарушения слуха и речи составили 36—38%.

\* \*  
\*

Несмотря на возражения, встречающиеся в специальной литературе (Бабинский и др.), следует признать, что расстройства вегетативной иннервации могут возникнуть и при истерии.

К таким симптомам относятся истерическая одышка, имитирующая бронхиальную астму, аэрофагия, истерическая отрыжка, спазм пищевода (вероятная основа для известного ощущения истерического «глобуса»), спазм привратника, приводящий к рвотам, усиленная перистальтика кишечника, приводящая к поносам, спазмы кишечника, приводящие к упорным запорам, парезы кишечника, судорожные сокращения диафрагмы, спазмы сфинктера мочевого пузыря. Н. Н. Топорков еще в 1901 г. подробно изучил синдром истерического метеоризма и показал, что интенсивность его может быстро изменяться в ту или другую сторону под влиянием внушения. При истерии неоднократно отмечались также такие явления, как тахикардия, экстрасистолия, обмороки, местные ангиоспазмы, местные эритемы или асфиксии. О возможности же местных кожных геморрагий и некрозов истерического происхождения до сих пор не прекращаются споры. При истерии может изменяться также потоотделение и нарушаться слюноотделение, либо в виде слюноотделения, либо в виде патологической сухости во рту. Могут наблюдаться изменения в ритме дыхания (тахипное) и истерический кашель. Очень типична тяжелая истерическая звонкая икота. Встречаются нередко истерическая анорексия и истерическая полнурия. Описывавшаяся ранее истерическая анурия в дальнейшем многими оспаривалась.

Из области эндокринно-вегетативной симптоматики особенно половая жизнь представляет частые отклонения при истерии. Особенно часто встречается половая холодность у женщин. Многие авторы отмечали своеобразную инфантильность полового чувства, свойственную больным истерией. Описывалась также скудость месячных, наступавшая в период, когда страдавшая истерией на-

чала воображать себя беременной (так называемая «ложная беременность», своеобразный пример которой приводит А. М. Свядош в своей монографии).

В происхождении этих многочисленных вегетативных симптомов, сопровождающих проявления истерии, мы не видим теперь никакого противоречия с ранее допускавшимся воззрением, согласно которому все симптомы истерии сводятся только к тому, что может быть «вызвано произвольно». Как известно, то или другое состояние высшей нервной деятельности сейчас же отражается на вегетативных функциях организма, и изменения деятельности сердца или ширины зрачков и т. п. могут автоматически сопровождать какую-либо аффективно окрашенную мысль или слово.

\* \*  
\*

Выше описана симптоматика истерии, выражающаяся в развитии отдельных локальных псевдоорганических симптомов. Их изобилие и внешняя эффективность снизились за последнее десятилетие. Почти исчез «большой припадок истерии» (*hysteria major* прежних авторов), исчезли истерические отеки, гангрены, анурии и лихорадка. Стали более редкими истерические гемипарезы и параличи. Как только какие-нибудь симптомы истерии будут хорошо изучены и явно отличимы от сходных органических симптомов, сейчас же эти симптомы перестанут продуцироваться больными. Скоро, вероятно, очаговые, псевдоорганические истерические симптомы и вообще исчезнут. Потеря этих ярких симптомов (этой «вывески истерии»), вероятно, несколько затруднит диагностику. Тем более важной оказывается симптоматика тех случаев, где уже нет никаких ни параличей, ни судорожных припадков, а где дело сводится к своеобразной истероидной личности с рядом чисто невротических симптомов, однако явно истерической природы.

Сюда относятся и те навязчивые состояния, о которых более подробно говорилось выше. Сущность их остается той же при всех трех основных видах неврозов. Однако для каждого из них навязчивые состояния отличаются некоторыми особенностями. Для истерии как раз характерна резкая эмоциональная насыщенность этих состояний и обилие навязчивых страхов, в то время

как навязчивые мысли встречаются здесь значительно реже.

Приводим характерный пример такого рода.

Больная Г., 34 лет, жалуется на приступы неудержимого страха, мешающие ей ходить одной по улицам. Кроме того, у нее дрожат руки и ноги, она чувствует физическую слабость и ей трудно работать. Во время состояния страха ей кажется, что она сейчас «упадет», «сойдет с ума», «потеряет сознание». В течение трех ночей, когда она ехала в Ленинград, она не спала от страха, что вдруг, сонная, «нечаянно» выйдет из вагона и на ходу спрыгнет с поезда.

В детстве она была очень впечатлительной, плаксивой. Мать вышла замуж вторично, и девочка начала бояться, что мать ее бросит. Не отпускала мать ни на шаг от себя. В 9-летнем возрасте, когда однажды мать запоздала домой, девочка стала звонить по телефону в «Скорую помощь» в уверенности, что с матерью случилось какое-то несчастье. В 9-летнем возрасте ее уже водили показывать в клинику; главная жалоба тогда была — «слезы».

В детстве ее однажды посадили в очень горячую ванну. После этого у нее появился навязчивый страх воды.

Позднее она оказалась человеком очень энергичным, активным, решительным, без всяких наклонностей к мнительности или к сомнениям, была общительной, достаточно подвижной, «никогда ни перед чем не останавливалась», в семье была всегда настойчивой, деспотичной. Может быть, ей была свойственна только некоторая цикличность в ее настроениях. Все время оставался, однако, болезненный страх за здоровье матери, и она и теперь чуть не каждый день посылает домой телеграммы. Постепенно сделалась очень вспыльчивой.

После замужества и обнаружившейся фригидности был ряд сексуальных увлечений. Пять лет тому назад, когда у больной сложилась сложная ситуация, связанная с очередным увлечением, возник на улице первый приступ страха. Эти приступы возобновлялись в дальнейшем.

В остальном, кроме того, что Г. страдает мигренями, особой патологии не обнаруживается. В поведении много истерических черт. Однако никогда никаких истерических моносимптомов, вроде судорожных припадков, параличей и т. п. у нее не было.

Единственная сестра нашей больной и оба ее родителя также очень нервные люди.

Психотерапевтические занятия с больной (Д. М. Гастев) дали значительное улучшение.

Таким образом, здесь имеется явно выраженный истерический характер, на фоне которого и развертываются навязчивые страхи. Последние очень яркие и симптоматически отличаются от тех, которыми характеризуется навязчивость при слабой первой сигнальной системе: там навязчивые опасения вырастают из постоянных мелких сомнений и опасений, из основной тревожно-мнительной установки, здесь они вырастают из совершенно понятных психологических конфликтов (брак матери; осложненная интимная ситуация). В то же время вся история жизни больной и наблюдение за ней свидетельствуют о том, что первая сигнальная система и подкорка у нее развиты хорошо и что она полностью должна быть отнесена не к «мыслительному», а именно к «художественному» типу И. П. Павлова.

\* \*  
\*

При исследовании больного истерией мы не находим никаких симптомов, могущих указывать на органическое поражение нервной системы. Сухожильные рефлексy часто усилены, но не в резкой степени, и всегда равномерны. При исследовании стопного клонуса у истеричных нередко получается так называемый «псевдоклонус стопы». Сокращения при нем не ритмичны, как при истинном клонусе, большей частью не исчезают в тот момент, когда врач перестает поддерживать стопу в разогнутом положении, а еще продолжают при пассивно свешивающейся стопе — факт, подтверждающий, что в основе этого гиперкинеза лежит совершенно другой механизм, чем при истинном, органическом клонусе стопы. Указания В. М. Бехтерева (1929) на то, что в единичных случаях истерии возможна потеря коленного и ахиллова рефлексов, а также указания Л. О. Даркшевича (1915) на то, что при истерии возможны такие симптомы, как паралич лицевого нерва, исчезновение коленных рефлексов или потеря световых реакций зрачков, основаны были, ве-

роятно, на ошибках диагностики. Здесь же интересно подчеркнуть тонкое наблюдение Л. В. Блуменау (1928), подметившего, что для истерии характерно не обычное повышение сухожильных рефлексов, а повышение, сопровождающееся вздрагиванием всего тела, что является, очевидно, своеобразной «психогенной прибавкой» к живому сухожильному рефлексу.

Значительная эмоциональность больных истерией также обычно очень характерно выступает во время врачебного исследования. Они очень возбудимы, легко волнуются, легко бледнеют и краснеют, легко плачут, но и быстро успокаиваются.

Обмен веществ у больных истерией не нарушен.

При экспериментальном исследовании условных рефлексов у больных, страдающих истерией, могут быть обнаружены некоторые нарушения, понятные из изложенного выше патофизиологического механизма истерии. Условные рефлексы у этих больных неустойчивы и часто колеблются, внешнее торможение очень сильно, внутреннее торможение ослаблено. И раздражительный, и тормозной процессы обнаруживают при истерии наклонность к широкой генерализации, последовательное торможение оказалось у больных истерией более длительным, чем у здоровых.

Определяются при истерии и изменения ЭЭГ. О характере этих изменений еще идут споры. Описывалась неравномерность ритма, отличающегося сравнительно высоким вольтажем. Изменения биотоков при истерии (И. А. Пеймер, М. Б. Умаров, Н. А. Хромов, 1954) отличаются большой изменчивостью и непостоянством. По данным И. А. Пеймера, преобладание нормального альфа-ритма, которое у здоровых отмечается в 91,6% случаев, при истерии найдено было всего у 69,5% больных, у значительной же части больных определялись различные аномальные формы ЭЭГ, причем в 1,1% всех случаев встречались выбросы и гиперсинхронные волны.

\* \*  
\*

Прогноз истерии. Большинство истерических расстройств возникает остро, обычно в связи с психическими переживаниями. Они исчезают большей частью

также внезапно, иногда в явной связи с прямой или косвенной психотерапией или с какой-нибудь эмоцией (испуг, радость и т. п.). Поэтому прогноз каждого отдельного истерического симптома вполне благоприятен. Однако прогноз в отношении основного невротического фона при истерии следует признать менее благоприятным, и многие больные истерией, избавившись от одного какого-нибудь истерического симптома, впоследствии, под влиянием каких-либо тяжелых жизненных переживаний, могут заболеть снова. Тем не менее, в ряде случаев удается добиваться положительных результатов и в смысле некоторой переделки основных дефектов высшей нервной деятельности, характерных для истерии.

### *Диагностика, терапия, трудоспособность и профилактика*

Диагностика истерии основывается на двух принципах. Во-первых, должно быть произведено тщательное неврологическое исследование. Отсутствие признаков органического поражения нервной системы — это, если можно так выразиться, «негативная» характеристика истерии. Во-вторых (и это гораздо важнее), должно быть выяснено психогенное происхождение синдрома — это «положительная» характеристика истерии, в ряде случаев удачно подкрепляемая исчезновением болезненного симптома в результате внушающей психотерапии. При этом, оценивая отсутствие органических симптомов, надо постоянно иметь в виду возможность частых истеро-органических сочетаний.

Дать детальный перечень особенностей, отличающих острые истерические симптомы от внешне сходных с ними симптомов органических, значило бы снова повторить всю неврологическую семнологию. Достаточно указать на один общий принцип, свойственный истерическим симптомам: истерия в отношении развития первичных анимальных симптомов может воспроизводить только то, что может быть вызвано произвольно.

В дальнейшем необходимо рассмотреть отдельные симптомы истерии, представляющие в некоторых случаях немалые трудности в отношении дифференциальной диагностики. Сюда относится, например, истериче-

ский припадок. Такой припадок, особенно если он известен только анамнестически, иногда может быть смешан с припадком эпилепсии. Для правильного распознавания необходимо помнить о следующих фактах.

Истерический припадок большей частью явно провоцируется психическими моментами, в то время как припадок эпилепсии обычно разворачивается спонтанно; однако одно только установление психического провоцирующего фактора ни в коем случае не снимает автоматически диагностики эпилепсии; нам известно теперь немало случаев, когда заведомые эпилептические припадки могут быть спровоцированы психогенно. Правда, при обеих болезнях в самом характере психической провокации может быть нередко усмотрена своеобразная специфика: в то время как припадок эпилепсии может быть вызван экстренной сильной эмоцией (крушение поезда, нападение, разрыв снаряда и т. п.), истерический припадок представляет собою чаще реакцию на какое-нибудь мелкое обидное замечание, ущемленное самолюбие, невнимание со стороны окружающих и т. п.

Характерным диагностическим симптомом является развитие припадков в чьем-либо присутствии. Возникновение припадков в одиночестве, по-видимому, никогда не встречается при истерии и определенно свидетельствует в пользу диагностики эпилепсии. Точно так же судорожный припадок, случившийся во время сна (без предшествовавшего пробуждения) всегда говорит за его эпилептическую природу.

Важен характер ауры (вкусовая или обонятельная аура), а также ощущение необходимости «вспомнить что-то забытое», столь типичное для эпилепсии, никогда не встречается при истерических припадках.

Полная потеря сознания, не реагирующие на свет зрачки, повреждения, полученные во время припадков — всегда свидетельствуют об эпилепсии, точно так же, как временное появление после припадков преходящих пирамидных симптомов.

Эпилептический припадок длится 3—5 мин, истерический — до получаса.

Послеприпадочный глубокий сон, общая разбитость и тяжелая головная боль говорят за эпилепсию. Наоборот, после истерического припадков больные нередко ис-



пытывают своеобразное «успокоение», как будто они «отреагировали» на какое-то неприятное переживание.

Иной характер носят, конечно, и сами судороги: массивные напряжения мышц и мышечные двигательные разряды, не представляющие собою никаких сложных комплексных движений, говорят за эпилепсию. Наоборот, как бы осмысленный характер движений, когда больные бьются головой о пол, выгибаются, кусают, царапают себя, рвут белье и т. п., говорит за истерию.

Больные истерией редко мочатся под себя во время припадка и никогда не прикусывают себе язык.

В спорных случаях для дифференциальной диагностики от эпилепсии может помочь запись биотоков мозга: характерные для эпилепсии электроэнцефалографические изменения (пароксизмы пиков или острых волн высокого вольтажа) при истерии достаточно редки (см. стр. 190).

От большого судорожного эпилептического припадка истерический судорожный припадок, таким образом, можно отличить сравнительно легко. Значительно большие затруднения могут возникнуть, однако, при различении истерического припадков и приступов, развивающихся при энцефальных очагах в среднем или промежуточном мозгу (так называемые мезэнцефальные, мезодиеэнцефальные и диэнцефальные припадки). Эти припадки, подобно истерическим, протекают часто без потери сознания и с тоническими разгибательными судорогами. Они изучены сравнительно недавно и, вероятно, прежде сходили часто за припадки истерии. Стереотипно-стандартный характер этих припадков, отсутствие при них психогении и обилие вегетативных симптомов в случае диэнцефальной локализации (обильные нарушения во время припадков со стороны сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, водного обмена, терморегуляции и пр.) позволяют отличить их от истерии.

Возможность отличить истерический припадок от припадков эпилепсии осложняется еще и тем, что, несомненно, встречаются случаи комбинированные, когда заведомо эпилептический разряд, например типа «малого припадков», может повлечь за собой развитие непосредственно присоединяющегося истерического припадков. Особенно следует иметь в виду нередкое обрастание ве-

гетативных диэнцефальных припадков симптомами истерического ряда. Последнее объясняется тем, что припадки диэнцефальной эпилепсии протекают при ясном сознании и в то же время заключают в себе ряд симптомов, очень пугающих больного и легко могущих сделаться поводом для истерической переработки.

Также весьма важны, с точки зрения диагностики, особые кортикальные очаговые эпилептические синдромы, когда они исходят не из зон анимальной, моторной или сенсорной иннервации (тут диагностика проста), а из зон иннервации вегетативной. Последние синдромы в настоящее время еще не изучены окончательно. Разнообразие их может быть хорошо иллюстрировано наблюдением Эриксона (Erickson, 1945), когда парасагиттально расположенная опухоль (гемангиома) вызывала — соответственно своей топографии — периодически возобновлявшиеся приступы «нимфомании» — пятиминутные периоды сильного сексуального возбуждения, которые лишь в более позднем периоде болезни начали сопровождаться последующими джексоновскими судорогами, что и позволило установить истинную природу заболевания.

Особенно трудны для диагностики, конечно, синдромы, клиника которых изучена еще недостаточно. Мы видели выше затруднения, которые могут возникнуть при отличии приступов истерического сна от приступов настоящей нарколепсии.

Приводим более подробно одно характерное относящееся сюда наблюдение.

20-летняя студентка П. поступила в нашу клинику по поводу того, что за 2 дня до поступления она неожиданно впала в состояние патологического сна, который с перерывами продолжался все эти 2 дня. Больная была доставлена в клинику с диагнозом «диэнцефальный синдром».

Заболела она следующим образом:

Около 2 дней она жаловалась на головную боль, а затем, сидя за столом, она внезапно заснула, голова ее опустилась и ударилась о стол. Очнувшись, она пожаловалась, что плохо видит левым глазом. Это понижение зрения прошло на другой день. Еще через день, вернувшись домой из института, она спала днем, а вечером, идя в уборную, издала какое-то неясное восклицание,

после чего бесшумно опустилась на пол и «заснула». С того времени она спит, иногда только ненадолго просыпаясь. При пробуждениях она все окружающее правильно понимала и сообщила, что помнит о том, как она упала в коридоре по пути в уборную: она сразу вся «обмякла», как будто тело стало «без костей», и мягко опустилась на пол; жаловалась на боль в левом виске. Во сне иногда плакала, хваталась руками за голову, металась, закусывала губу. Судорог в мышцах не было.

Выяснилось, что этот приступ патологического сна был не первым. Ему предшествовали другие приступы, выражавшиеся то в засыпаниях, то в амаврозе.

Первый приступ болезни случился 3 года назад, весной, в то время, когда больная сдавала экзамен за 10-й класс, — она неожиданно ослепла на оба глаза. Слепота держалась сутки, а затем прошла. Через несколько месяцев приступ амавроза повторился, но держался всего несколько часов. Головной болью приступы не сопровождались. Спустя год, через несколько часов после случайного ушиба головы, на несколько дней терялось зрение на левый глаз. После этого приступы амавроза повторялись, захватывая то одновременно оба глаза, то только один левый (изолированной потери зрения на правый глаз ни разу не было); иногда слепота развивалась внезапно, иногда — постепенно.

Особенно тяжелый приступ амавроза имел место за 1/2 года до поступления больной в клинику, когда больная навестила свою умирающую мать. Несколько дней амавроз был полным на оба глаза, а затем зрение в правом глазу восстановилось, а в левом — зрение восстанавливалось постепенно в течение целого месяца. После известия о смерти матери начались и приступы нового рода — приступы засыпания. Она лечилась от них в одном очень квалифицированном неврологическом учреждении, где ей, по ее словам, был поставлен диагноз «диэнцефалоз». Об этих приступах сна больная, по ее словам, узнает только потому, что испытывает сильную головную боль, которая бывает у нее каждый раз после такого приступа.

Кроме этих приступов, родственники замечали у больной еще и приступы гиперемии лица с потливостью. Это наблюдалось и во время приступов сна или вне их.

О прежней жизни больной мы узнаем следующее.

Перенесла ряд детских инфекций, но всегда была бодрой, энергичной и физически крепкой. Хорошо училась.

В 13-летнем возрасте, находясь в оккупации, девочка была свидетельницей избиений, а затем гибели отца. Когда она узнала о смерти матери, она, по рассказам окружающих, дала очень странную реакцию: сначала точно «застыла», «окаменела», никого ни о чем не спрашивала, и с тех пор о смерти матери никогда ни с кем не говорит. После выписки из стационара, где она лечилась после смерти матери, она, оставшись совершенно одна, поехала сперва в свой родной город, но не могла там жить, так как там ей все слишком напоминало о пережитом, и она переехала в Ленинград, к своей тетке, которую раньше не знала и с которой познакомилась только на похоронах матери. У тетки она живет 3 месяца. Тетка к ней хорошо относится, о ней заботится и, заметив, что последнее время, возвращаясь из института, больная очень устает, укладывает ее днем поспать; при этом больная засыпала так крепко, что ее не удавалось разбудить. Тетка сообщила также, что последнее время у больной были какие-то затруднения в учебе.

В клинику больная поступила в состоянии глубокого сна. Она лежит с закрытыми глазами, дыхание у нее ровное, пульс 84 в минуту, ритмичный, лицо гиперемировано. Иногда она ненадолго просыпается, тогда рассказывает свой анамнез и жалуется на головную боль, указывая на левый висок. Когда с ней перестают говорить, сразу снова засыпает. Один раз во время сна больная начала метаться на постели, закусил губу, хваталась руками за левый висок, на глазах выступили слезы. Это продолжалось 3—4 мин и затем прошло.

Исследование нервной системы обнаружило отсутствие каких-либо очаговых симптомов, кроме гипералгезии в области левого виска и на левой половине лба и лица и потливости конечностей. Лечащий врач определил разницу коленных рефлексов с превалированием их на левой стороне. Когда я в присутствии большого числа врачей начал проверять симптом (больная в это время спала), оказалось, что рефлексы одинаковы, но уже после нескольких ударов исследование левого коленного рефлекса начало сопровождаться все более объемистым сокращением всех мышц левой ноги, к которому при следующих иссле-

дованиях коленного рефлекса начали присоединяться и массивные судороги левого плечевого пояса. Этот левосторонний гемиспазм наступал и тогда, когда прикосновение к левой ноге было настолько легким, что настоящего коленного рефлекса оно не вызывало. Внушенное происхождение этого гемиспазма, таким образом, не подлежало сомнению.

При исследовании внутренних органов никакой патологии обнаружено не было.

Исследование глазного дна отклонений от нормы не обнаружило.

На рентгенограмме черепа в боковой проекции определяется следующее: контуры турецкого седла ровные, гладкие, без зазубрин. Размеры не выходят за пределы нормальных вариантов. Основная пазуха пневматизирована в передней половине соответственно возрасту. Степень пневматизации (отсутствие пневматизации на всем протяжении пазухи) исключает возможность в данное время повышения внутричерепного давления. Однако такое могло быть повышено в детском возрасте, о чем можно судить по умеренно выраженным пальцевым вдавлениям. Сосудистый рисунок отчетливо выражен, что не представляет патологического явления. Хорошо выражена борозда сфено-парьетального синуса, ширина которого не выходит за пределы нормального. Кроме того, имеется обызвествление в области сосудистого сплетения у заднего рога слева, что наблюдается и на снимке в передней проекции. Последнее не является указанием на какую-либо патологию (Д. Г. Рохлин).

После того как был, таким образом, установлен истерический характер заболевания, в дальнейшем началось быстрое улучшение. Больная еще периодически ненадолго засыпала, жаловалась на сонливость (до этого она впадала в состояние патологического сна без предшествовавшего желания заснуть). На головные боли больше не жаловалась, однако подергивания в левом плечевом поясе, нечаянно внушенные во время исследования, еще некоторое время продолжались. Больная начала заниматься чтением, черчением. Иногда она жаловалась на ухудшение зрения на левый глаз.

Один раз (через 6 дней после поступления) после какого-то «расстройства» снова наблюдался кратковременный приступ сна. Растормошить ее во время это-

го сна не удавалось, во сне она иногда «гримасничала», лицо покраснело, появился пот; проснувшись, сразу начала, улыбаясь, разговаривать с собравшимися у ее постели врачами.

Другой раз наблюдалось несколько приступов выгибания в дугу и усиления подергиваний в левых конечностях, после которых больная засыпала. Во время одного из таких истерических припадков больная собиралась заснуть, но по требованию врача встала и пошла с ним в кабинет, где с ней проводилась психотерапия. Подергивания и приступы засыпания в дальнейшем исчезли, и больная была выписана из клиники в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, мы имеем сочетание двух периодически возникавших патологических состояний: приступов амавроза и приступов насильственного засыпания. Приступы эти часто появлялись в связи с эмоциями и развились у субъекта очень стеничного, очень активного, вполне реалистичного, но резко эмоционального, т. е. у субъекта с сильной первой сигнальной системой и подкоркой. Самый характер сна в течение этих приступов выдавал его истерическую природу: несмотря на кажущийся глубокий сон, сохранялся контакт с окружающими вплоть до появления во время сна нечаянно внушенного врачом левостороннего гиперкинеза. Все это, конечно, не оставляло сомнений в истерической природе всего заболевания. Тем не менее, больная была доставлена в клинику с мало что говорящим диагнозом «диэнцефалоза». Очевидно, думали о каком-то органическом, не воспалительном процессе с локализацией в промежуточном мозгу, т. е. мы снова здесь встречаемся с такой же ошибкой, как и в отношении некоторых трактовок истерического мутизма, когда заведомо истерический симптом рассматривается как результат органического заболевания области подкорковых вегетативных центров. Действительно, мы знаем, что органические заболевания в этой области (опухоли и др.) могут приводить к появлению приступов сна, очень сходных с приступами настоящей нарколепсии, а у нашей больной наличие на рентгеновском снимке черепа усиленных пальцевых вдавлений позволяло бы думать о каком-то периоде повышенного внутричерепного давления, имевшем место в детстве. Тут и приходит на помощь клини-

ческий анализ самого симптома: сон при нарколепсии похож на сон нормальный, он не прерывается состояниями возбуждения и в нем нет элементов резко повышенной внушаемости, как у нашей больной. Точно так же сон у нашей больной по своей клинической характеристике резко отличается от приступов сна при эпилепсии — эти последние являются, в сущности, не «сном», а глубоким бессознательным состоянием, таким же, какое развивается обычно после эпилептического судорожного припадка. Как мы видим, для правильной диагностики таких состояний приходится всегда очень присматриваться к особенностям данного синдрома. Что же касается приступов амавроза, то о них можно судить только на основании анамнестических данных. В этом отношении характерно их эмоционально обусловленное происхождение, что также заставляет считать их проявлением истерии. Нужно также учесть, что преходящие потери зрения, свойственные рассеянному склерозу, протекают во времени совершенно иначе.

\* \*  
\*

Следует упомянуть еще об одной ошибке, касающейся особенно истерических осложнений травматических повреждений. За постконтузионный истерический мутизм или сурдомутизм принималась иногда общая потеря инициативы, в том числе и речевой, которая может развиваться после травмы в результате общей органической дезинтеграции высшей нервной деятельности, когда больные делают вялыми, малоподвижными, плохо слышат и не говорят (Е. А. Попов). Я. С. Темкин (1947) называл эти состояния «псевдосурдомутизмом» — больные не говорили при этом в сущности только потому, что речь требовала некоторого напряжения, а они были безынициативны. Попытка лечить этих больных эфирным наркозом, естественно, не возвращала им речи.

Что касается истерических параличей и контрактур, то дифференциальная диагностика их от обычных центральных или периферических параличей и контрактур обычно не сложна и, если в этом отношении могут иметь место диагностические ошибки, то глав-

ным образом за счет недостаточно полного исследования большого. Однако есть одна область заведомо органических, так называемых «физиопатических» параличей и контрактур, отличить которые от истерии оказывается гораздо более сложно. Я имею в виду так называемые «рефлекторные» параличи и контрактуры, которые особенно легко развиваются в результате рубцов в периферическом нервном стволе и, естественно, наблюдаются чаще всего при огнестрельных, притом инфицированных ранениях конечности, т. е. чаще всего в военное время. Они могут быть внешне довольно сходными с истерическими параличами и контрактурами, но здесь, как и всегда, сходство это уменьшается по мере более углубленного клинического изучения синдрома.

Для отличия рефлекторной контрактуры от истерической хорошим дифференциально-диагностическим признаком является усиление сухожильных рефлексов, свойственное первой и несвойственное второй. Иногда при рефлекторной контрактуре наблюдается и повышение механической мышечной возбудимости. Различен и самый характер мышечной гипертонии; при истерической контрактуре она имеет черты произвольной иннервации, в то время как при контрактуре рефлекторной в процессе преодоления патологической позы часто удается ощущать мелкое, почти ритмическое саккадирование мышцы, вплоть до мелких клонических, большей частью болезненных дрожаний. Наличие массивных трофических симптомов (кроме изменений в результате бездеятельности) также свидетельствует о рефлекторном происхождении синдрома; анестезии, ограниченные циркулярными линиями, могут иметь место как при том, так и при другом синдроме. Конечно, границы настоящей симпатической анестезии при рефлекторной контрактуре не смещаются под влиянием различных внушающих способов исследования, о которых мы говорили выше.

Труднее отличить от истерии рефлекторные параличи, однако и здесь можно опираться на некоторые ценные клинические детали.

Так, прежде всего, при рефлекторных параличах мы встречали нередко выключенной изолированную функцию какого-либо определенного нерва (например, срединного), чего никогда не бывает при истерическом пара-



лице. Далее, если мы имеем дело с параличом, поражающим избирательно какие-либо отделы конечности, то обычно в случае истерического паралича мы находим при повторном исследовании несколько изменяющийся статус, в то время как стойкое сохранение диссоциированного статуса говорит за его рефлекторную природу. Интересен с этой точки зрения тщательный анализ содружественных движений: в истерически парализованных мышцах эти движения сохраняются, исчезая в мышцах, находящихся в состоянии настоящего рефлекторного паралича. Так, при стоянии на одной ноге легко наблюдать сокращение мышц, участвующих в сохранении равновесия. Если больной обнаруживает, например, отсутствие активной абдукции стопы и надо решить, является ли этот паралич истерическим или рефлекторным, наблюдение за мышцами, участвующими в удержании равновесия при стоянии на больной ноге, легко может разрешить вопрос: участие малоберцовых мышц в автоматической игре антагонистов сразу вскроет истерический характер их паралича. Наконец, если имеется не полный паралич, а лишь парез какого-либо сегмента, распознаванию может помочь проверка состояния тонуса мышц при попытке произвести ослабленное движение: больной с органическим или рефлекторным парезом, например сгибателей пальцев, производя это движение, держит антагонисты (разгибатели пальцев) расслабленными, больной же истерией (так же как и симулянт) нередко с силой напрягает антагонисты, не допускающие, таким образом, заданному движению совершиться в полном объеме.

Дифференциальная диагностика истерических параличей от физиопатических усложняется еще тем, что, помимо настоящих рефлекторных параличей, в клинике расстройств движений при поражении периферических нервов встречаются еще параличи содружественные, незнание с которыми легко может привести к постановке неправильного диагноза истерии или симуляции.

Эти содружественные параличи выражаются невозможностью сделать какое-либо движение только потому, что выпали привычные для них синергисты, и больной не умеет (или лучше: «еще не научился») пользоваться данной мышцей в новой моторной комбинации. Пример: активная экстензия основной фаланги пальца в какой-то

степени участвует во всех движениях этого пальца; если эта активная экстензия пальца становится невозможной, например при разрушении соответствующего сухожилия, у одних больных в этой новой конъюнктуре пассивно свисающего пальца все остальные движения пальца (экстензия средних и ногтевых фаланг, аб- и аддукция и все флексии) сохраняются, в то время как у других все эти движения выпадают. В основе лежит, по-видимому, общая неразработанность моторики у этих больных. И этот синдром легко может быть расценен как истерический, поскольку он представляется парадоксальным, лишенным прямой анатомической основы и непонятным при условии, если врач не осведомлен в данном вопросе.

Несколько замечаний необходимо сделать и в отношении истерической гиперрефлексии. Как известно, сухожильные рефлексy при всех неврозах часто оказываются повышенными. Однако невропатологи легко отличают это невротическое усиление рефлексов от вызванного органическими причинами. При истерии не появляются и так называемые пирамидные патологические рефлексy. Особняком стоит, однако, симптом клонуса стопы. Он нередко отмечается при истерии, если его исследовать недостаточно внимательно. При истинном клонусе пассивная экстензия стопы сопровождается ритмическими сгибательными толчками; это зависит от сокращений растянутых сгибателей стопы. При истерическом псевдоклонусе (см. выше, стр. 171) в этом движении участвуют и разгибатели; это выражается отчетливым ритмичным напряжением сухожилия *m. tibialis anterior*.

Этот псевдоклонус не так тесно связан с позой пассивной экстензии и иногда может продолжаться некоторое время после того, как врач отпустил стопу. Кроме того, подергивания стопы при истерическом ложном клонусе менее ритмичны.

\* \*  
\*

Особенно трудным может, однако, оказаться иногда возможность отличить истерию от симуляции.

Если исходить из правильной точки зрения, что истерическими симптомами могут быть только такие, которые

вызываются произвольно, то, казалось бы, распознавание между истерией и симуляцией только на основании одного исследования статуса больного вообще следует признать невозможным. Это на самом деле часто и имеет место, но лишь в отношении таких симптомов, которые можно симулировать достаточно долгое время, например параличи, мутизм, анестезии и т. п. Отграничить на основании одного только статуса гемиплегию истерическую от нарочно симулированной, действительно, часто не представляется возможным.

Иначе обстоит дело в отношении тех симптомов, которые, хотя и могут быть вызваны произвольно, но не могут долго продолжаться без участия специального истерического нервного механизма. Таковы многие виды дрожания и некоторые контрактуры, приводящие к неестественным, причудливым позам. В таких случаях уже одна длительность данного симптома может свидетельствовать об истерическом происхождении симптома.

В основном же истерию отличают от симуляции не на основании изучения того или иного симптома, а на основании изучения самого больного. Его поведение, его личность, особенности возникновения симптома и т. п. — все это должно быть учтено в процессе диагностики, подчас достаточно трудной. Трудность диагностики осложняется еще и тем, что сама симуляция нередко предполагает известные психопатические черты личности.

Упорство симптома в отношении внушающей терапии в ряде случаев может также свидетельствовать о симуляции. Понятно, что к этому выводу следует всегда приходиться с крайней осторожностью.

\* \*  
\*

Лечение истерии должно быть направлено на переделку тех особенностей личности, которые лежат в основе этого невроза. Здесь требуется длительная и упорная разъяснительная психотерапевтическая работа, так называемая «рациональная психотерапия», о которой более подробно говорилось в связи с лечением невротизации. Больной должен понять сущность своего дефекта, правильно оценить спровоцировавшую невроз

ситуацию, отучиться поддаваться под влияние своих болезненных страхов и научиться владеть своими эмоциями и всем своим поведением. Здесь может оказывать большую помощь забота об общесоматическом укреплении организма. Тем не менее, перевоспитание истерической личности — задача не легкая и не всегда приводящая к цели. В ряде случаев врачу приходится иногда поневоле ограничиваться борьбой с главным симптомом, в данное время беспокоящим больного. Это более легкая задача, так как истерические симптомы в громадном большинстве случаев тем и замечательны, что они могут быть излечены посредством прямого или косвенного, большей частью одномоментного внушения.

Прямое внушение может быть проведено в состоянии гипноза.

Гипноз представляет собою особое снаподобное состояние, своего рода парциальный сон. Легко внушаемые люди приходят в состояние гипнотического сна под влиянием различных монотонных повторных слабых раздражений с одновременным словесным внушением. Например, врач просит больного пристально фиксировать взгляд на каком-нибудь блестящем предмете и говорит, что веки больного тяжелеют, что ему хочется спать, что он не может больше открыть глаза, что он постепенно засыпает все более и более спокойным сном и т. д. Предмет, на который должен в это время смотреть больной, рекомендуется медленно передвигать книзу, в связи с чем больной постепенно опускает веки, а это движение входит в физиологический компонент засыпания. Под влиянием всех этих процедур больной приходит в состояние гипнотического сна, который может иметь различную интенсивность. В самой легкой степени гипнотического состояния больной испытывает только небольшую сонливость. В несколько более глубокой степени больной еще все слышит, но уже не может сделать произвольного движения. В еще более глубоком гипнотическом сне (так называемая сомнамбулическая фаза гипноза) гипнотизируемый может сохранять связь с гипнотизером, отвечает на его слова, исполняет его приказания и т. п., причем все это по пробуждении оказывается забытым. В состоянии гипноза больному могут быть внушены разнообразные галлюцинации, анестезии и изменения мышечного тонуса и вегетативной иннер-

ваши. Может быть сделано и внушение различных действий, которые гипнотизируемый должен произвести после пробуждения. Этим пользуются и для гипнотического внушения о выздоровлении от какого-нибудь истерического расстройства. Пробуждение от гипнотического сна производится постепенно, часто с помощью счета: врач говорит гипнотизируемому, что тот проснется, когда врач скажет, например, «пять» или «десять», после чего врач начинает медленно считать. Когда врач произносит заданную цифру, гипнотизируемый просыпается. Если загипнотизированного не разбудить, гипнотический сон постепенно превращается в нормальный сон, от которого человек через некоторое время просыпается естественным образом. Этим последним свойством нередко пользуются при лечении удлиненным сном, заменяя такого рода гипнотическим сном сон медикаментозный. Лечебный эффект от внушения может быть получен как при глубоких, так и при сравнительно легких степенях гипноза. Способность впадать в гипнотический сон свойственна и нормальным людям, однако подмечено (К. И. Платонов, 1957), что в сомнамбулическую фазу гипноза легче впадают люди, принадлежащие к выраженному «художественному» типу высшей нервной деятельности<sup>1</sup>.

С помощью прямого внушения в состоянии гипноза удается обычно снять большинство истерических симптомов. Однако следует все же предпочитать лечебные приемы, основанные на прямом или косвенном внушении в бодром состоянии, так как не следует без большой необходимости подвергать своего рода упражнению и без того чрезмерно повышенную склонность этих больных впадать в гипнотические состояния. Кроме того, основой всякой психотерапии является необходимость поднять веру больного в свои собственные силы; здесь же у больного создается впечатление, что он выздоровел, только подчинившись чьей-то чужой «воле».

В этом отношении, пожалуй, более целесообразна наркогипнотерапия, когда больной, находясь в полусонном состоянии, все же понимает, что с ним производят. М. Э. Телешевская (1956) сообщает, что ей удавалось

---

<sup>1</sup> Нельзя не вспомнить по этому поводу о какой-то «связи» между гипнозом и истерией, о чем в свое время писал еще Шарко.

с помощью этой методики ликвидировать отдельные истерические симптомы, длившиеся до 6—7 лет.

Внушение в бодрствующем состоянии обычно сочетается с какими-нибудь процедурами, основанными на вере больного в применяемый способ лечения, особенно если это вызывает выраженное необычное ощущение, вроде применения сильного фарадического тока и т. п. Иногда приходится прибегать даже к так называемому «воображенному внушению» в виде имитации хирургического вмешательства при лечении, например, истерической кривошеи. Массаж, пассивная гимнастика, различные виды электризации, новокаиновая блокада и целый ряд других медицинских процедур с успехом могут быть использованы при одномоментном внушении в бодрствующем состоянии. Важно всегда во время первого же сеанса такого лечения добиться путем настойчивого убеждения хотя бы первых признаков улучшения, например первых хотя бы небольших движений при параличе: больной убеждается в сохранении у него этой функции, и затем у него быстро происходит дальнейшее улучшение. Точно так же во время оглушения при легком эфирном наркозе больной непроизвольно делает движение больной рукой и убеждается таким образом в том, что рука его не парализована, исчезает уверенность в параличе и легко наступает последующее выздоровление. В. М. Бехтерев подметил, что если у больного, страдающего истерическим параличом, удастся выработать условный рефлекс в виде движения парализованной конечностью, то паралич исчезает.

Способы повлиять на психику больного истерией различными внушающими процедурами исключительно разнообразны. Сюда относятся и самые различные лекарства, особенно обладающие каким-нибудь особым запахом и вкусом, или просто новое рекламируемое лекарство, так же как и всякого рода новые лечебные процедуры, которые, как известно, не без участия истерической суггестии нередко завоевывают себе широкую популярность (по истечении какого-то времени они могут оказаться на самом деле совершенно бесполезными!). Любая медицинская процедура может оказаться полезной, лишь бы больной в нее поверил. Лермитт и Аман Жан (Aman Jean, 1937) наблюдали исчезновение истерических симптомов, назначая больной приемы внутрь

метиленовой сини и объяснив ей, что лекарство поможет лишь в том случае, если моча делается синей!

На примере разработанных советскими врачами способов одномоментной ликвидации постконтузионного истерического сурдомутизма можно видеть широкое разнообразие конкретных форм этой суггестивной терапии. Так Е. А. Попов с успехом применял легкий эфирный наркоз, во время которого больной начинал говорить, причем необходимо было поддерживать с ним разговор все время, пока больной не придет в полное сознание и не убедится в том, что он в состоянии и слышать и говорить. Более легкие больные излечивались (А. И. Плотичер, 1945) простой психотерапией с электризацией, введением глюкозы, общеукрепляющим лечением и физиотерапией. И. М. Сливко (1947) применял в аналогичных случаях вместо эфирного наркоза введение гексена. Многие применяли одновременно с настойчивой психотерапией, фарадизацию передней поверхности шеи и позади ушных раковин. Применяли также массаж шеи и массаж шпателем корня языка, что вызывало звучный кашлевой толчок, убеждавший больного в том, что голос у него сохранен (Ф. И. Иоффе, 1943). Л. Б. Перельман с успехом применял рациональную психотерапию и, как косвенные суггестивные воздействия, введение глюкозы или алкоголя, 25 %-ного раствора сернокислой магнезии (вызывает ощущение прилива к лицу, к голове и к языку), фарадизацию ушей, гортани или окружности рта. Я. А. Шварцберг (1942) в качестве суггестивного воздействия применял бужирование, гальванизацию гортани, а при наличии соответствующих показаний — иногда даже тонзиллэктомию. А. Л. Лещинский и Н. И. Погибко (1942) применяли местную д'арсонвализацию и люмбальные пункции. В. А. Гиляровский рекомендовал внутривенное (медленное!) введение 60—90 мл 3 %-ного раствора спирта, что вызывало состояние опьянения и снимало истерический мутизм и глухоту. Положительный эффект от этого лечения подчеркивала и А. С. Борзунова. Я. С. Темкин подробно разработал местные отитатрические процедуры (пневматический массаж барабанных перепонок, вибрационный массаж гортани и др.) в сочетании с настойчивой психотерапией. Ряд авторов применяли одновременно с психотерапией такие процедуры, как бром- или кальций-ионофорез, гимнастику,

водолечение или инъекции стрихнина. И. С. Гуревич (1946) рекомендовал гипервентиляцию. Н. И. Гращенков рекомендовал повторные люмбальные пункции с одновременным назначением фенамина. А. М. Свядош рекомендовал быстро вводить 15—30 мл 10%-ного раствора хлористого кальция, что каждый раз сопровождается легким помрачением сознания, чувством жара и повышенном артериальном давлении. Д. Х. Шапиро разработал своеобразный метод коллективного лечения постконтузионного сурдомутизма, когда предварительно излеченный больной руководил психотерапией целой группы свежеконтуженных, причем ручной массаж гортани больные делали себе сами.

При всех перечисленных внушающих процедурах рекомендовались и непосредственные упражнения речи. Так, например, больному предлагалось (Д. Х. Шапиро) одновременно читать написанное слово, двигать рукой и пытаться повторять это слово, громко произносимое врачом.

Интересно подчеркнуть, что положительные результаты от аналогичных комплексных методов лечения получали и те неврологи, которые не считали, что в основе этого лечения лежит суггестия. С этой точки зрения теперь интересно отметить, насколько прав был В. П. Осипов (1946), который в свое время пришел к выводу, что при истерическом сурдомутизме положительный результат достигается применением любого психотерапевтического приема.

Кроме способов преодолеть постконтузионный сурдомутизм путем внушения, были разработаны советскими врачами за время Великой Отечественной войны и другие приемы. Так, была предложена методика, поощрявшая тенденцию к «охранительному торможению», что должно было способствовать ускорению самоизживания истерического симптома. С этой целью А. Г. Иванов-Смоленский разработал методику лечения сурдомутизма удлиненным сном. Лечение комбинировалось с речевыми упражнениями, гимнастикой и назначением кофеина или фенамина.

В свое время были предложены и некоторые другие методы, имевшие целью купировать постконтузионный сурдомутизм, которые хотя и достигали цели, но не могут быть рекомендованы.



Сюда относится предложение вызывать у больных с мутизмом токсический (камфарный) эпилептический припадок, — конечно, всегда вредный для нервной системы и не допускающий применения его при неврозе. Точно так же недопустим метод наложения на лицо больного не пропускающей воздух маски или повязки (так называемый метод «острой апоксемии»), в результате чего больной, чувствуя, что он начинает задыхаться, испытывает внезапный животный страх и начинает громко кричать и звать на помощь. Разумеется, мутизм, как и любой другой истерический симптом, от этого сразу исчезает, но, конечно, такой способ «лечения» нельзя считать полезным.



Из методов лечения других симптомов истерии следует упомянуть о лечении длительным сном, которое при истерии возможно, но, согласно указаниям Л. Б. Гаккель, всегда только под строгим медицинским контролем. Ликвидацию отдельных истерических симптомов под влиянием сонной терапии в ряде случаев отмечали и другие авторы (Б. Н. Бирман, 1951; С. Н. Давиденков, 1951; В. М. Шпак, 1953; и др.).

Интересно, что истерические симптомы после лечения удлиненным сном иногда исчезали сразу, и в этих случаях можно было думать, что играла роль обычная суггестия. В других же случаях улучшение наступало лишь через какой-то срок по окончании сонной терапии. Можно думать, что в этих последних случаях имел место уже иной механизм, а именно повышение тонуса ослабленной коры, что способствует выравниванию тех измененных отношений между корой и подкоркой, которые — по И. П. Павлову — лежат в основе истерической внушаемости и эмоциональности.

Из общих процедур и лекарственных веществ, применяемых при истерии, уместны все те, которые были упомянуты выше, при лечении неврастении. Препараты валерианового корня, часто назначаемые при истерии, обладают, оказывается, далеко не только суггестивным действием, а, как показали экспериментальные исследования на собаках (Л. А. Бам, 1948), концентрируют и

укрепляют процесс внутреннего торможения, аналогично бромидам.

В лечении истерии, может быть даже больше, чем при других неврозах, врач должен всегда проявлять максимальный такт, и одновременно большую твердость, что часто нелегко дается врачу. Терапия истерии требует всегда достаточно большого внимания и, конечно, много времени. Эту терапию можно в более сложных случаях проводить в стационаре, но, конечно, лишь в специализированном психотерапевтическом стационаре. Пребывание же больных в обычных больничных учреждениях, а также в санаториях и домах отдыха общего типа часто приносит только вред.

Трудоспособность при истерии может быть нарушена лишь в течение того времени, пока еще имеется какой-либо истерический симптом. По ликвидации местных болезненных симптомов (параличи, амавроз, мутизм и др.) трудоспособность должна всегда полностью восстановиться. Если в отдельных случаях и может быть поставлен вопрос о переводе больных на инвалидность, то лишь после упорного и очень специализированного лечения. В отдельных случаях приходится ограничить работу больного; так, например, наличие истерических припадков делает невозможной работу администратором или педагогом. А. С. Борзунова (1956) справедливо указывает, что страдающих истерической слепотой нельзя принимать в ВОС (Всероссийское общество слепых), страдающих истерической глухонемой — в ВОГ (Всероссийское общество глухонемых).

Правильный трудовой режим чрезвычайно важен для больных, страдающих истерией, и врач всегда должен позаботиться, чтобы больные эти были заняты регулярной организованной работой.

Профилактика истерии целиком сводится к правильному воспитанию и формированию личности с первых лет жизни. Неисчислимы вред от развития детей в условиях недисциплинированной, нервной семьи, в которой царит всегда неровная «нервная» атмосфера и где ребенок привыкает быть свидетелем ссор, криков, брани и всякого рода невротических сцен. Очень вредной в смысле возможности формирования истерической личности является также и атмосфера излишнего любования и восхищения ребенком, удовлетворения его малейших

капризов, чрезмерного баловства, излишних нежностей и т. п. Такие чрезмерно заласканные дети становятся эгоцентрическими, начинают переоценивать свою личность и легко могут давать разнообразные истерические реакции. Наоборот, только в условиях сознательного, дисциплинированного окружения ребенок в состоянии развить в себе пугливую высокую активность. С самого детства следует приучать ребенка к аккуратности, к точности в выполнении своих детских задач, к порядку, к самообладанию и к спокойному, сдержанному поведению. Семья, дошкольные коллективы и школа — вот то социальное окружение ребенка, которое больше всего ответственно за правильное развитие его нервной системы. Понятно, что трудовое окружение и широкое развитие общественных интересов являются необходимым условием для правильного развития нервной системы. Как раз в отношении образования двух крайних павловских типов: «художественного» и «мыслительного» следует также учитывать роль окружения и воспитания. Если замечено, что все интересы подрастающего юноши начинают центрироваться исключительно вокруг спорта, охоты, рыбной ловли и т. п., — всегда необходимо стремиться заинтересовать его одновременно и вопросами умственного порядка (физиология спорта, зоология и ботаника, литература, шахматы и др.). Равномерное развитие первой и второй сигнальных систем чрезвычайно важно в профилактике неврозов.

В заключение необходимо подчеркнуть, что как раз у нас, в Советском Союзе, созданы наилучшие условия для того, чтобы в ближайшее время был полностью ликвидирован этот неприятный невроз, оставшийся нам в наследство с незапамятных времен и вскормленный главным образом так долго длившимися несправедливостями в человеческом обществе.

### **ПСИХАСТЕНИЯ**

Психастения (от греч. *psyche* — душа и *astheneia* — слабость) — условное название особого невроза, основные черты которого были впервые описаны Пьером Жане, а затем более точно выяснены И. П. Павловым, показавшим, что психастения представляет собой

невроз, развивающийся при слабости подкорки и первой сигнальной системы с чрезмерным преобладанием второй сигнальной системы. Этот невроз отличается противоположными отношениями сигнальных систем по сравнению с тем, что имеет место при истерии. Аналогично истерии, психастения должна быть отнесена к неврозам, свойственным специально человеку и не имеющим аналогичных моделей среди экспериментальных неврозов животных.

Клинически психастения была изучена значительно раньше, чем И. П. Павлов представил ее физиологическое понимание. При этом Жане, давший очень тонкое описание клинических особенностей этих больных, считал в то же время, что синдром различных навязчивых состояний входит как обязательный компонент в эту же форму неврозов.

Вот как Жане описывал личность больных психастенией.

Это — люди, которым свойственно отсутствие решимости, волевой решительности, отсутствие уверенности и внимания; у них «потеряны функции реального». Психические функции у этих людей не представляют никаких расстройств в процессах, относящихся к отвлеченному или воображаемому, они расстраиваются только тогда, когда речь идет о действии, относящемся к конкретной и настоящей реальности. Эти люди не могут интересоваться ничем практическим, и с самого детства поразительно неловки. Требуемая постоянно большого нервного напряжения «функция реального» у них дефектна и заменяется усилением сомнений, страхов и навязчивых идей. Они доводят все умственные операции до крайности, занимаясь тем, что можно было бы назвать «умственной жвачкой».

Эту своеобразную особенность высшей нервной деятельности, когда при относительно хорошо сохраненной абстракции резко страдают все нервные процессы, И. П. Павлов объяснял отсутствием нормальной уравновешенности сигнальных систем. Между тем, навязчивые состояния, как мы видели выше, имеют в своей основе иной физиологический механизм. И действительно, навязчивые состояния, хотя они и часто встречаются при психастении, могут иметь место и при других неврозах, а кроме того, возможны характерные случаи психасте-

нии и без всяких навязчивых явлений. Эту ценную поправку к первоначальному определению Жане и внес И. П. Павлов, причем дальнейшее накопление клинического материала вполне подтвердило правильность его определения.

Вот как описывал этих больных И. П. Павлов.

Психастения является неврозом, развивающимся у людей, отличающихся преобладанием второй сигнальной системы. Это — люди, которые, как мы видели выше, воспринимают действительность теоретически и абстрактно, дробя, как бы умерщвляя ее. Они «делают из нее (действительности) какой-то временный скелет и затем только постепенно как бы снова собирают ее части и стараются их таким образом оживить, что им все-таки так и не удастся»<sup>1</sup>. Однако такая характеристика касается только нормальных вариаций большей или меньшей неуравновешенности сигнальных систем. При резких же степенях этого расхождения и в условиях общего ослабления нервной системы отношение к реальной действительности может страдать самым существенным образом, и тогда получается уже болезненное состояние — психастения. Отрыв второй сигнальной системы от первой и от подкорки становится уже патологическим. Это состояние отличается бесплодным мудрствованием и слабым развитием непосредственных эмоций; реальная, конкретная деятельность оказывается резко затрудненной. «Психастеники, которые исключительно словом орудуют, большею частью в жизненном отношении никуда не годны и совершенно беспомощны»<sup>2</sup>. И. П. Павлов определенно учил различать нормальную типологическую вариацию и развивающееся на ее фоне болезненное состояние. «Психастения вовсе не в том заключается, что преобладает склонность к анализу, а в том, что у психастеника оказываются черты некоторой патологической слабости»<sup>3</sup>.

В своих высказываниях И. П. Павлов много раз возвращался к проблеме психастении в ее физиологическом понимании. Так, говоря о психастении, он говорил:

---

<sup>1</sup> И. П. Павлов, Проба физиологического понимания симптоматики истерии. Л., 1932, стр. 29.

<sup>2</sup> Павловские среды, т. III, 1949, стр. 9.

<sup>3</sup> Там же, стр. 110.

«Масса раздражителей, действующих на нас через первую сигнальную систему, определяет наше поведение благодаря образованию массы условных рефлексов для разговора, манер и пр. Если же берет верх вторая сигнальная система, то она может тормозить выработанные условные рефлексы, отсюда нерешительность, неумение свободно держаться, чувство неестественности своего поведения. Из этого вытекает сплошная неприспособленность к жизни, вечные сомнения»<sup>1</sup>.

Интересен анализ, который И. П. Павлов дал происхождению навязчивых состояний при психастении: «Главный импульс для деятельности коры идет из подкорки. Если исключить эти эмоции, то кора лишается главного источника силы. У истерика какой-либо пункт, относящийся к первой сигнальной системе, настолько сильно заряжается из подкорки, что получается отрицательная индукция на все остальные пункты. Наоборот, у психастеника преобладание какого-либо пункта, относящегося ко второй сигнальной системе, влечет за собой отрицательную индукцию на все остальные. У истерика из этого вытекает импульсивная деятельность, у психастеника — навязчивая мысль»<sup>2</sup>. Замечательно, что И. П. Павлов не считал психастению непоправимым состоянием. Наоборот, он подчеркивал, что «возможно постепенно освободить психастеника из-под мусора его умственной деятельности». Для этого нужна умелая и длительная тренировка простых эмоций, например связанных с физической работой. И. П. Павлов постоянно искал этих больных и придавал очень большое значение отдельным наблюдениям, в которых воспроизводились основные особенности этого заболевания. При этом чуть не каждое наблюдение вносило какую-нибудь новую черту или деталь в тонкое изучение клинических особенностей психастении<sup>3</sup>.

Итак, перед нами выступает ясно очерченная определенная вариация невроза, которая, разумеется, может быть выражена в различных случаях с различной степенью интенсивности. Характеризует это состояние по-

<sup>1</sup> Павловские среды, т. I, 1949, стр. 238.

<sup>2</sup> Там же, стр. 268.

<sup>3</sup> Павловские клинические среды, т. I, 1954, стр. 248—249, 268; т. II, 1955, стр. 160—164, 209—225, 227—229, 249—262, 269—282, 287—293 и т. III, 1957, стр. 145.

стоянное излишнее обдумывание форм своего поведения, бесконечный самоанализ, повышенная рассудочность, наряду с чем имеют место величайшие практические затруднения при столкновении с конкретной, реальной действительностью и бледность инстинктивной и эмоциональной жизни; отсюда происходит постоянная неуверенность в себе, нерешительность и сомнения, которые никак не могут быть скорректированы бесконечными рассуждениями, приводящими лишь к так называемой «умственной жвачке». Навязчивые состояния чрезвычайно легко развиваются на этом фоне<sup>1</sup>.

Само собой понятно, что этот основной психастенический фон может комбинироваться со всевозможными иными особенностями личности, поскольку все эти особенности личности зависят от неизмеримо разнообразных условий наследственности, воспитания, социального окружения, соматического благополучия и т. п.

Такое представление об определении психастении и о ее границах в настоящее время является уже господствующим среди большинства советских неврологов, хотя отдельные авторы (Е. К. Яковлева и др.) продолжают пользоваться прежним, более широким понятием о психастении, объединяя ее с тревожно-мнительным характером, о котором говорилось выше.

Этиология. Психастения, в том виде, как ее следует понимать согласно объяснениям И. П. Павлова, представляет собою невроз, значительно более редкий, чем неврастения и истерия. Болеют психастенией и мужчины и женщины.

Срывы высшей нервной деятельности при психастении происходят по тем же основным механизмам, что и при неврастении. Особенности типа высшей нервной деятельности, лежащие в основе психастении, являются в одних случаях, главным образом, врожденными, в других случаях — преимущественно приобретенными. Изучая детство этих больных, можно иногда обнаружить и непосредственную причину, в свое время травмировавшую

---

<sup>1</sup> Здесь небезынтересно отметить, что за последнее время высказывалось предположение (А. Д. Зурабашвили, 1960), что именно ослабление ретикулярной активирующей системы, лишаящее личность необходимого напряжения, способствует развитию психастенического синдрома с его потерей чувства реальности и с ослаблением чувственно-телесного восприятия окружающего.

нервную систему ребенка и вызвавшую в дальнейшем неправильное развитие его интересов, склонностей и опасений. Это большей частью какие-нибудь тяжелые детские переживания, приводящие к тому, что ребенок начинает чувствовать свою неполноценность, вследствие чего он делается стеснительным, избегает товарищей, предпочитая уединяться, и т. п.

Сделанные в свое время попытки связать психастению с какими-либо нарушениями обмена (В. К. Хорошко) или с эндокринопатиями в дальнейшем не подтвердились. В то же время выяснилось с несомненностью, что тяжесть болезненных симптомов при психастении может значительно колебаться в зависимости от общесоматического состояния организма, различных заболеваний, в частности и от эндокринных нарушений.

**Симптоматика.** Интенсивность психастенических расстройств колеблется в разных случаях. Легкие формы психастении без резкой границы переходят в обычную неврастению.

При психастении, наряду с рядом жалоб типа неврастенических, на первый план выступает трудность для больного жить непосредственной реальной жизнью и связанное с этим излишнее обдумывание различных деталей своего поведения.

Больной психастенией часто затрудняется даже в самых простых житейских мелочах. Так, например, больному трудно войти в комнату, где есть его знакомые, так как он должен заранее решить, с кем из них надо раньше поздороваться. Часто очень мучают больного различные предстоящие разговоры, так как он должен, чтобы не растеряться при неожиданных вопросах, заранее обдумать все, что он будет говорить, все вопросы, которые ему смогут задать, и все фразы, которыми он мог бы на эти вопросы ответить. Часто поэтому такие больные предпочитают что-нибудь написать, а не обсуждать устно. Так, очень типичный больной психастенией разобранный И. П. Павловым на одной из своих Сред (3/X 1934 г.), должен был постоянно заранее обдумывать предстоящие разговоры, а с вечера должен был составить себе подробный план на следующий день, и действительно весь следующий день жил в точном соответствии с этим планом; он же был целиком занят разрешением проблемы «организации своего поведения», для чего изу-



чал большую теоретическую литературу; к сожалению, различные системы поведения постоянно боролись в его представлении друг с другом, и выработать окончательно стойкую систему ему так и не удавалось; в обычной жизни он был постоянно нерешительным и терялся в разговорах с людьми.

Когда больному психастенией приходится самостоятельно разрешать какой-либо жизненный вопрос, например устроиться с квартирой, с питанием, со службой и т. п., он обычно испытывает чрезвычайные затруднения. Особенно труден для него выбор какого-либо решения. Он тщательно обдумывает тогда всю ситуацию, сопоставляет все доводы «за» и «против» и все же часто не в силах принять решения. Постоянные сомнения свойственны больным психастенией — в этом заключается их существенное отличие от истеричных, которые всегда «свободны от всяких колебаний» (Е. А. Попов).

Особенно резко проявляются все эти недостатки при попытках больных устроить свою личную жизнь.

Если такие больные попадают в обстановку, при которой все детали поведения заранее точно оговорены, они нередко чувствуют себя значительно лучше. Это особенно сказывается в тех случаях, когда больные психастенией попадают на службу с очень точно размеренным распорядком дня и с очень фиксированным конкретным поведением.

Интересно, что многие больные психастенией указывают, что они почему-то не так глубоко ощущают такие простые жизненные чувства, как например, привязанность к своим близким, любовь, ревность и т. п. Сексуальное чувство у них часто бледно и нередко заменяется самоанализом. Различные виды искусства, как живопись и музыка, оставляют их большей частью эмоционально равнодушными или воспринимаются ими скорее теоретически и абстрактно. Это, конечно, не мешает некоторым из них обладать в то же время какой-либо специальной одаренностью вроде, например, абсолютного слуха или графической одаренности и т. п.

Не ощущая непосредственного удовлетворения от общения с живой, реальной действительностью, больные эти, естественно, не любят общества, не увлекаются спортом. Они часто двигательны неловки и неуклюжи, постоянно всюду опаздывают.

Наряду с обилием такого рода дефектов больные психастенией сохраняют полностью свое абстрактное мышление. Так, больной психастенией, очень затрудняющийся при всяком соприкосновении с реальной действительностью, может оказаться отличным шахматистом. В школе они получают хорошие отметки. Они любят читать, причем книги отвлеченного содержания предпочитают художественной литературе. Один больной психастенией, будучи хорошим астрономом, не мог дочитать «Войну и мир» и «Анну Каренину».

Естественно, что на таком психастеническом фоне могут обильно разрастаться разнообразные навязчивые состояния типа навязчивых мыслей, сомнений, опасений и т. п. Характерно, что если при психастении встречаются явления навязчивости, то они чаще проявляются не в виде фобий, а в виде навязчивых мыслей; очевидно, и в этом выражается преобладание у них деятельности второй сигнальной системы. Однако эти явления необязательны, и встречаются больные психастенией, которые вообще не жалуются ни на какие навязчивые состояния. Многочисленные сомнения, постоянно мучающие больных психастенией, объясняются скорее не обычным механизмом навязчивых состояний, а являются просто естественным результатом неспособности этих больных оценивать реальную обстановку.

При психастении встречаются часто жалобы общеневротического характера. Так, эти больные жалуются нередко на расстройства сна, головокружения, головные боли и др. Нередки и нарушения со стороны вегетативной нервной системы: сердцебиения, зябкость, одышка, приливы крови к лицу и т. п.

В последнее время были проведены интересные исследования (В. Н. Мясищев, Е. К. Яковлева), подтвердившие, что при психастении эмоциональность вовсе не снижена, как обычно думают, а только подавлены ее проявления (двигательная эмоциональная реакция), в то время как соответственные вегетативные реакции, наоборот, могут быть усилены. Эти интересные данные требуют, однако, еще дальнейшей проверки, поскольку как раз «психастения» понималась указанными авторами в более широких границах.

Свойственная психастении относительная слабость первой сигнальной системы по сравнению со второй была

очень демонстративно подтверждена в опытах Л. Б. Гаккель и Н. М. Трофимова (см. выше). В случае одновременной деятельности обеих сигнальных систем при психастении — в противоположность тому, что наблюдается при истерии — тормозится как раз работа первой сигнальной системы.

Течение психастении далеко не всегда равномерно стойкое. Наоборот, здесь нередко можно наблюдать улучшения и ухудшения в самочувствии больных. Эти колебания связаны или с изменяющимися условиями жизни больного, или с его соматическим состоянием. Сравнительно нередко симптомы, сходные с психастенией, встречаются в юношеском возрасте, когда вторая сигнальная система временно может преобладать над первой, и юноши становятся склонными к излишнему философствованию и решению теоретических вопросов, в то время как они еще не научились хорошо ориентироваться в конкретной реальной обстановке, не умеют держать себя в обществе малознакомых людей и становятся застенчивыми, нерешительными и неловкими. Такая «психастения созревания», если ее можно так назвать, часто вовсе не перерастает в выраженный невроз и хорошо выравнивается в дальнейшем.

Прогноз при психастении вовсе не является столь неблагоприятным, как это можно было бы заранее предполагать, имея в виду влияние типологических особенностей больного. При правильном лечении состояние больного может значительно улучшаться, на что определенно указывал еще И. П. Павлов.

Диагноз психастении не труден, если только правильно учитывать основную характеристику заболевания и иметь в виду значительные вариации психастении по интенсивности, вследствие чего граница между психастенией и обычной неврастенией может делаться весьма условной. Следует отметить, что в настоящее время диагноз «психастения» ставится иногда слишком широко, так как до сих пор еще не изжита манера неправильно называть психастенией всякий невроз, если при нем имеются навязчивые состояния.

Хорошим примером больного психастенией был 37-летний Т., студент технического вуза, который, будучи очень способным математиком, тем не менее никак не мог устроить свой быт ни в отношении помещения, ни

в отношении питания. Когда ему предстояло принять какое-нибудь важное решение, он начинал слишком долго обдумывать все «за» и «против» и так и не мог сам ни на что решиться. Так, ему однажды пришлось решать вопрос о том, остаться ли ему на второй год на 3-м курсе или зачислиться на 4-й? Он начал обдумывать мотивы «за» и «против» и насчитал тех и других не менее 20. Конечно, такой подсчет ему не помог, и вопрос в конце концов разрешился автоматически, без всякого его участия.

Как известно, устройство своей личной жизни всегда является камнем преткновения для страдающего психастенией. Так и наш больной влюбился в одну девушку, проводил с ней много времени, но «из боязни ее оскорбить» никак не мог решиться высказать ей свои чувства, пока она, первое время ему несомненно симпатизировавшая, в конце концов не вышла замуж за другого. Интересная деталь: увидя ее с другим, больным с удивлением констатировал, что никакого чувства настоящей «ревности» он не испытал. В дальнейшем он все время, уже после того, как она разошлась со своим мужем, продолжал стремиться сблизиться с нею, но и тут он сам сознается, что «делал, все, чтобы расхолаживать ее чувство», — додумал ее своими сомнениями о том, что «может быть ей нужен другой муж», слишком ее «анализировал» (ему не нравилось в ней то, что она «терпеть не может математику»), опаздывал на свидания и т. п., пока все это не окончилось с ее стороны полным разрывом. Теперь он сам видит, что «поведение его не соответствовало его чувствам».

Между прочим, этот больной, наряду с выраженными психастеническими чертами, обнаруживал еще и оформленные навязчивые состояния. Так, он должен был складывать случайно увиденные цифры и боялся, если сумма их окажется кратной 13; на тротуаре должен был почему-то непременно обгонять других прохожих и т. п. Он понимал всю бессмысленность этой навязчивой потребности и пробовал с ней бороться, что удавалось ему не всегда.

Как всякий психастеник, этот больной чувствовал себя лучше всего в области более абстрактных суждений. Он часто забывал покупки в магазине, но прекрасно играл в шахматы. Замечательная черта: на военной

службе, во время боевых действий, он показал себя с самой лучшей стороны. Там ему не приходилось много обдумывать различные возможные формы своего поведения. Точные требования военной службы избавляли его от перешительности и сомнений, и он чувствовал себя уверенно и спокойно, даже в опасных положениях. Он даже сумел завоевать себе авторитет среди подчиненных.

В клинике он проводил все свое время за книгой. После ряда психотерапевтических бесед (Е. В. Фридрихс) он выписался с определенным улучшением.

В этом наблюдении очень характерна та своеобразная скудость эмоционального фона, которую отмечает сам больной. Наблюдая над собою, он сам удивляется тому, что в соответствующей ситуации он вовсе не испытывает той ревности, о которой говорят и пишут. Очень характерна также его уверенность в своем поведении, как только он на военной службе попадает в обстановку, где все поведение оказывается точно регламентированным, помимо его личного выбора.

Несколько сходны и данные о 30-летнем больном П., жаловавшемся на многочисленные навязчивые сомнения. Он упрекает себя в том, что сделал что-то не так, не проявил достаточной настойчивости в нужный момент и т. п. Он очень инертен, хранит старые вещи, даже детские игрушки, в сознании навязчиво застревают отдельные слова или мотивы. Человек очень образованный и способный, занимающийся серьезно философией и математикой, он в реальной жизни крайне непрактичен, всего стесняется и даже не рискнул до сих пор сблизиться с женщиной. Моторно он неловок, что доставляло ему большие неприятности во время военной подготовки. Он даже не мог научиться поворачиваться по приказанию в пужную сторону. Обиженный на ряд замечаний, он писал пространные и очень логично построенные объяснительные записки, которые он тщательно переписывал, но у него никогда не хватало решимости отослать их по начальству.

Оба приведенных наблюдения характеризуют психически в довольно чистом виде. Часто, однако, приходится встречать случаи невроза более сложного строения, представляющие порою немалые затруднения для

правильного диагноза. Приводим более подробно два наблюдения такого рода.

Первое из этих наблюдений касается 46-летней больной Ш., которая на вопрос, в чем состоят ее жалобы, заявила, что ей затруднительно дать на это простой ответ, и она просит прочитать ее автобиографию и ряд писем, которые она до этого писала своим лечащим врачам. Выясняется, что в основном ей мешает постоянное чувство тоски, пониженная работоспособность, частые слезы и чувство неуверенности и беспомощности при необходимости разрешить самые простые жизненные вопросы, причем она испытывает необходимость всегда искать поддержку в ком-либо другом.

Она считает себя больной в течение 8 лет, после того, как у нее был обнаружен гипертиреоз, по поводу которого ей была произведена частичная струмэктомия. Однако из ее автобиографии и расспросов выясняется, что болезненные явления со стороны нервной системы имели у нее место значительно раньше и только усилились за последние годы.

История ее жизни представляется в следующем виде.

Она родилась в селе. Отец был слесарем, очень способным человеком, семейная жизнь протекала в первые годы ее жизни хорошо. Однако в 10-летнем возрасте девочка была резко травмирована тем, что мать начала изменять отцу, о чем девочка знала. Она возненавидела мать, дала себе слово никогда в жизни не изменять своему будущему мужу. Отец узнал об измене матери, дома создалась очень напряженная обстановка, мать на глазах у больной сделала даже попытку к самоубийству. Затем отношения между родителями вновь наладились, но у девочки с тех пор осталось чувство унижения и неполноценности. Она в это время много читала, принимала охотно участие в играх сверстниц, но временами испытывала угнетенное состояние и непреодолимое желание уединиться. В такие периоды она охотно рисовала — рисовать она начала с 6 лет, преимущественно пейзажи. С раннего детства очень любила природу. Училась в школе хорошо, любила отвечать. За начитанность и спокойствие подруги звали ее «философом», а преподаватели — «флегмой». Увлекалась произведениями Достоевского. Уже в детстве отмечается застревание на отдельных мелких фактах, значение которых она переоце-

нивала. Так, во время поездки с отцом, предпринятой с целью развлечения, потеряла шарф. Отец вскользь сказал: «Что скажет мама?» — и больше к этому вопросу не возвращался. Девочке же была отравлена вся поездка, которая длилась неделю; она все время задавала себе вопрос: «Что скажет мать?» — и была крайне удивлена, когда по возвращении домой это «событие» прошло совершенно незамеченным.

Период полового созревания перенесла довольно тяжело. Но уже ко времени поступления в техникум была, по ее словам, живой, веселой, громче всех смеялась. Ко времени учебы в техникуме относится ее встреча с будущим мужем, закончившаяся браком.

Первые годы совместной жизни прошли хорошо, отношения с мужем были самыми искренними, дружескими и такими они сохранились на всю жизнь. Однако после быстро последовавшего (одно за другим) рождения двоих детей она стала отмечать усталость, иногда чувство тоски. Особенно отчетливой эта тоска бывала в начале учебного года (она в то время уже окончила техникум и работала в школе преподавателем), хотя свой предмет — математику — она хорошо знала и очень любила. Затем через некоторое время после начала учебного года эта тоска проходила и она занималась охотно. Она сообщает, что чувствовала себя в это время хорошо, была очень работоспособна, активно занималась общественной работой, начала учиться живописи.

Характерно, что все ее сексуальные увлечения носили характер не столько живого непосредственного влечения, сколько характер некоторой нарочитости, надуманности, своеобразной искусственности и излишнего самоанализа. Она говорит, что «сильного чувства» она не испытывала и все время чувствовала себя как бы в роли постороннего наблюдателя, «следящего за собою». Вместо естественного чувства она писала длинные письма с самоанализом, адресуя их своему мужу, с которым ей теперь сделалось легче объясняться письменно. Все это еще значительно увеличило у нее сознание своей неполноценности, имевшее место еще в детстве.

Когда Ш. заболела гипертиреозом, ее состояние ухудшилось. Взаимоотношения с людьми стали затруднять ее еще больше. Она ощущала тоску, часто плакала, у нее появились длительные периоды апатии. Ей было трудно

приняться за какое-нибудь дело, иногда она подолгу просиживала на одном месте без всякой работы. Вернувшись домой после операции тиреоидэктомии, она нашла свою квартиру в запущенном состоянии, но была не в состоянии взяться за приведение ее в порядок и целый вечер просидела, не сходя с места.

Постепенно у нее развилась еще более обостренная боязнь всякого рода забот и житейских трудностей.

Эта боязнь включиться в жизнь, казавшаяся ей непреодолимо сложной, заставила ее даже в течение нескольких дней откладывать посещения госпиталя, в котором находился ее муж, а когда она узнала, что ее сын, направлявшийся на фронт, проедет не через город, в котором она в то время находилась, и ей не придется идти на вокзал разыскивать его поезд, она испытала чувство облегчения от того, что ей не предстоит такая чрезмерно сложная задача.

Ее постоянная нерешительность еще усилилась последнее время. Она не может решиться купить самую обыкновенную вещь. Ей всегда легче опереться на чье-нибудь чужое суждение, обычно на суждение мужа. Так ли она сделала? Как решиться? Чулки в магазине она выбирала несколько дней. «Каждый поступок обрушивается на нее непоправимым несчастьем».

Когда она, наконец, начала обращаться к невропатологам, она и с ними долго не находила правильного контакта, писала им длинные письма. Тем не менее, она усиленно стремится выздороветь и ищет врача, который бы ей помог.

Больная, несомненно, обладает графической одаренностью и последние годы систематически начала заниматься живописью. Она показывала свои этюды и картины. Они очень интересны. Больная интересуется и теоретической стороной в этой области и делала доклад по вопросам формализма и социалистического реализма в искусстве. Однако теперь она испытывает затруднения и при рисовании. Она устает и за картиной может просидеть всего полчаса. Кроме того, у нее нет необходимого «подъема», и вместо того, чтобы крупным планом разметить отдельные части картины, она выписывает детали. Она часто недовольна своей работой, делает исправления уже написанного, может быть, излишние. Ее тема — пейзаж, мертвая натура. Людей ей писать



труднее, — мешает, что кто то должен позировать для портрета, а отношения с людьми её настолько трудны, что она из-за этого даже предпочитает не брать домработницы. Кошку рисовать легче. Книги лучше людей. Лучше быть одной, чем на людях. Она любит математику и хорошо играет в шахматы. Интеллект у нее достаточно высокий. Каких-либо элементов выраженной тоски или депрессии у нее не обнаруживается. В беседе она спокойна, сдержанна, контактна, но иногда затрудняется точно сформулировать ответ на заданный вопрос. После беседы длительно обдумывает заданные ей вопросы и свои ответы, находит их неудачными, мысленно продолжает воображаемую беседу, в которой находит более удачные и точные формулировки. Жалеет, что не могла заранее знать, какие ей будут задаваться вопросы, тогда она имела бы время их обдумать.

В характере ее прослеживаются явные черты инертности. Ей трудно менять привычную обстановку. Трудно взяться за работу. Трудно начать что-нибудь делать. Она рассказывает, что одевается утром так: наденет бантик и ждет; наденет платье и ждет и т. д.

Оформленных навязчивых страхов у нее нет.

Каких-либо соматических жалоб, кроме большой утомляемости, она не высказывает, и при исследовании нервной системы объективных изменений у нее найдено не было.

Больная находится под наблюдением очень квалифицированных неврологов, и прогностически следует рассчитывать на возможность значительного дальнейшего улучшения.

Диагноз этой больной вызывал вначале некоторые сомнения, тем более, что у неё раньше диагностировали «циклотимию». Однако пришлось остановиться на диагнозе «психастения», исходя из следующих соображений. Прежде всего больная, как мы видели, очень склонна к самоанализу и к теоретической переработке своих переживаний; при этом поражает скудость ее непосредственных эмоций; очень типично ее неумение жить непосредственной реальной жизнью; очень характерно, что ей легче писать длинные письма, чем объясняться устно, — при устном разговоре ей мешает то, что она не может заранее знать, какие ей зададут вопросы и заранее подготовить свои ответы. Все это, как мы видели,

чрезвычайно характерно для неуравновешенности сигнальных систем, свойственной психастении. Можно было бы, пожалуй, в осложненных детских впечатлениях видеть и одну из причин развития ее невроза. Интересно, что, несмотря на наличие у больной значительно выраженных элементов инертности, оформленных фобий или obsessions у нее так и не образовалось, если не считать отдельных детских навязчивых застреваний на неприятных мыслях, — хороший пример того, как прав был в этом отношении И. П. Павлов, считавший (вопреки Жане), что навязчивость и психастения имеют различные физиологические основы и вовсе не обязательно должны совпадать. Есть, однако, два пункта, неправильная трактовка которых могла бы в данном наблюдении привести к отрицанию диагноза психастении.

Это, во-первых, отчетливо выраженные колебания в интенсивности невротических расстройств: однако, как было указано выше, колебания в проявлениях болезненных симптомов свойственны и психастении, причем они развиваются здесь не спонтанно, как при циклотимии, а в зависимости от общего состояния больного. Так и в данном случае явное ухудшение было связано один раз с двумя повторными беременностями, а один раз — в связи с болезнью Базедова.

Во-вторых, на первый взгляд могло бы противоречить представлению о психастении то, что наша больная — художник. Здесь надо снова подчеркнуть необходимость правильного понимания того смысла, которое И. П. Павлов вкладывал в свое определение «художественного» типа и которое несколько не противоречит наличию, например, определенной художественной одаренности. Но замечательно, что и в этой художественной деятельности нашей больной заметно некоторое преобладание ее второй сигнальной системы: в живописи ее больше интересуют философские и теоретические вопросы, а непосредственный контакт с живыми людьми ей труден настолько, что и писать ей легче мертвую природу, чем живого человека.

Не менее сложной является и трактовка последнего наблюдения<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Подробно опубликовано в юбилейном сборнике, посвященном 60-летию проф. Е. А. Попова.

С., 34 лет<sup>1</sup>, научный работник, была направлена в нашу клинику с жалобами на быструю утомляемость при умственной работе. Эта утомляемость сперва появилась у нее в 18-летнем возрасте и продолжается до настоящего времени.

Более подробно об этих своих ощущениях больная сообщает следующее.

Особое чувство утомляемости, которое она определяет, как «слабость в голове», появляется у нее в виде отдельных стереотипных приступов. Развиваются они всегда только при умственном напряжении, причем поводом для их появления является какое-нибудь затруднение в понимании логической связи при чтении текста или при слушании доклада, лекции и т. п. Часто она испытывает при этом ощущение голода, причем ей особенно хочется съесть тогда что-нибудь «сладкое» или «жирное». Нередко больная в течение такого приступа «незаметно для себя» засыпает, а после сна просыпается уже в нормальном состоянии.

Больная определенно подчеркивает, что такие состояния возникают у нее только в тех случаях, когда ей приходится «вслушиваться» или «вдумываться» в чей-нибудь чужой ход рассуждения, и никогда не возникает, если она сама думает даже о каких-нибудь сложных темах. Последнее время, начиная читать какой-нибудь материал, она уже заранее боится появления этой «слабости в голове». Последнее время приступы эти усилились и начали появляться даже при сравнительно небольшом умственном напряжении.

Кроме этой основной жалобы, С. высказывает и ряд других. Так, она заметила, что после физической нагрузки, особенно в условиях высокой температуры, или после приятно окрашенных положительных эмоций она иногда ощущает своеобразное «возбужденное» состояние, когда ей не хочется ни есть, ни спать. Больная отмечает также, что в теплом помещении она нередко испытывает сонливость. Головные боли ее особенно не беспокоят. Настроение у нее большей частью угнетенное и лишь редко, например утром, до начала работы, или во время отпуска, она чувствует себя совсем хорошо. Между прочим, она отметила, что на тяжелые события

---

<sup>1</sup> Клиническое наблюдение вела О. В. Ирдт.

в ее личной жизни она начала реагировать относительно слабо, обнаруживая нечто вроде своеобразной эмоциональной тупости.

Больная росла в довольно сложной семейной обстановке. Мать больной была женщиной активной, волевой, очень энергичной, но у нее была «атрофия зрительных нервов» и она не могла ничем заниматься, кроме домашнего хозяйства, что было постоянным поводом для ее подавленного настроения. Между матерью и отцом происходили частые ссоры, которые очень волновали больную. В семье, несмотря на частые ссоры, царила, как пишет больная, «высоко интеллигентная атмосфера», постоянно обсуждались различные вопросы науки и искусства, велись разговоры «на умные темы», конкретные же, бытовые темы не затрагивались, совершенно не интересовались внешностью, красивыми костюмами и т. п. и даже относились отрицательно к употреблению духов, а «вертеться перед зеркалом» считалось «признаком глупости».

Больная росла одинокой, без сверстников и близких друзей. В детстве она была очень избалована и громко плакала, если ей делали замечания. Грубила старшим, с детьми плохо уживалась, так что другие девочки из ее окружения держались от нее в стороне и не допускали ее до своих игр.

В 8-летнем возрасте она болела хореей, вследствие чего ей пришлось на длительное время лишиться детского коллектива. Ее часто подолгу держали на постельном режиме.

Больная сообщает, что в детском возрасте она начала испытывать некоторые навязчивые страхи. Так, она почему-то очень боялась пауков — страх, который в некоторой степени остается до настоящего времени; ей было также очень неприятно смотреть на качающиеся предметы и были очень неприятны громкие звуки, из-за чего она даже одно время бросила занятия музыкой; боялась лестниц и высоты (на верхушку Исаакиевского собора так никогда и не рискнула подняться); боялась, что убежит ее кошка; боялась оставаться одна в комнате. Бывали у нее в детстве и некоторые навязчивые действия: так, она часто по ночам должна была пересчитывать свои «безделушки», опасаясь, как бы нечаянно не выбросили что-нибудь из них. Интересно, что из этих

ее детских проявлений навязчивости в дальнейшем никакого развития массивных фобий или obsессий так и не получилось.

Ученне ей давалось легко. Свободное время она проводила большей частью в одиночестве, за чтением.

Постепенно ее прежняя настойчивость и самостоятельность начали сменяться неуверенностью, стеснительностью и робостью. Она начала бояться быть среди людей. Ей стало трудно самой подойти к кому-нибудь и о чем-то заговорить. Это остается до настоящего времени и часто очень мешает ей в ее делах.

Она никогда не могла научиться рисовать. Пыталась заняться рукоделом, бросила. Жила в течение школьных лет, как она теперь говорит, «в изолированном мире» и увлекалась только героической литературой. Особенно она любила трагедии Шиллера, которые она читала чрезвычайно внимательно, обдумывая подробно все отдельные детали. Из школьных предметов ей легче всего давалась математика, которую она любит до сих пор. Прпдя из школы домой, она сразу садилась за приготовление уроков, причем часто боялась, что вдруг она не успеет выполнить какое-нибудь школьное задание. В школе, как она теперь говорит, «научилась думать», «стремилась все понять», должна была все «продумывать до логического конца».

На непосредственные, реальные стороны жизни она все это время по-прежнему обращала мало внимания. За собой не следила, так что подружки в школе рисовали на нее карикатуры. Никогда не занималась спортом, тащевать не любила. «В отношении житейских вопросов, — пишет она в своей автобиографии, — я была подобна грудному младенцу». К возможности «семейного счастья» она еще в школе относилась с иронией.

Постепенно больная начала отмечать у себя своеобразное снижение эмоциональной впечатлительности. Когда ей было 17 лет, брат ее покончил жизнь самоубийством, причем это на нее страшным образом не очень сильно повлияло. Также и в дальнейшем, когда умерла ее мать, у нее не возникло особенно тяжелой реакции.

Когда началась война и пришлось жить в эвакуации, практическая неприспособленность больной выступила особенно резко. Больная продолжала учебу в вузе. Училась она по-прежнему «на пятерки», но как раз

в это время у нее начали возникать описанные выше состояния «слабости в голове», появившиеся при умственном напряжении. Как раз в период, когда начались эти приступы, больной приходилось заниматься с постоянным чувством голода. Голодала в это время и вся ее семья и нередко в семье, чтобы не испытывать чувство голода, старались пораньше лечь спать.

Когда больной пришлось развить энергию в поисках подходящей работы, она оказалась к этому почти неспособной. Случалось, что она вообще не решалась войти в учреждение, где должна была искать работу, и ходила по улице, чтобы оттянуть время, а иногда так и уходила, не зайдя в учреждение. В конце концов подходящая работа ей нашлась, но помимо ее стараний.

Хотя больная и научилась несколько более уверенно держать себя с людьми, тем не менее трудность жить реальной жизнью продолжается, по ее словам, до настоящего времени. Она до сих пор остается нерешительной. Ей и сейчас еще бывает трудно сделать какой-нибудь выбор, например купить ту или другую вещь. Ей приходится все время следить за своим поведением и даже за своей речью.

При исследовании в клинике со стороны анимальной нервной системы отмечено было только расходящееся косоглазие, имеющееся у нее с детства, и легкое дрожание век и пальцев вытянутых рук. Со стороны вегетативного отдела нервной системы отмечался только задержанный тип терморегуляционного рефлекса.

Со стороны психики больная не обнаруживает каких-либо формальных нарушений, но проявляет ряд характерных особенностей, свойственных больным психастенией. Она нерешительна, долго обдумывает предстоящий разговор, а после окончания разговора долго анализирует все, что говорилось. Инертна и с большим трудом переключается с одного дела на другое. Малообщительна, никакой повышенной эмоциональности не проявляет. Интеллект и память сохранены. Работоспособность (за исключением описанных выше коротких состояний) полностью сохранена.

За время пребывания в клинике С. получала препараты фосфора и женьшеня, гальванический воротник по Щербаку, индивидуализированные дозы бромидов и кофеина и разъяснительную психотерапию. Состояние

ее несколько улучшилось, она сделалась несколько более общительной с окружающими. Приступы «слабости в голове» в клинике не наблюдались.

В данном наблюдении особенно отчетливо выступают на первый план основные компоненты психастении: полное неумение уверенно ориентироваться в окружающей реальной обстановке наряду с хорошим интеллектом и с склонностью к логической переработке окружающего, к отвлеченности и к абстрактным суждениям. Одновременно отмечается своеобразная эмоциональная тупость. И в этом наблюдении свойственная больной инертность выражалась в детском возрасте в ряде отдельных мелких навязчивостей, которые, однако, в дальнейшем не переросли в выраженные навязчивые состояния.

Интересно, что в данном случае удастся проследить ту своеобразную высоко интеллектуальную атмосферу, которая господствовала в семье и под влиянием которой формировалась личность больной. В какой мере здесь играло роль развитие больной в соответствующем окружении и в какой мере — унаследование от родителей тех же типологических особенностей, сказать с уверенностью, конечно, невозможно.

Невротические симптомы к этому основному типологическому фону начали присоединяться сравнительно очень рано, возможно, в связи с длительными болезнями в детстве. Она и сейчас жалуется на частое общее угнетенное состояние, иногда сменяющееся несколько возбужденным состоянием. Особенно же характерны ее короткие состояния внезапной «слабости в голове», провоцируемые всегда необходимостью напрягать внимание, следя за чьим-нибудь ходом рассуждений. Здесь нельзя не узнать тех коротких состояний своеобразно измененного состояния, которое иногда описывают при неврозах и которые были изложены выше, в разделе о симптоматологии неврастении. Очень типично, что и здесь, как в ранее приведенных наблюдениях, моментом, вызывающим эти состояния, всегда является необходимость сосредоточить свое внимание. Очевидно, такие состояния могут развиваться не только при неврастении, но и при психастении. Можно отметить еще одну своеобразную деталь: эти состояния странным образом сопровождаются иногда желанием что-либо съесть и

потребностью заснуть. Лишь в виде некоторого предположения можно было бы, пожалуй, заподозрить в этом прочную условную связь, образовавшуюся в то время, когда эти приступы впервые появились и когда больной приходилось часто работать голодной, причем в семье больной в то время, чтобы не чувствовать голода, иногда пораньше ложились спать.

Лечение психастении в основном сводится к разъяснительной психотерапии и к тренировке отстающих при психастении функций. И. П. Павлов подчеркивал, что возможно постепенно избавить больного психастенией от его излишней умственной деятельности. Для этого необходима умелая и длительная тренировка простых эмоций, например связанных с физической работой. Трудотерапия, действительно, оказывает большие услуги в лечении психастении. Рациональная психотерапия, как правило, дает у этих больных положительные результаты, что часто особенно облегчается благодаря хорошему интеллекту этих больных. Если больному удастся правильно усвоить основы физиологического учения И. П. Павлова и причины своей болезни, это часто помогает понять сущность своего дефекта и начать с ним успешно бороться.

Гипноз при психастении бесполезен. Сонная терапия при этом неврозе также не дает эффекта. Опыт советских невропатологов в течение Великой Отечественной войны показал, что психастения нередко значительно компенсировалась в условиях боевой обстановки. Этому способствовал как общий патриотический подъем, так и слаженная жизнь воинского коллектива и уверенность в необходимости действовать в совершенно определенном и точно указанном направлении. Вышеприведенный пример больного Т. является в этом отношении далеко не единичным.

Трудоспособность при психастении обычно не снижается.

Профилактика психастении, как и неврозов вообще, целиком сводится к правильному и гармоническому развитию личности ребенка. Особенно важны своевременно принятые меры при каких-нибудь нервных срывах в детском возрасте. При этом важна, конечно, своевременная забота о равномерном развитии у ребенка первой и второй сигнальной системы. Ребенка,



слишком много времени и внимания отдающего чтению книг или игре в шахматы или вообще чересчур склонного ко всякого рода теоретизированию, непременно надо заинтересовать различными видами непосредственного физического труда и вовлечь его во всевозможные виды спорта, требующие большой моторной активности (лыжи, коньки, теннис, футбол и др.).

**ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЗОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА.  
НОЧНОЙ ЭНУРЕЗ.  
ЗАИКАНИЕ**

Этиология. Неврозы детского возраста по своей природе принципиально не отличаются от неврозов, рассмотренных выше, однако особенности детского организма накладывают на них своеобразный отпечаток. Здесь приходится учитывать то, что ребенок рождается с еще не вполне созревшей центральной нервной системой. Так, активные движения новорожденного еще носят, как известно, атетозоподобный характер, что стоит в вероятной связи с еще не вполне сформировавшимися функциями коры и с функциональным преобладанием подкорковых образований. Однако условные рефлексы в естественной обстановке начинают появляться у ребенка уже очень рано. Так, условные рефлексы на тактильно-проприоцептивно-лабиринтные раздражители начинают вырабатываться уже на второй неделе жизни (М. М. Кольцова, 1958), с 3-го месяца появляются естественные условные рефлексы на зрительные, а с 4—5-го месяцев — на звуковые раздражения. Понятно, что при таком раннем развитии сложной высшей нервной деятельности возможны уже на этих ранних этапах и разного рода отклонения в ее нормальном функционировании, и, действительно, такой большой знаток нервной системы детского возраста, как Н. И. Красногорский, определенно указывает (1958), что неврозы могут обнаруживаться у грудных детей даже с первых недель жизни. Важно отметить, что по мере созревания у ребенка функций нервной системы, постепенно начинают нарастать процессы внутреннего торможения, в то время как в младшем возрасте, наоборот, преобладает торможение внешнее.

Причины, создающие неврозы детского возраста, сводятся также к таким же перенапряжениям нервных процессов. В раннем детском возрасте нередко встречаются неправильности воспитания, неправильный режим (например, слишком длительное ожидание пищи, неправильный режим сна). Нередки в детском возрасте различные тяжелые переживания в отношениях к окружающим (ссоры родителей, холодность одного из родителей, ревность к младшему ребенку, экстренная смена стереотипа и т. п.), примеры чего приведены были выше. Наличие нервных больных в семье является, конечно, особо неблагоприятным фактором. В школьном возрасте могут присоединяться более сложные тяжелые переживания, связанные с трудностями учения, с отношениями к товарищам и т. п. Подмечено (Т. П. Симсон, 1958), что неврозы особенно легко развиваются в определенные возрасты. Такими «критическими» возрастными является: возраст около 2—3 лет, когда устанавливается индивидуальность ребенка; возраст около 7—8 лет, когда окончательно созревает активная моторика; возраст в 12—18 лет, соответствующий половому созреванию, когда многим детям оказывается свойственной своеобразная угловатость, неловкость движений, вместе с некоторой замкнутостью, эгоцентризмом и повышенной склонностью к разнообразным конфликтам в семье.

В отношении патогенеза невротических нарушений в детском возрасте существуют такие же разногласия, как и в отношении неврозов взрослых: наряду с признанием в качестве причины невроза всегда какого-нибудь перенапряжения одного из нервных процессов, высказывается и такое воззрение, согласно которому в основе неврозов детского возраста могут лежать травмы, инфекции, интоксикации или истощения. Правильно, по-видимому, рассматривать все эти неблагоприятно действующие соматические моменты как в значительной степени ослабляющие нервную систему ребенка и делающие ее особенно чувствительной к различным сверхсильным раздражителям внешней среды. Интересно, что в этом взаимоотношении соматических и невротогенных факторов подмечена была и обратная связь: случайные инфекции протекают у детей-невротиков менее благоприятно, чем у здоровых. Так, у беспокойных, раздражи-

тельных детей туберкулез, по наблюдениям Н. И. Красногорского, протекает тяжелее.

В отношении классификации детских неврозов в литературе высказывается соображение, согласно которому нерационально столь же четко разделять детские неврозы, как неврозы взрослых, на 3 основных типа: неврастению, истерию и психастению, поскольку в детском возрасте еще не сформированы свойственные взрослым отношения сигнальных систем, а, кроме того, неврозы детей часто носят скорее моносимптоматический характер и не складываются в более оформленные типы (Т. П. Симсон). У детей школьного и подросткового возраста предлагалось (Г. Н. Пивоварова, 1960) делить все формы неврозов на неврозы с выраженными истерическими симптомами, на неврозы с клиническим синдромом расторможенности и на неврозы с астено-депрессивным синдромом (последние две формы соответствуют, по-видимому, гиперстеническому и гипостеническому подвидам неврастения). Выраженные психастенические синдромы, — в связи с постепенным созреванием второй сигнальной системы, — могут наблюдаться в более поздние возрасты.

К неврозам детского возраста относится и заикание, которое благодаря ряду его специфических особенностей описывается отдельно.

Клинические проявления неврозов детского возраста разнообразны.

Здесь относятся нередкие признаки повышенной возбудимости и раздражительности, в виде наблюдающегося у ребенка постоянного беспокойства, криков, плача, дрожания, пугливости, резкой реакции на всякого рода неожиданные раздражения, а также признаки ослабления раздражительного процесса, в виде быстрой утомляемости. Нервные дети часто жалуются на головные боли или неприятные ощущения со стороны сердца (боли, сердцебиения), на страхи разного рода. Очень типичны для детских неврозов нарушения сна. Они могут состоять в затрудненном засыпании, в недостаточной глубине сна, в беспокойном сне, с обилием устрашающих сновидений или в приступах ночного страха, когда спящий ребенок вдруг вскакивает с криком, а потом утром часто не помнит, что с ним было ночью. Иногда отмечается замедленное пробуждение. Приступы

почного снохождения всегда требуют более подробного обследования больного, чтобы исключить возможность автоматизмов какого-либо другого происхождения.

Очень много симптомов детских неврозов касается различных аномалий вегетативных и висцеральных функций. Таковы свойственные нервным детям быстрые изменения цвета лица в виде покраснений или побледнений, цианоз рук и ног, потливость, частые поносы, запоры, срыгивания или рвоты, причем последние нередко развиваются по механизму условного рефлекса, если, например, первый раз ребенка заставили насильно что-нибудь съесть в то время, когда он был почему-нибудь очень возбужден и вовсе не хотел есть. По такому же механизму может развиваться и анорексия. Наблюдаются у нервных детей также учащенные позывы на испражнения или на мочеиспускание, а после какой-нибудь перенесенной инфекции верхних дыхательных путей может остаться одышка или кашель уже невротической природы. Нередко у нервных детей отмечалась гиперсекреция желудочного сока, замедление опорожнения желудка или пилороспазм (Н. И. Красногорский). У нервноболих детей нередко наблюдается ночное недержание мочи (см. ниже).

Ряд симптомов, которые могут наблюдаться при детских неврозах, сводятся к различным проявлениям навязчивого синдрома. Сюда относятся различные тики, иногда массивно выраженные в детском возрасте, в виде различных навязчивых подергиваний мышц лица, шеи, рук. Сюда же относятся и различные патологические привычки вроде потребности сосать свой палец, раскачиваться и т. п. Относится сюда же и заикание. В детском возрасте часты навязчивые страхи и мысли, нередко исчезающие в дальнейшем. В несколько более позднем возрасте нередки навязчивые опасения за последствия онанизма, соответственно многим распространенным представлениям в отношении преувеличенного вреда от онанизма.

Некоторые проявления детских неврозов близки к истерии взрослых. При этом следует иметь в виду, что, как мы указывали выше, нервное возбуждение у маленьких детей на почве гнева, злобы или протеста против требований со стороны взрослых, нередко может выражаться в виде общего двигательного возбуждения,

когда ребенок бросается на пол, кричит, изгибается или бьется руками и ногами. Это, конечно, еще не истерия, хотя такое поведение ребенка и напоминает несколько истерический припадок. Скорее, наоборот, можно было бы сказать, что взрослая истеричка, проделывая свой судорожный припадок, использует для этого имеющуюся в ее отдаленном прошлом моторную модель своего детского протеста.

Встречаются, однако, в детском возрасте и настоящие, более оформленные истерические симптомы. Так, описаны у детей местные, большей частью очень недлительные параличи или парезы, развившиеся под влиянием психогенных причин, а также истерическая амблиопия, глухота или мутизм. Известны также встречающиеся в детском возрасте истерические контрактуры и гиперкинезы.

Эта истерия детского возраста была подробно изучена отечественными неврологами, главным образом Н. И. Красногорским и его сотр. Было установлено, что у детей, больных истерией, условные рефлексы медленно образуются, очень нестойки и обнаруживают значительные колебания по своей величине. Деятельность коры больших полушарий отличается при истерии быстрой истощаемостью и утомляемостью, причем подвижность нервных процессов оказывается сниженной. При этом было установлено существование двух различных типов нарушения высшей нервной деятельности, свойственных истерии детского возраста: тип, при котором имеет место ослабление не только условной, но и безусловной рефлекторной деятельности, и тип, при котором безусловно рефлекторная деятельность остается нормальной.

Изучение высшей нервной деятельности детей, страдающих неврозами, проводилось также рядом советских авторов, причем были получены некоторые интересные данные. Так, специально изучалось у детей-невротиков образование условных рефлексов на различные внешние раздражители и появление тех же рефлексов при замене этого раздражителя одним только его словесным (устным или письменным) обозначением.

Рефлексы в этом последнем случае часто также получаются, но интересно, что у невробольных детей словесный ответ часто не соответствовал тому, что имело

место в действительности (Т. В. Строкина, 1951). Обычно считают, что при появлении условного рефлекса на одно только название происходит иррадиация из первой во вторую сигнальную систему, и в случае отсутствия такого появления рефлекса на одно только слово имеет место нарушение взаимодействия сигнальных систем. Впрочем, недавно было показано (В. С. Кочергина, 1955), что отсутствие такой реакции на соответствующее словесное обозначение может, наоборот, свидетельствовать об особо тонкой дифференцировке условных раздражителей и может считаться реакцией более высокого уровня, поскольку сам непосредственный раздражитель и его название все же, конечно, не вполне идентичны и могут различаться наблюдательным ребенком с самого начала.

Диагностика неврозов детского возраста может нередко представить ряд затруднений. Так, указывалось на нередкие ошибки в отличии невротических детских тиков от хорен, но, конечно, такую ошибку никогда не сделает врач, знающий особенности этих гиперкинезов, так как хореатические движения, в отличие от тиковых, разнообразны, не связаны с ощущением необходимости произвести данное движение, и больные не в состоянии их произвольно задерживать даже ненадолго; кроме того, очень характерна мышечная гипотония, часто имеющая место при хорее.

Исходы неврозов детского возраста могут быть самыми разнообразными. Моносимптоматические нарушения невротической природы могут проходить бесследно, нисколько не отражаясь на дальнейшем развитии нервной системы ребенка. С другой стороны, пережитые в детстве нервные срывы нередко могут послужить поводом для дальнейшего развития тяжелых навязчивых состояний или других невротических симптомов, примеры чего были приведены выше. Г. Н. Пивоварова (1960) проанализировала катамнез 45 детей, перенесших тяжелые невротические реакции, и могла убедиться в том, что детские переживания нередко накладывали отпечаток на все дальнейшее развитие, приводя к появлению таких симптомов, как пассивность, отсутствие широких интересов, трудность включения в коллектив и т. п. Часто после перенесенных в детстве неврозов, в дальнейшем, под влиянием каких-нибудь интеркуррент-

ных вредностей, могут снова наблюдаться невротические обострения.

Лечение детских неврозов проводится по тому же принципу, что и лечение неврозов взрослых. Назначение снотворных в детском возрасте не рекомендуется. Из психотерапевтических методов не рекомендуется применение гипноза, а следует ограничиваться психотерапевтическими приемами в бодрствующем состоянии (завоевывание доверия ребенка, объяснение сущности болезни, перевоспитание, косвенное внушение). Часто может быть полезно назначение бромидов и кофеина в индивидуализированных дозах. Всегда необходимо позаботиться и о соматическом здоровье, благополучии, причем могут быть полезны такие назначения, как препараты железа, глицерофосфата, витамины и др. Всегда необходимо обеспечить спокойное окружение нервного ребенка, размеренный режим жизни. Часто может понадобиться направление в пионерлагерь, занятия спортом, участие в экскурсиях. Полезны водные процедуры. Все такие назначения должны быть, естественно, индивидуализированы в каждом отдельном случае.

Всегда очень важно правильно наладить длительность сна, поскольку практика показывает, что часто режим ребенка строится в этом отношении неправильно и дети нередко спят меньше полагающейся им нормы.

Л. Б. Гаккель (1960) приводит следующие нормы длительности сна для разных возрастов.

Для ребенка 3 месяцев	— 10—12 час.	ночью + 4	раза	днем по				
»	»	4—6	»	»	»	+ 2	»	»
»	»	1 года	— 14—15	час				
»	»	5 лет	— 13—14	»				
		Для ребенка 7 лет	— 10—12	час				

Н. И. Красногорский приводит (для более старших детей) следующие цифры:

Для детей 6—10 лет	необходим сон в течение	11 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> час
»	»	11
»	»	12
»	»	13
»	»	14—15

Этими цифрами можно ориентировочно пользоваться при организации правильного режима для нервнобо-льных детей.

Профилактика детских неврозов сводится целиком к правильной организации жизни и режима ребенка, а также к правильной организации жизни всей семьи. Ребенок никогда не должен быть свидетелем несдержанного, вспыльчивого поведения взрослых, пьянства, ссор и драк и т. п. К нему недопустимы ни чересчур строгие и жесткие требования, ни излишняя заласканность и утрированная нежность. В процессе воспитания нужно стремиться привить ребенку чувство ответственности и спокойной уверенности в своих силах. О том, что при воспитании детей категорически запрещаются какие-либо физические наказания, не может быть двух мнений, хотя, к сожалению, в единичных отсталых и малокультурных семьях это может иметь место еще и в настоящее время.

Значительной вредностью в жизни детей школьного возраста может явиться чрезмерная учебная нагрузка. Совершенно необходимо, чтобы, кроме времени, потраченного на учение, у школьника оставалось достаточно свободного времени для отдыха, которое он мог бы потратить для пребывания на свежем воздухе, или для спорта, или для каких-либо интересующих его занятий вроде музыки или чтения художественной литературы и т. п.

Говоря о неврозах детского возраста, необходимо коснуться двух особых неврологических синдромов, обычно описываемых как самостоятельные заболевания — именно ночного энуреза и заикания.

Ночное недержание мочи (*enuresis nocturna*) в сущности не должно называться «неврозом», если применять этот термин в его строго нозологическом смысле, т. е. в смысле нарушения высшей нервной деятельности в результате перенапряжения каких-либо нервных процессов. В данном случае имеется не нарушение высшей нервной деятельности, а вызванный различными неблагоприятными факторами сдвиг физиологического стереотипа нормального сна, свойственного предшествовавшей онтогенетической стадии. В самом деле, следует припомнить, что в течение первого года ребенок постепенно приучается мочиться произвольно, т. е. по желанию. К концу первого года ребенок днем, т. е. в бодрствующем состоянии, мочится уже произвольно, но ночью продолжает еще мочиться в постель, не пробуждаясь.



Только на 2-м году жизни у ребенка вырабатывается своеобразный «сторожевой пункт» и он начинает среди сна пробуждаться от позывов к мочеиспусканию. Своеобразный стереотип патологического ночного энуреза соответствует, таким образом, определенной фазе развития. Однако в отдельных случаях под влиянием каких-нибудь неблагоприятных обстоятельств ребенок может задержаться на этой фазе или даже снова вернуться к ней уже после того, как он уже научился пробуждаться ночью от позывов на мочеиспускание.

Ночное недержание мочи иногда развивается без всякого перерыва из физиологического детского стереотипа (так называемое врожденное недержание мочи), иногда же появляется впервые более поздно, например, в возрасте около 5 лет и позже. В отдельных случаях прослеживалось накопление аналогичных заболеваний в семье, иногда с прямой передачей от родителей к детям. Генетические механизмы такой передачи ближе еще не изучены. Мальчики и девочки болеют, по-видимому, одинаково часто, хотя некоторые авторы (А. П. Штесс) указывают на то, что не только у взрослых, но и у детей энурез чаще встречается у лиц мужского пола.

Этот болезненный стереотип в большинстве случаев исчезает к юношескому возрасту. Иногда, впрочем, детский энурез сохраняется и у взрослых, причиняя им в таких случаях значительные жизненные неудобства.

Эта аномалия, естественно, привлекала к себе большое внимание врачей. Литература по ночному энурезу колоссальна, причем имеется поразительное изобилие как самых противоположных теоретических попыток понять и объяснить сущность синдрома, так и самых разнообразных применявшихся в разное время способов лечения, причем — что интересно — нередко они действительно оказывались полезными для излечения по крайней мере части относящихся сюда случаев.

Это многообразие различных причин, по-видимому, на самом деле участвующих в патогенезе ночного энуреза, делается понятным, если учесть, что правильное созревание какой-либо сложной нервной функции требует согласованного воздействия целого ряда факторов и что самые разнородные патологические импульсации могут эту функцию нарушать.

Так, в происхождении ночного энуреза несомненную патогенетическую роль может играть неправильное воспитание и неблагоприятные условия жизни ребенка (А. П. Штесс, 1936). Испуг, травма или интеркуррентная инфекция могут играть в этом отношении провоцирующую роль. Значительно способствует энурезу общая отсталость развития, выражающаяся, между прочим, в позднем развитии речи. Значительное число детей, страдающих ночным энурезом, обнаруживают и общеневротические проявления (М. И. Иогихес, 1934). Относительно часто у детей, страдающих ночным энурезом, наблюдается ночное снохождение или автоматическая речь в состоянии сна («сноговорение»). Многие неврологи указывали, что этим детям свойствен особенно глубокий сон, так что иногда их даже удается не сразу и с большим трудом разбудить (О. И. Кондратенко, 1953). Способствуют ночному энурезу различные варианты соматического неблагополучия (рахит, различные эндокринопатии, последствия перенесенных инфекций, последствия дистрофии и др.). Способствуют этому и различные аномалии в области самой сегментарной иннервации мочевого пузыря в виде, например, патологической центростремительной импульсации (фимоз, гипоспадия, болезненные процессы в мочевом пузыре и в мочевых путях, повышение кислотности мочи и т. п.), или нарушения водного обмена (полиурия, поллакиурия, никтурия), или аномалии развития нижних этажей спинного мозга типа так называемой миелодисплазии, симптомами которой могут быть незаращение дужек позвонков, врожденное снижение ахилловых рефлексов, синдактилия, аномальные формы стоп, дистальные гипестезии на ногах и всегда холодные, синюшные стопы. Когда была обнаружена связь ночного энуреза и миелодисплазии, сразу захотели рассматривать ее как единственную и постоянную причину энуреза, но скоро оказалось, во-первых, что миелодисплазия при энурезе далеко не обязательна, а во-вторых, что нередко случаи миелодисплазии без всякого энуреза. Таким образом, и этот патогенетический фактор может играть в этиологии ночного энуреза лишь роль одной из возможных причин. Выяснилось далее, что патологические импульсации из самых отдаленных областей могут играть роль патоген-

тических моментов. Такова роль глистной инвазии или аденоидных разрастаний в носоглотке.

Дети, страдающие ночным энурезом, обычно обнаруживают и ряд более или менее тяжелых расстройств невротического типа. Здесь сказывается резко травмирующее влияние этого дефекта. Дети делаются стеснительными, скрытными, подавленными и очень тяжело переживают свою болезнь. Многократно отмечалось резкое изменение к лучшему и перерождение всей личности ребенка, которому в связи с лечением удается избавиться от энуреза.

В отношении лечения ночного энуреза следует иметь в виду следующее. Понятно, что при наличии столь пестрых патогенетических моментов, в отдельных случаях могут излечивать ночной энурез самые разнообразные процедуры, каковы, например, кокаинизация слизистой оболочки носа или оперативное удаление фиброзных перетяжек в пояснично-крестцовом отделе позвоночного канала. Наиболее же обоснованной является терапия ночного энуреза, направленная на воспитание правильно работающего сторожевого пункта в коре больших полушарий. Здесь определенное значение имеет перевоспитание нервного ребенка и психотерапия. Одни только повторные побудки излечить ребенка от энуреза не могут. Всегда важна разъяснительная психотерапевтическая работа, направленная и на родителей или воспитателей ребенка. Предложены и различные аппараты, автоматически вызывающие пробуждение ребенка и тем создающие образование соответствующего условного рефлекса (А. С. Мальков, 1958). Мы в нашей клинике (О. И. Кондратенко, 1953) достигали излечения, тренируя возможность образования сторожевых пунктов не на наполненный мочевой пузырь, а на какие-нибудь другие раздражители, например на время: ребенок научался просыпаться в назначенный заранее час, — образование такого нового сторожевого пункта во многих случаях излечивало и ночной энурез. Конечно, при лечении ночного энуреза необходимо всегда позаботиться, кроме того, об общем укреплении организма, о санации всех возможных соматических дефектов, а также о правильной организации обстановки ночного сна (теплое, сухое помещение и пр.). В отношении всех других сложных и

разнообразных способов лечения ночного энуреза отсылаем к специальным монографиям.

Если, как мы только что видели, ночной энурез не должен причисляться к истинным неврозам, то заикание, наоборот, полностью входит в понятие о навязчивом невротическом синдроме, именно в его двигательном варианте (навязчивые движения и тики), и только резко очерченное клиническое своеобразие этого заболевания вызывает необходимость описывать его отдельно.

З а и к а н и е (balbuties) представляет собою возникающую во время речи произвольную судорогу мышц, участвующих в речевом акте, причем во всех остальных условиях, например, при смехе, жевании, дыхании и т. п. все эти мышцы работают совершенно нормально.

Заикание появляется обычно в детском возрасте, большей частью между 2 и 7 годами. Мальчики болеют чаще девочек. Часто заикание развивается вслед за испугом или какими-нибудь другими тяжелыми психическими переживаниями, иногда вслед за перенесенной инфекцией (особенно вслед за коклюшем), вслед за травмой. В ряде случаев отмечается роль подражания (заикание окружающих). Развитию заикания могут способствовать имеющиеся дефекты произношения. В ряде случаев заикание развивается как будто без всякого конкретного повода, однако В. С. Кочергина (1960) отмечает, что почти в каждом случае детского заикания удается установить наличие каких-либо предрасполагающих моментов в виде, например, неправильностей воспитания, конфликтной домашней обстановки, соматического ослабления организма, наследственных дефектов речи в семье и др. При этом наличие мелких органических изменений центральной нервной системы, точно так же как и наличие выраженной общей нервозности ребенка, связаны с наиболее тяжелыми формами заикания, требующими более упорного лечения и нередко уже после выздоровления дающими новые рецидивы.

Заикание сводится к судорогам дыхательной мускулатуры (судорожные инспирации или, наоборот, выдыхательные спазмы), мышц голосовой щели (судорожное смыкание голосовых связок, приводящее к полной остановке речи, или судорожное напряжение голосовых связок, приводящее к судорожно растянутому звуку), а

также мышц губ и языка. При этом иногда появляется длительная задержка речи, иногда же повторные короткие судороги, приводящие к непроизвольному повторению отдельных звуков. Такая речевая судорога наступает часто в виде периодических коротких разрядов: страдающий заиканием несколько слов может произнести быстро и гладко, а потом вдруг застывает в судорожной гримасе.

Очень часто заикающиеся «помогают» себе различными дополнительными содружественными движениями общей мускулатуры, в частности нередко мускулатуры лица. Так, во время речи они иногда усиленно раздвигают крылья носа. Н. П. Тяпугин (1960) справедливо указал на то, что этот последний симптом, в зарубежной литературе известный под названием «симптом Фрешельса», на самом деле был описан впервые еще в 1889 г. И. А. Сикорским.

Помимо таких содружественных движений, заикающиеся очень часто пользуются своеобразными «вставными» словами, т. е. словами, которые они легко могут произнести и которые они вставляют некстати в свою речь, вроде слов: «ну», «как это», «вот» и т. п.

Как правило, заикание у детей более старшего возраста очень быстро обрывается своеобразным «страхом речи». Заикающийся уже заранее боится, что ему не удастся в нужный момент, например в магазине, или при разговоре по телефону, или в классе и т. п., правильно произнести слово, что, естественно, всегда еще ухудшает его заикание. Развиваются тяжелые невротические симптомы и все развитие личности ребенка может пойти по неправильному, невротическому пути.

Патофизиология синдрома не оставляет сомнения в его невротической природе. В самом деле, работа речедвигательного анализатора требует исключительной четкости и точности, исключительно быстрого включения и выключения работы определенных мышечных групп, т. е. предъявляет громадные требования к активному торможению и к подвижности корковых процессов, и легко может сделаться непосильной задачей для нервной системы, обладающей сравнительно невысокой подвижностью и слабым внутренним торможением. А так как именно нервная система ребенка отличается относительно низкими подвижностью и способностью актив-

ного торможения, то неудивительно, что здесь легко может иметь место настоящий механизм образования невроза, т. е. нарушение высшей нервной деятельности вследствие перенапряжения того или другого из нервных процессов. При этом здесь имеет место полная аналогия с образованием так называемых «больных пунктов», когда возникает срыв очень ограниченной и как бы изолированной функции. Конечно, и здесь — подобно тому, как мы это видели и в отношении других навязчивых явлений, — говорить о строго «изолированных» пунктах не приходится, поскольку такой больной пункт самым существенным образом отражается на всей психике ребенка.

Невротическая природа заикания прекрасно подтверждается и тем, что оно развивается при определенных условных связях. Так, давно подмечено, что речь заикающегося в некоторых других условиях может неожиданно оказаться совершенно нормальной, например, при пении, при речи шепотом или в том случае, если заикающийся громко говорит, находясь в одиночестве. Известны случаи, когда заикающийся актер гладко говорит на сцене. Интересно, что звук собственного голоса может также служить одним из условий заикания и выключение слышания собственного голоса сразу может снижать заикание (Е. З. Неймарк, 1955). Замечательно, что в известных условиях, наоборот, заикание может резко усиливаться. Устные ответы преподавателю в школе являются этому наиболее известным примером.

При таком понимании природы заикания становится понятным, почему оно с возрастом большей частью или проходит совсем, или значительно снижается: и активное торможение, и подвижность нервных процессов постепенно созревают, и требования, которые работа речевого аппарата предъявляет к центральной нервной системе, начинают более легко выполняться.

Интересно, что понимание заикания как невроза объясняет и значение целого ряда других неблагоприятных факторов, способствующих развитию этого синдрома, подобно тому, как мы это видели выше, при описании этиологии неврозов. Так точно и здесь понятно, почему особенно легко срываются на становлении речи дети, страдающие общей нервностью, или чем-то ослабленные, или обладающие какими-либо мелкими невроло-

гическими дефектами органического порядка, свидетельствующими о ранее перенесенном органическом дефекте. Таковы, например, иногда обнаруживаемые у заикающихся детей общая двигательная неловкость, или асимметрия лицевой мускулатуры, или отклонение высунутого языка, или неравномерность сухожильных рефлексов, или признаки на рентгенограмме черепа когда-то перенесенного повышения внутричерепного давления (В. С. Кочергина, 1958) и т. п.

Течение заикания, как правило, регрессирующее, и с возрастом оно или исчезает, или значительно уменьшается. В ряде случаев, однако, заикание остается на всю жизнь.

Диагностика заикания не трудна. Иногда смешивают заикание с патологически ускоренной, торопливой речью, так называемой «тахилалией», которая, однако, отличается от заикания отсутствием настоящих судорожных задержек речи, а также отсутствием страха речи. Имеются, впрочем, указания на то, что из тахилалии может развиваться и настоящее заикание (Н. П. Тяпугин).

Истерическое заикание явно отличается по своей театральной выразительности и по своему появлению в виде отдельных психогенно обусловленных эпизодов.

Сложнее может быть диагностика заикания от нарушений речи органического характера, наблюдающихся при относительно легких поражениях речевой зоны, например в качестве остатков после регрессировавшей афазии или в качестве первоначальных симптомов при нарастающих процессах в этой области. Речь в этих случаях нередко может быть затрудненной, медленной, с обильными повторениями отдельных слов или звуков, однако всегда без типичных для заикания интермиттирующих спазмов речевой мускулатуры, без исчезновения заикания в определенных условиях и без присоединяющегося страха речи. Аналогичны расстройства речи, иногда остающиеся после перенесенной воздушной контузии.

Лечение заикания — сложный и совершенно особый раздел, в отношении всех деталей которого необходимо отослать к специальным монографиям (Н. П. Тяпугин<sup>1</sup> и др.). В Советском Союзе созданы наиболее благопри-

---

<sup>1</sup> Н. П. Тяпугин. Заикание. Изд. 3, 1960.

ятные условия для этого лечения, так как при районных детских поликлиниках организованы специальные логопедические пункты, в которых работают специалисты-логопеды и врачи-неврологи. Занятия проводятся коллективно. Вначале (Е. Ф. Рау, 1959) проводятся упражнения в виде отраженной (повторение) и совместной с коллективом речи, проводящейся в ритмичном и замедленном темпе; затем тренируется речь в том же темпе в определенных заданиях и в ответах на вопросы; наконец, переходят на тренировку речи в условиях обычного разговора. Таким путем воспитываются новые условнорефлекторные связи в области рече-двигательного анализатора. У детей более старшего возраста до начала упражнений рекомендуется проводить около недели «режим молчания», с целью разорвать стереотип речевого нарушения. Рекомендовалось также до начала лечения упражнениями проводить кратковременную терапию удлиненным сном. Групповые амбулаторные занятия длятся около 3 месяцев и иногда требуют повторных курсов. Вся работа лечения заикания, особенно у детей более старшего возраста, должна идти всегда рядом с психотерапевтическим перевоспитанием личности больного. Всегда очень важно привлечение к этой работе родителей больного и, — в случае наличия неблагоприятных условий в семье больного, — нормализация этих условий.

И. Я. Деражне предложено применение при лечении заикания у лиц более старшего возраста наушников с сильным шумом, заглушающим собственный голос больного (так называемый «корректофон»), причем в этих условиях заикание делается значительно менее выраженным. В раннем детском возрасте такое лечение неприменимо.

Значительную помощь при лечении детского заикания оказывают и разнообразные другие способы оздоровления нервной системы: лечебная физкультура, занятия гимнастикой и спортом, кальций- и фосфор-ионофорез по Щербaku, общее ультрафиолетовое облучение, водолечебные процедуры, витамины, бромиды. Н. П. Тяпугин очень советует при лечении заикания длительное время принимать глюконат кальция.

Очень важно в детстве, при первом появлении признаков заикания, стремиться к тому, чтобы у ребенка



не развилось тяжелой реакции на возникшее у него нарушение речи. Необходимо создание очень спокойной обстановки, чтобы ребенок слышал только спокойную, правильную речь. При развивающемся стойком заикании важно своевременно начать правильное логопедическое лечение.

Мы привели выше лишь очень сжато основные особенности, имеющие важное значение при изучении проблемы неврозов детского возраста. Следует указать, что вся эта проблема далеко еще не изучена в настоящее время с достаточной полнотой. Между тем, она является исключительно важной и заслуживает самого пристального дальнейшего изучения.

Профилактика неврозов в значительной степени должна быть отнесена к детству.

### ***ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ДИСКИНЕЗИИ НЕВРОТИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ. ПИСЧИЙ СПАЗМ***

При ряде профессий могут возникать различные местные нарушения, связанные с особенностями данной работы или с переутомлением соответствующей конечности. Таковы разнообразные миалгии, миозиты и невриты, часто связанные с работой в различных температурных условиях. Так, описывались спазмы паровозных машинистов и др. Все такие процессы могут приводить к нарушениям моторики, т. е. к дискинезиям, однако они принципиально отличаются от профессиональных дискинезий невротической природы. Последние характеризуются тем, что нарушают только строго ограниченный вид деятельности, только данную профессиональную работу, в то время как все остальные движения, в которых участвуют те же мышцы, оказываются почему-то полностью сохраненными. Эти расстройства и получили название координаторных, или профессиональных неврозов, или профессиональных дискинезий. О природе их шли долгое время споры и их невротическое происхождение выявилось лишь в последнее время. К числу наиболее распространенных профессиональных дискинезий относится так называемый писчий спазм.

Писчий спазм, или судорога писцов, известный также под названием мोगиграфии (mोगigraphy), начал изуча-

ться с первой половины XIX столетия. Его будто бы не было или почти не было, пока писали мягкими гусиными перьями, а распространился он вместе с изобретением более твердых стальных перьев, сделавших возможным более скорое письмо. Интересно, что сразу же, когда начали изучать это своеобразное расстройство, возникли большие разногласия в отношении его трактовки. Так, Дюшен де Булонь (Duchenne de Boulogne) уже указал, что писчий спазм часто связывается с психогенными факторами, но он же подчеркивал и частоту нередкого при этом синдрома неврита срединного нерва; таким образом, сразу же возникала определенная неясность в понимании этого синдрома. Из последующих неврологов одни стояли за органическую, другие — за функциональную природу писчего спазма. Так, Дежерин (1954) считал все заболевание неврозом, а Бабинский — проявлением органического заболевания стриарной локализации. Дело еще осложнилось, когда Барре (1952), списывавший при писчем спазме большое число всевозможных местных органических изменений (парезы, нарушения чувствительности и рефлексов и т. п.), отнес все эти расстройства к первичным изменениям шейного позвоночника, часто определяемым у этих больных при рентгенографии. Интересно, что в зарубежной неврологической литературе такие разногласия и противоречия встречаются до последнего времени, и Шарлен (Gharlin), посвятивший в 1954 г. подробную работу этому вопросу, в конце концов пришел к выводу, что мы в этом отношении стоим перед все еще не разрешенной проблемой. Конечно, делались попытки и писчий спазм трактовать с точки зрения подсознательности и фрейдизма (писчий спазм — признак отращения к своей профессии и т. п.), причем из таких попыток, конечно, ничего не вышло.

Как мы увидим ниже, только физиологическое учение И. П. Павлова помогло поставить проблему писчего спазма на правильную научную почву.

Этиология писчего спазма. Писчим спазмом болеют как мужчины, так и женщины, причем необходимым условием для возникновения этого расстройства является достаточно длительная и напряженная письменная работа. В связи с этим стоит и относительно высокий возраст этих больных, — заболевают писчим спазмом большей частью не раньше 4-го десятилетия. Дети

писчим спазмом не болеют. Часто больные указывают, что им по роду их профессии приходилось писать много, причем иногда в неудобной обстановке и постоянно торопясь.

В происхождении синдрома определенную роль играют и факторы общеневротического значения. Так, имеются указания на то, что люди, заболевающие писчим спазмом, уже раньше обнаруживали различные невротические черты. Нередко нарушение письма впервые появляется в период каких-нибудь жизненных осложнений и конфликтов. Больные хуже пишут, когда они чем-нибудь взволнованы, например когда кто-нибудь в это время на них смотрит. Особенно плохо приходится бухгалтерам или кассирам, которые должны стараться, чтобы была точно воспроизведена их обычная подпись, а это еще усиливает их спазм.

Между прочим, следует указать, что в литературе вопроса встречается указание на роль врожденной леворукости в происхождении писчего спазма: это будто бы переучившиеся левши, для которых письмо правой рукой, естественно, представляет определенные затруднения. Такая гипотеза, хотя на первый взгляд очень правдоподобная, в дальнейшем, однако, не подтвердилась.

Несомненная роль невротического момента в происхождении писчего спазма стояла, однако, в кажущемся противоречии с обилием самой разнообразной микроорганизмики, которая, как правило, часто обнаруживается у этих больных. Такие органические симптомы могут быть сведены к следующим двум: или это различные местные процессы в большой руке и в надплечье, или это какие-нибудь органические заболевания центральной нервной системы.

К органическим процессам первого рода относятся нередкие при писчем спазме невриты срединного, локтевого и лучевого нервов, радикулиты, миозиты, синовиты, периоститы, последствия травм шейно-плечевой области, а также спондилартроз 5-го и 6-го шейных позвонков. Шарлен находил изменения отдела шейного позвоночника в 40% случаев писчего спазма.

Не менее разнообразны и признаки органического заболевания центральной нервной системы, нередко определяемые у больных писчим спазмом. Это или легкие признаки уже ранее имевшего место какого-то органи-

ческого дефекта (остатки ранее перенесенного гемипараза, наличие эссенциального дрожания, последствия перенесенного эпидемического энцефалита и т. д.), или, наоборот, признаки медленно подкрадывающегося органического процесса, в отношении которого синдром писчего спазма является лишь начальным проявлением. Так, самый настоящий писчий спазм может в ряде случаев при дальнейшем развитии превращаться, например, в торсионную дистонию, или в гепато-лентикулярную дегенерацию, или в дрожательный паралич, или даже в боковой амиотрофический склероз.

Такое обилие самых разнообразных этиологических моментов всегда смущало неврологов, так как оно стоит в кажущемся противоречии с стандартностью и однообразием основного синдрома.

Клиника писчего спазма сводится к неправильному распределению тонуса мышц, участвующих в акте письма. Писчий спазм есть, таким образом, своеобразная дистония акта письма.

Обычно делят писчий спазм на 4 различных вида: на «судорожную» форму, при которой во время письма появляется тоническая судорога определенных мышц; на «болевою» форму, при которой ведущим симптомом является боль, появляющаяся во время письма; на «дрожательную» форму, когда при попытках писать в руке появляется мелкий гиперкинез; на «паралитическую» форму, при которой во время письма наступает ослабление определенных мышц, и перо выпадает из руки. Однако такое деление оказалось искусственным и все перечисленные компоненты часто комбинируются. Предлагалось и более простое деление на дрожательную и гипертоническую формы. Комбинации всех этих компонентов могут быть очень разнообразны, но у каждого данного больного всегда воспроизводится один и тот же свойственный ему тип расстройства.

Чаще всего на первый план выступает тоническое напряжение мышц, приводящее к тому, что рука, начинающая писать, быстро принимает какое-то новое неестественное положение, делающее дальнейшее письмо невозможным. Часто появляется сильное напряжение сгибателей пальцев, фиксирующих ручку или напряжение пронаторов. Возможны и иные судорожные установки (рис. 2 и 3).

Судорожное и часто болезненное напряжение мышц нередко распространяется к корню конечности, к шее и к лопатке. Письмо становится невозможным.

Замечательно, что если больной с такого рода синдромом начинает писать каким-нибудь другим способом, используя для акта письма другие мышечные группы, например пишет мелом на доске с поднятой кверху рукой, письмо становится совершенно свободным. Иногда для этого достаточны даже более мелкие изменения



Рис. 2. При попытке писать возникает тоническое разгибание II и III пальцев, и больной вынужден держать перо I, IV и V пальцами.

обычного стереотипа, например письмо очень толстым мягким карандашом или какой-нибудь особенно устроенной ручкой.

Нередким патогенетическим механизмом в происхождении спазма является срыв согласованности двух основных моторных компонентов, из которых складывается акт письма: сгибательных — разгибательных движений I—III пальцев и наружной ротации плеча, с помощью которой пишущая рука ведет строку вправо. Бургиньон (Bourguignon) указывал в связи с этим на частоту увеличенной хронаксии в над- и подостных мышцах плеча, являющихся его главными наружными ротаторами. Он же предложил и своеобразный прием,

сразу делающий у этих больных возможным нормальное письмо: для этого больной должен писать буквы на одном месте, а специальный аппарат медленно передвигает бумагу влево — момент наружной ротации плеча, таким образом, выключается из сложного механизма письма. Подмечено, однако, что этот прием оказывается действенным не во всех случаях.



Рис. 3. При попытке писать судорожно сокращаются сгибатели кисти, и дистальный отдел предплечья поднимается кверху.

Интересно, что сами больные постоянно изобретают различные способы, с помощью которых им удастся избавиться от своего писчего спазма или хотя бы несколько ослабить его. Очень часто они для этого пишут с поднятым на весу локтем (рис. 4) — поза, при которой передвижение строчки вправо осуществляется уже не за счет наружной ротации плеча, а за счет его абдукции и разгибания предплечья. Иногда больные используют левую руку, толкая ею во время письма правую руку вправо, или даже используют мускулатуру туловища, прижимая локоть правой руки к туловищу и медленно, во время письма, наклоняя корпус вправо и тем самым передвигая строчку в нужном направлении. Применяют

и иные вспомогательные приемы, например пишут ручкой, зажатой в кулак (рис. 5), или вставляют ее не между I, II и III, а между I, III и IV или даже I, IV и V пальцами.

Как указано выше, все остальные движения совершаются большой рукой безукоризненно, и страдающие писчим спазмом свободно бреются, печатают на пишущей машинке, играют на рояле и т. п. Точно так же все заданные элементарные движения рукой совершаются



Рис. 4. С поднятым кверху локтем больная в состоянии писать сравнительно свободно.

правильно. Если патологическое распределение тонуса мышц встречается и в каких-то других условиях, это всегда служит указанием на то, что имеет место не чистый невротический писчий спазм, а синдром писчего спазма, развивающийся на фоне какого-нибудь органического заболевания центральной нервной системы, чаще всего на фоне торсионной дистонии.

Существуют, однако, указания на то, что и при чистом, невротическом писчем спазме нарушения моторики могут иногда наблюдаться и вне условий обычного письма. Так, не раз было отмечено (Б. Е. Серебряник, 1929), что эти больные испытывают затруднение, если им приходится I, II и III пальцами взять не ручку от

пера при письме, а взять, например, ложечку, которой они хотят помешать в стакане, или безопасную бритву, или иглу, или если им приходится завязывать шнурок и т. п. При этом такого рода распространение судороги происходит большей частью лишь через длительное время после того, как сформировался вначале вполне изолированный писчий спазм. Такую генерализацию спазма на несколько сходные двигательные акты прихо-



Рис. 5. Больной, страдающий писчим спазмом, может писать, лишь зажав перо в кулак в неестественной позе.

дится наблюдать нередко, но здесь мы встречаемся с вопросом окончательно еще не разрешенным: означает ли это, что писчий спазм в таких случаях был лишь первым проявлением торсионной дистонии или (что представляется нам более вероятным) это следует рассматривать как своеобразную генерализацию невротического синдрома, при которой нарушение сложных мышечных синергий остается локальным, т. е. касается только тех сочетаний, когда I, II и III пальцы берут какой-нибудь предмет, и, таким образом, весь синдром не выходит за пределы изолированного сорванного пункта



в двигательном анализаторе? Пока еще не хватает достаточно точных, проверенных наблюдений для разрешения этого вопроса.

Приходится пока воздерживаться и от окончательной оценки другого симптома, встречающегося иногда при писчем спазме и носящего название «симптома перемещения». Это явление было описано Барре. Именно он подметил, что если попросить страдающего писчим спазмом положить обе руки перед собою на стол, закрыть глаза и постараться полностью расслабить мускулатуру, то пальцы правой руки начнут медленно перемещаться в каком-либо направлении. Этот симптом, действительно, приходится наблюдать у некоторых больных. Один из наших больных, обнаруживавший такой симптом перемещения, говорил, что он в этих условиях чувствует своеобразную «потребность» сделать это движение.

При объективном исследовании больных, страдавших чистым невротическим писчим спазмом, мы со стороны центральной нервной системы не находим никаких изменений и только на периферии нередко определяем перечисленные выше признаки местной патологии. Исследование высшей нервной деятельности часто обнаруживает у них ряд невротических нарушений. Так, В. М. Габашвили (1956), исследовавший у ряда этих больных условные рефлексы по методике А. Г. Иванова-Смоленского, мог обнаружить у них снижение силы раздражительного и тормозного процессов и нарушения подвижности нервных процессов, причем особенно затруднена была переделка положительных условных рефлексов в тормозные, — очевидно, раздражительный процесс у этих больных был особенно инертным.

Патология физиология писчего спазма сводится, таким образом, к истинному неврозу. Самый акт письма включает в себе очень сложные требования к нервным процессам: с исключительной точностью и быстротой должны чередоваться движения и их остановки, что, конечно, возможно лишь при достаточно высокой подвижности нервных процессов. Легко может наступить перенапряжение этого узкого динамического комплекса в двигательном анализаторе, тем более, что работа этого комплекса часто происходит в недостаточно благоприятных условиях. Кроме того, нельзя не учесть, что в про-

цессе естественного отбора и эволюции вначале рука использовалась человеком не для письма, а для трудовых работ совершенно другого типа! Как бы то ни было, здесь явно может происходить образование стойких изолированных срывов, нервная деятельность в пределах сорванного комплекса становится хаотичной, и здесь легко образуются различные фазовые состояния, в частности ослабевает тормозной процесс, а раздражительный процесс легко становится инертным, приводя к появлению длительных ненужных спазмов. Механизм, как мы видели, несколько похож на патофизиологический механизм заикания. То и другое нарушение сводится к образованию больных пунктов, вследствие их перенапряжения в различных отделах двигательного анализатора. При таком понимании писчего спазма становится понятным, почему он так часто развивается на фоне общего невроза, почему развитию его способствует наличие самых разнообразных форм болезненной центростремительной импульсации, как известно, значительно способствующей образованию невротических корковых срывов, а также почему иногда с клинической картины писчего спазма начинается какое-нибудь другое, медленно прогрессирующее органическое заболевание центральной нервной системы, или почему иногда писчий спазм развивается на фоне когда-то ранее перенесенного органического процесса. В том и другом случае, очевидно, имеет место ослабление нервных клеток, способствующее особенно легкому развитию на этой ослабленной почве различных невротических срывов. Особенно это касается, конечно, тех органических процессов, которые, подобно торсионной дистонии или гепато-лентиккулярной дегенерации, сами могут приводить к дистоническим установкам конечностей.

Течение писчего спазма, как правило, прогрессирующее. Больные вынуждены отказаться от профессионального письма. Многие переходят на диктовку или на пишущую машинку. Некоторые переучиваются писать левой рукой. Однако в этих случаях нередко по истечении какого-то времени и в левой руке начинает развиваться аналогичное расстройство.

Трудоспособность больных писчим спазмом в отношении всех профессий, не связанных с необходимо-

стью писать, остается полностью сохраненной. Прежней профессиональной они заниматься обычно не могут.

Дифференциальная диагностика неосложненного писчего спазма от писчего спазма, развивающегося на почве торсионной дистонии, может в отдельных случаях представлять немалые затруднения и требует всегда очень подробного изучения больного. Эти трудности привели к тому, что в литературе вопроса начало появляться воззрение (Монтейль — Monteil, 1952), согласно которому писчий спазм вообще нельзя рассматривать как особое заболевание — точка зрения, присоединиться к которой, как мы видели, было бы неправильно. От нарушений моторики при местных миозитах, артритах, невритах и радикулитах писчий спазм отличается нарушением совершенно избирательной функции, что не свойственно всем этим заболеваниям. В отдельных случаях грубое внешнее сходство с писчим спазмом может иметь истерическое нарушение письма, но оно далеко не столь одонообразно, явно связано с психогенией и сопровождается обилием других проявлений истерии (нарушения чувствительности, общие судороги и др.).

Лечение писчего спазма разработано последнее время настолько, что теперь его уже нельзя считать неизлечимым заболеванием, как это думали раньше.

В свое время было предложено много различных способов лечения, которые в ряде случаев могли вызывать некоторое улучшение, но не излечивали писчий спазм окончательно. Так, предлагались разного вида особые ручки для письма, которые фиксировались мышцами, не принимавшими участия в патологическом спазме. Рекомендовались также горячие ванны для руки, инфильтрации анестезирующими препаратами, даже перерезка отдельных сухожилий. Широко применялась и лекарственная терапия (скополамин, атропин, гиосциамин и др.), дававшая, однако, лишь временный эффект. Местный массаж, продольная гальванизация руки, продольная диатермия также давали в отдельных случаях некоторое улучшение.

В настоящее время рекомендуется комбинированное лечение, состоящее из стремления изжить срыв высшей нервной деятельности и восстановить уравновешенность ее процессов, в сочетании с заменой старого, испорченного стереотипа движений письма стереотипом новым.

Нормализация высшей нервной деятельности достигается сложной психотерапевтической работой врача против наличия элементов невроза в личности больного. Уместно все, что способствует поднятию у больных оптимизма, уверенности в своих силах и веры в выздоровление. Часто полезны бромиды и кофеин, водолечение, общая лечебная гимнастика. Указывается (О. И. Кондратенко, 1953; В. М. Габашвили, 1956; и др.) на большое положительное значение, которое может иметь в этих случаях лечение удлиненным сном.

Это лечение, занимающее обычно недлительные сроки (10—15 дней) и проводимое согласно принципам, изложенным выше, следует проводить перед тем, как начинаются специальные упражнения. В течение лечения удлиненным сном рекомендуется продолжать и общеукрепляющую и антиневротическую терапию (витамины С и В<sub>1</sub>, хвойные ванны и др.). В. М. Габашвили указывает, что в результате такого лечения у больных улучшается и их общее состояние. Так, они меньше жалуются на головные боли, их меньше начинают раздражать различные внешние впечатления и т. д., а при исследованиях высшей нервной деятельности выясняется, что у них легче вырабатываются условные связи, хотя затруднения в переделке значения условных раздражителей у части этих больных все же остаются.

Лечение одним только длительным сном, без последующих специальных упражнений, не достигает цели. После конца этого лечения необходимо перейти к систематическим упражнениям.

Перед началом этих упражнений больные должны в течение некоторого времени вообще не писать. Это содействует устранению испорченного стереотипа и тогда его легче заменить новым.

Создание нового стереотипа требует большой работы методиста по лечебной физкультуре. Тренируется расслабление мышечного тонуса, производство крупных движений и начертание крупных движений и крупных линий мягким карандашом, причем движения эти очень большого объема совершаются вначале проксимальными сегментами конечности. Постепенно переходят на начертание линий более мелких, букв, отдельных слов и целых фраз. Карандаш постепенно заменяют пером. Все это требует очень большого внимания со стороны ведущего

занятия. В. М. Габашвили удалось создать методику таких упражнений с написанием отдельных букв в определенном заданном ритме.

При таком лечении в ряде случаев писчего спазма удается получить довольно хорошие результаты, а некоторым больным удастся таким путем и вовсе освободиться от своего страдания. Правда, иногда при неблагоприятных условиях жизни и работы наблюдались в дальнейшем рецидивы писчего спазма, и больные должны были возвращаться для повторения лечения.

Профилактика писчего спазма сводится к профилактике обычных неврозов.

\* \*  
\*

Значительно реже, чем описанный выше писчий спазм, встречаются другие виды профессиональных дискинезий невротического происхождения. Сюда относятся, например, профессиональные судороги скрипачей и виолончелистов (спазмы большей частью в мышцах левой руки), пианистов, машинисток, парикмахеров, сапожников, портных, швей, заворачивательниц конфет, доярок (не смешивать с нередкими у них профессиональными невритами!), телефонисток. У играющих на медных духовых инструментах наблюдаются профессиональные судороги или пальцев левой руки, нажимающих на клапаны инструмента, или круговой мышцы губ, участвующей в формировании струн выдыхаемого воздуха. У часовщиков описана судорога круговой мышцы глаза, участвующей в фиксации лупы. Основные особенности всех этих дискинезий совпадают с тем, что было изложено выше в отношении писчего спазма. Техника оздоровительной гимнастики должна быть разработана индивидуально в каждом отдельном случае, исходя из тщательного изучения болезненного синдрома.

В учении о профессиональных дискинезиях остается, таким образом, еще много окончательно не разрешенных деталей. Общая же направленность этих работ заставляет считать, что профилактика и лечение этих болезней в результате правильного понимания их природы обещают дать еще много положительных результатов.

## ЛИТЕРАТУРА

- Абуладзе К. С. Сон и отрицательная индукция. Тр. физиол. лабор. И. П. Павлова, М., 1940, XV.
- Александрова Л. И. Основные исходные положения терапии и профилактики неврозов. В кн.: Вопросы патогенеза, клиники и лечения неврозов, М., 1958.
- Александрова Л. И. Клинико-физиологическая характеристика основных симптомов неврастения в различных фазах заболевания. В кн.: Вопросы патогенеза, клиники и лечения неврозов, М., 1958.
- Анохин П. К. Физиологические предпосылки к пониманию генеза невротических состояний. Невропатол. и психиатр., 1956, 7.
- Балицкий И. М. Лекции по психиатрии. СПб, 1858.
- Бам Л. А. Влияние валерианы на условнорефлекторную деятельность собак. Тр. физиол. лабор. им. И. П. Павлова, М., 1948, XIV.
- Бамдас Б. С. О применении диазила (амизила) при вяло текущей шизофрении и пограничных состояниях. Невропатол. и психиатр., 1960, 8.
- Белицкий Ю. Неврастения. СПб., 1906.
- Белоусова М. Г. О синдроме навязчивых состояний. Невропатол. и психиатр., 1954, 11.
- Бехтерев В. М. О навязчивых фобиях и их лечении. Русск. врач, 1915, 14.
- Бехтерев В. М. Истерия. В кн.: Частная патология и терапия, под ред. Г. Ф. Лауга и Д. Д. Плетнева, 1929, IV.
- Бирман Б. Н. Применение сонной терапии в клинике неврозов. Вестн. АМН СССР, 1946, 5.
- Бирман Б. Н. Роль гипнотического и сонного торможения в патогенезе и терапии невротических синдромов. Журн. высш. нерв. деят., 1951, 1.

- Благосклонная Я. В., Калинина Э. И. и Панина Г. К. О некоторых особенностях сосудистых реакций при неврастении. Клини. мед. (Москва), 1955, 1.
- Блумену Л. В. Истерия и ее патогенез. Л., 1926.
- Бобков Г. А. Опыт применения иглотерапии при некоторых заболеваниях нервной системы и внутренних органов. Тр. Орловской областной психоневрол. больницы, 1959.
- Богораз В. Г. Чукчи. Л., 1939.
- Борзунова А. С. О лечении невротических состояний, связанных с травмой черепа. В сб.: Травмы нервной системы, Уфа, 1942.
- Борзунова А. С. Вопросы врачебно-трудовой экспертизы при неврозах. Сб. тр. Ленингр. научн. о-ва невропатологов и психиатров, 1958, 3.
- Быков К. М. Некоторые материалы к учению о неврозах. В сб.: Неврозы, Петрозаводск, 1956.
- Быков К. М. и Курцини И. Т. Кортико-висцеральная патология. Л., 1960.
- Ветюков И. А. К вопросу об экспериментальных неврозах у собак. В сб.: Неврозы, Петрозаводск, 1956.
- Виш И. М. Опыт изучения вегетативных рефлексов у больных с реактивными состояниями в связи с лечением их психотерапией. В сб.: Неврозы, Петрозаводск, 1956.
- Габашвили В. М. К вопросу лечения писчего спазма. В кн.: Вопросы патогенеза, клиники и лечения неврозов. М., 1958.
- Гаккель Л. Б. Патофизиологический механизм и клиника синдрома навязчивости. Л., 1956.
- Гаккель Л. Б. Неврозы человека. В кн.: Руководство по неврологии, М., 1960, VI.
- Гаккель Л. Б. и Трофимов Н. М. Экспериментальные исследования взаимодействия сигнальных систем при неврозах. В сб.: Неврозы, Петрозаводск, 1956.
- Галузо Н. В. К характеристике функционального состояния зрительного анализатора и особенностей нарушения корковой нейродинамики у больных неврастениями. В кн.: Вопросы патогенеза, клиники и лечения неврозов. М., 1958.
- Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий. М., 1933.
- Георгиевский М. И. Особенности врачебно-трудовой экспертизы при неврозах. В кн.: Экспертиза трудоспособности при нервных и психических заболеваниях, под ред. Н. К. Боголепова. М., 1960.
- Гидон А. М. Поражение среднего уха при воздушной контузии. Тр. 2-го пленума госпитального совета. М., 1943.

- Гиляровский В. А. О роли вегетативных нарушений в генезе истерических расстройств у контуженных. Хирургия, 1942, 3—4.
- Гиляровский В. А. О лечении истерических расстройств речи и слуха у контуженных. Тр. 2-го пленума госпитального совета. М., 1943.
- Гиляровский В. А. О лечении больных с истерическими реакциями в системе эвакуогоспиталей. Госпит. дело, 1944, 9.
- Глазунов И. С. и Терещенко Н. Я. Некоторые данные об отдаленных последствиях лучевой болезни. Невропатол. и психиатр., 1960, 8.
- Гончарова Р. П. Трудоспособность и показания к трудоустройству при болях в сердце, симулирующих коронарную недостаточность. Врач. дело, 1960, 7.
- Горбов Ф. Д. К вопросу о «навязчивых» патологических рефlekсах и их лечении. Журн. высш. нерв. деят., 1955, 3.
- Горовой-Шалтан В. А. Неврозы. Реактивные неврозы. В кн.: Опыт советской медицины в Великой отечественной войне 1941—1945 гг., М., 1949, XXVI.
- Гуревич И. С. Сравнительная оценка различных методов лечения сурдомутизма. Тр. Укр. психо-неврол. ин-та. Киев, 1946, XVI.
- Давиденков С. Н. Истерия. В кн.: Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг. М., 1949, XXVI.
- Давиденков С. Н. Писчий спазм. В кн.: Клинические лекции по нервным болезням. Л., 1956, вып. 2.
- Давиденков С. Н. Профессиональные дискинезии. В кн.: Руководство по неврологии, М., 1960, VI.
- Давиденков С. Н., Яковлева М. К. и Доценко С. Н. К вопросу о лечении удлиненным сном навязчивых состояний. Невропатол. и психиатр., 1955, 12.
- Даркшевич Л. О. Мое понимание истерии. Русск. врач, 1915, 41.
- Доценко С. Н. О навязчивых состояниях при неврозах. Невропатол. и психиатр., 1956, 7.
- Жане П. [Janet]. Неврозы. Пер. с франц., М., 1911.
- Дюбуа Л. [Dubois]. Психоневрозы и их психическое лечение. Пер. с франц., СПб., 1912.
- Дриго Е. Ф. и Минакова Е. И. Некоторые особенности сосудистых реакций у больных неврастенней. В кн.: Вопросы патогенеза, клиники и лечения неврозов. М., 1958.
- Жирмунская Е. А., Макарова Л. Г. и Чухрова В. А. Электрическая активность мозга у больных, страдающих неврастенней. В кн.: Вопросы патогенеза, клиники и лечения неврозов. М., 1958,



- Зиновьев П. М. Навязчивые состояния. БМЭ, 1935, XX.
- Зиновьев Н. М. Затяжные неврозы, их диагностика и лечение. В сб.: Неврозы, Петрозаводск, 1956.
- Зурабашвили А. Д. Некоторые вопросы учения о ретикулярной формации в связи с теорией и практикой психиатрии. Невропатол. и психиатр., 1960, 5.
- Иванов-Смоленский А. Г. Основные проблемы патологической физиологии высшей нервной деятельности человека. М.—Л., 1933.
- Иванов-Смоленский А. Г. Очерки патофизиологии высшей нервной деятельности. М., 1952.
- Иогихес М. И. О происхождении и лечении детского энуреза. Сов. врач. газета, 1934, 12.
- Иоффе Ф. И. Глухонмота военного времени и ее лечение. Невропатол. и психиатр., 1943, 5.
- Истаманова Т. С. Функциональные расстройства внутренних органов при неврастении. М., 1958.
- Каннабих Ю. В. Проблемы неврозов. Тр. 1-го Укр. съезда невропатологов и психиатров, Киев, 1935.
- Карвасарский Б. Д. Головные боли при неврозах. Автореф. дисс., Л., 1960.
- Карлов В. А. Материалы к изучению лечебного действия бромидов и кофеина при неврастении. Тр. Орловской областной психоневрологической больницы, 1959.
- Кольцова М. М. О формировании высшей нервной деятельности ребенка. Л., 1958.
- Кондратенко О. И. Лечение больных психич. спазмом длительным прерывистым сном. Невропатол. и психиатр., 1953, 1.
- Кондратенко О. И. О лечении ночного недержания мочи. Невропатол. и психиатр., 1953, 4.
- Кочергина В. С. К вопросу развития взаимодействия сигнальных систем у здоровых детей от 3 до 8 лет. Журн. высш. нервн. деят., 1955, 3.
- Кочергина В. С. Некоторые клинические особенности заикающихся детей дошкольного возраста. Невропатол. и психиатр., 1958, 7.
- Крайц С. В. Нервно-психическая характеристика послеконтузионных состояний с расстройством речи и слуха. Тр. 2-го пленума госпитального совета. М., 1943.
- Красногорский Н. И. Высшая нервная деятельность ребенка. Л., 1958.
- Кремер А. В. Об изменениях состава периферической крови при неврастениях. Клин. мед. (Москва), 1954, 9.

- Кречмер Э. [Kretschmer]. Об истерии. Пер. с нем., М., 1928.
- Купалов П. С. Об иррадиации внутреннего торможения и переходе его в сон. В кн.: Современные вопросы общей патологии и медицины, М., 1950.
- Купалов П. С. Новые данные об экспериментальных неврозах у животных. В сб.: Неврозы, Петрозаводск, 1956.
- Купалов П. С. Экспериментальные неврозы. В кн.: Руководство по неврологии, М., 1960, VI.
- Леонхард К. Невротические состояния, связанные с прекращением трудовой деятельности. В кн.: Неврологические проблемы. М., 1960.
- Лещинский А. Л. и Погибко Н. И. Клиническая характеристика и лечение сурдомутизма при коммоциях и контузиях. Тр. Укр. психоневр. ин-та, 1942, XII.
- Лукомский И. И. Об одной форме истерических расстройств. В сб.: Неврозы. Петрозаводск, 1956.
- Мальков А. С. Ночное недержание мочи. М., 1958.
- Мильман Л. Я. Клиника и лечение импотенции. М., 1960.
- Минц Я. И. К вопросу о постконтузионной глухоте и немоте. Вестн. оторинолар., 1947, 1.
- Миттельштедт А. А., Бауман Л. К. и Макарова К. М. Углеводнофосфорный обмен у больных, страдающих неврозами с расстройством сна и двигательными нарушениями. В кн.: Вопросы патогенеза, клиники и терапии неврозов, М., 1958.
- Мэгун Г. Бодрствующий мозг. Пер. с англ., М., 1960.
- Мягер В. К. Клинико-экспериментальные исследования при так называемых сердечно-сосудистых неврозах. В сб.: Неврозы, Петрозаводск, 1956.
- Мясищев В. Н. Современные представления о неврозах. М., 1956.
- Неймарк Е. З. О лечении невроза заикания на основе физиологической трактовки его механизмов. Невропатол. и психиатр., 1955, 7.
- Озерецковский Д. С. Навязчивые состояния. М., 1950.
- Осипов В. П. Травматический психоневроз и психоневротравматизм. Военно-мед. сб. АН СССР, 1946, 3.
- Павлов И. П. Полное собрание сочинений. М., 1951, III—IV.
- Павловские среды. М., 1949.
- Павловские клинические среды. М., 1954—1957, I—III.
- Пеймер И. А., Умаров М. Б. и Хромов Н. А. Об электрофизиологических исследованиях при психастении и истерии. Невропатол. и психиатр., 1954, 11.
- Пеймер И. А. Электроэнцефалографическое исследование высшей нервной деятельности человека. Автореф. дисс., Л., 1960.

- Перельман Л. Б. О лечении постконтузионной глухонемы. Невропатол. и психиатр., 1942, 4.
- Перельман Л. Б. Реактивная постконтузионная глухонемота, ее распознавание и лечение. М., 1943.
- Петрова М. К. О роли функционально-ослабленной коры головного мозга в возникновении различных патологических процессов в организме. Л., 1946.
- Пивоварова Г. Н. и Симсон Т. П. Неврозы детского и подросткового возраста. В сб.: Неврозы, Петрозаводск, 1956.
- Пивоварова Г. Н. Данные катамнестического обследования больных с затяжными формами реактивных состояний. Невропатол. и психиатр., 1960, 7.
- Платонов К. И. К учению о значении сонного гипнотического торможения как терапевтического средства при лечении некоторых патологических состояний. Журн. высш. нервн. деят., 1952, 3.
- Платонов К. И. Слово, как физиологический и лечебный фактор. М., 1962.
- Плешкова Т. В. Следовые условные тормозы у больных истерическим неврозом. Журн. высш. нервн. деят., 1960, 4.
- Плотичер А. И. Клинические формы и лечение сурдомутизма военного времени. Тр. Укр. психоневрол. ин-та. Киев, 1945, XIV.
- Попов Е. А. Об эгеризации при истерическом сурдомутизме. Тр. Укр. психоневрол. ин-та, Киев, 1943, XII.
- Попов Е. А. Очерки психогений и неврозов военного времени. Тр. Укр. психоневрол. ин-та, Киев, 1945, XIV.
- Попов Е. А. Навязчивые состояния и психастения. Неврастения. В кн.: Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг. М., 1949, XXVI.
- Попов Е. А. О некоторых неясных и спорных сторонах в проблеме неврозов. Невропатол. и психиатр., 1954, 5.
- Попов Е. А. Некоторые патофизиологические основы характера психастеников. В сб.: Неврозы, Петрозаводск, 1956.
- Попов Е. А. и Невзорова Т. А. Опыт применения аминазина в психиатрической клинике. Невропатол. и психиатр., 1956, 7.
- Портнов А. А. и Федотов Д. Д. Неврозы, реактивные психозы и психопатии. М., 1957.
- Прохорова Э. С. О некоторых патофизиологических механизмах истерических параличей. Журн. высш. нервн. деят., 1954, 6.
- Прохорова Э. С. К характеристике нарушений взаимодействия сигнальных систем у больных с истерическими параличами и парезами. В сб.: Вопросы патогенеза, клинчки и лечения неврозов. М., 1958.

- Рау Е. Ф. Заикание детей дошкольного возраста. БМЭ, 1959, 10.
- Свядош А. М. О лечении упорных истерических реакций аноксемией. Невропатол. и психиатр., 1946, 6.
- Свядош А. М. Неврозы и их лечение. М., 1959.
- Серебрякова З. Н. К нейрохимии сосудистых реакций при навязчивых состояниях. Журн. высш. нервн. деят., 1954, 3.
- Серебряник Б. Е. К этиологии и патогенезу писчего спазма. Тр. Ин-та по изучению проф. болезней им. В. А. Обуха, М., 1929, 26.
- Сикорский И. А. О заикании. СПб., 1889.
- Симсон Т. П. Неврозы у детей, их происхождение и лечение. М., 1958.
- Скворцов К. А. Неврозоподобные состояния при заболеваниях внутренних органов. В сб.: Неврозы, Петрозаводск, 1956.
- Сливко И. М. Применение гексеналового наркоза при некоторых постконтузионных синдромах. Тр. Киевского психоневролог. ин-та, 1947, XI.
- Смирнова А. М. Послеконтузионные расстройства речи и их лечение. Тр. 2-го пленума госпитального совета, М., 1943.
- Смоляницкий А. Г. и Архангельский В. Г. Невроз навязчивых состояний у двух братьев. В сб.: Вопросы социальной и клинической психоневрологии. М., 1941, VI.
- Строкина Т. В. Экспериментальное исследование взаимодействия 1-й и 2-й сигнальной системы у детей-невротиков. Журн. высш. нервн. деят., 1951, 5.
- Суханов С. А. Истерический характер и истерические проявления. 1910.
- Танцюра М. Д. Опыт лечения больных с навязчивым неврозом методом активного возбуждения патологической инертности. Сов. мед., 1956, 12.
- Татаренко Н. П. Некоторые вопросы клиники и патофизиологии состояний навязчивости. В сб.: Неврозы, Петрозаводск, 1956.
- Телешевская М. Э. Истерические реакции военного времени. Тр. Укр. психоневрол. ин-та, Киев, 1946, XVI.
- Телешевская М. Э. Патофизиологический анализ наркопсихотерапии зафиксированных истерических реакций. В сб.: Неврозы, Петрозаводск, 1956.
- Темкин Я. С. Воздушная контузия уха. М., 1947.
- Типологические особенности высшей нервной деятельности человека. М., 1956—1959, I—II.
- Ткачев Р. А. К клинике и патофизиологии функциональных гиперкинезов. В сб.: Вопросы патогенеза, клиники и лечения неврозов, М., 1958.

- Топорков Н. Н. Об истерическом метеоризме. Каз. мед. журн., 1901, I, 381—389; 437—444.
- Тяпугин Н. П. Заикание. В кн.: Руководство по неврологии, М., 1960, VI.
- Тяпугин Н. П. Заикание. М., 1960.
- Умаров М. Б. Невроз навязчивых состояний и психастения. Л., 1956.
- Федоров В. К. О формах неврозов. Невропатол. и психиатр., 1960, 10.
- Федотов Д. Д. О первой русской диссертации по истерии. Невропатол. и психиатр., 1956, 11.
- Флоренская Ю. А. Клиника и терапия нарушений речи. М., 1949.
- Ходос Х. Г. Неврозы мирного и военного времени. Иркутск, 1947.
- Хорошко В. К. Учение о неврозах. М., 1943.
- Цукер М. Б. и Хван Л. М. Неврастения и неврозоподобные состояния с нарушением сна при изменении суточного ритма работы и их профилактика. В сб.: Вопросы патогенеза, клиники и лечения неврозов. М., 1958.
- Черначек И. Исследование патофизиологии истерических симптомов методом условных рефлексов. 1956, 11.
- Четвериков Н. С. К вопросу о клинических вегетативных синдромах. Невропатол. и психиатр., 1943, 1.
- Четвериков Н. С. Санаторно-курортное лечение нервнобольных. М., 1956.
- Чечельницкая Б. А. О взаимоотношении между псевдодиплопией и невротическим заиканием в картине речевых расстройств военного времени. Тр. Укр. психоневрол. ин-та, Киев, 1946, XVI.
- Членов Л. Г. и Румянцева-Русских М. В. Применение глютаминовой кислоты в неврологической клинике. Клин. мед. (Москва), 1960, 9.
- Шаргородский Л. Я. О фазности и обратном развитии некоторых посткоммюнионно-невротических нарушениях военного времени. Невропатол. и психиатр., 1947, 4.
- Шварцберг Я. А. Психогенная глухонмота и дисфония и их лечение. Бюлл. конф. Центр. ин-та психиатрии, Томск, 1942.
- Шпак В. М. Использование физиологических механизмов длительного сна в процессе лечения неврозов и некоторых психозов. Журн. высш. нервн. деят., 1953, 4.
- Шпильберг П. И. Электроэнцефалография в экспертизе глухоты у контуженных. Тр. 2-го пленума госпитального совета, М., 1943.

- Штернберг Л. Я. Первобытные религии в свете этнографии. Л., 1936.
- Штесс А. П. Enuresis nocturna. Владивосток, 1936.
- Яковлева Е. К. Патогенез и терапия невроза навязчивых состояний и психастении. Л., 1958.
- Babinski J. Démembrement de l'hystérie. Sem. méd. (Paris), 1909, XXIX, 3.
- Barré J. La crampe des écrivains, maladie organique, ses formes, ses causes. Rev. neurol., 1952, 86, 6.
- Boisseau J. Les signes objectifs de la douleur dans l'anesthésie hystérique et dans l'anesthésie simulée. Rev. neurol., 1937, 68, 1, 278—283.
- Charlin M. Reflexions cliniques, étiologiques et pathogeniques sur 58 observations de crampe des écrivains. Rev. neurol., 1954, 91, 5.
- Froment J. L'accident hystérique et la physiopathologie dite hystérique. Rev. neurol., 1937, 67, 2, 153—195.
- Lhermitte J. et Aman-Jean F. Hyperthermie et pithiatisme. Rev. neurol., 1937, 67, 2, 206—210.
- Nick J. La céphalée d'attention. Rev. neurol., 1959, 101, 1.
- Nontell R. Les dyskinésies professionnelles. Mschr. Psychiatr. Neurol., 1952, 2—3.
- Tinel M. J. Réalité de certaines anesthésies hystériques. Rev. neurol., 1937, 67, 4, 514—521.
- Tourette G., de. Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie. 1891
-

## СОДЕРЖАНИЕ

Общие сведения о неврозах. История вопроса. Экспериментальные неврозы . . . . .	3
Типы высшей нервной деятельности и классификация неврозов человека . . . . .	20
Этиология неврозов человека . . . . .	35
Неврастения . . . . .	68
Классификационные деления, симптоматика и течение	—
Навязчивые состояния . . . . .	94
Диагностика, терапия, трудоспособность и профилактика . . . . .	117
Истерия . . . . .	143
История вопроса, сущность и этиология истерии . . . . .	—
Симптоматология и течение . . . . .	165
Диагностика, терапия, трудоспособность и профилактика . . . . .	191
Психастения . . . . .	211
Особенности неврозов детского возраста. Ночной энурез. Заикание . . . . .	233
Профессиональные дискинезии невротической природы. Писчий спазм . . . . .	249
Литература . . . . .	262

*Давиденков Сергей Николаевич*

## **Неврозы**

Редактор *Б. С. Виленский*  
Техн. редактор *З. В. Лебедева*  
Корректор *А. Ф. Шепелева*

---

Сдано в набор 4/XI 1962 г. Подписано к печати 28/XII 1962 г. Формат  
бумаги 84×108<sup>1</sup>/<sub>32</sub>. Бум. л. 4,25. Печ. л. 8,5. Условных 13,94 л. Уч.-изд. л. 14,57.  
Тираж 15 000 экз. М-79515. Заказ 1973. ЛН-77.  
Цена 93 коп.

---

Ленинградское отделение Медгиза. Ленинград, Ф-2, ул. Рубинштейна, 18/5.

Ленинградский Совет народного хозяйства. Управление целлюлозно-бумажной  
и полиграфической промышленности. Типография № 1 «Печатный Двор»  
им. А. М. Горького. Ленинград, Гатчинская, 26.