

БСМ

БИБЛИОТЕКА
СРЕДНЕГО
МЕДРАБОТНИКА

Л.Г.ПЕРВОВ

**УХОД
ЗА БОЛЬНЫМИ
С
НЕВРОТИЧЕСКИМИ
СОСТОЯНИЯМИ**

МЕДИЦИНА · 1989

ББК 56.14
П26
УДК 616.891-083

Рецензент:

Б. А. Лебедев, д-р мед. наук, проф.,
зав. кафедрой психиатрии I ЛМИ им. акад. И. П. Павлова.

Первов Л. Г.

П26 Уход за больными с невротическими состоя-
ниями.— 2-е изд., перераб. и доп.— Л.: Медицина,
1989.— 208 с.— (Б-ка среднего медработника).—
ISBN 5-225-01583-2.

Во втором издании (первое вышло в 1983 г.) изложены сведения о специфическом уходе за больными с различными формами невротических состояний. Описаны основные формы невротических состояний, методы их лечения, в том числе психотерапевтические.

Для среднего медицинского персонала психоневрологических учреждений.

п $\frac{4108100000-140}{039(01)-89}$ 133—89

ББК 56.14

ISBN 5-225-01583-2

© Издательство «Медицина», Москва, 1983 г.

© Издательство «Медицина», Москва, 1989 г., с изменениями.

В большую группу невротических расстройств входят неврозы, невротические реакции, невротические развития и некоторые другие формы. Все они характеризуются нарушением функций, вызваны психогенным путем, т. е. воздействием более или менее тяжелых переживаний, ведущих к перенапряжению центральной нервной системы, что в ряде случаев приводит к ее ослаблению — астенизации, к разнообразным невротическим проявлениям различной выраженности (плохое самочувствие, утомляемость, раздражительность, опасения, страхи, расстройство вегетативных функций, нарушения сна и др.).

Все эти обстоятельства могут изменять жизненные интересы больного, вести к их сужению, эгоцентризму, снижению работоспособности, ухудшению настроения, ко все большим затруднениям в разрешении различных жизненных вопросов, нередко к отказу от достижения жизненно важных целей.

Невротические расстройства способны возникать на до того здоровой почве вследствие воздействия чрезмерно сильных эмоциональных потрясений или раздражителей менее сильных, но отличающихся значительной длительностью. Развитию этих болезненных состояний могут предшествовать и какие-либо астенизирующие влияния — соматические заболевания, нарушения режима, психоэмоциональные напряжения.

В ряде случаев определенное значение может иметь наследственность. Это или прямая передача какой-либо нозологической формы,

или передача лишь известной предрасположенности к заболеванию, например истерии, неврастении. Тем не менее во всех этих случаях решающую роль играют прежде всего факторы, связанные с неблагоприятным воздействием внешней среды. Роль последних факторов с достаточной достоверностью показана в исследованиях с применением близнецового метода.

Классификация невротических расстройств представлена в настоящее время в Международной классификации болезней, травм и причин смерти девятого пересмотра (1975 г.), адаптированной для использования ее в СССР. С нашей точки зрения, наиболее правильным представляется рассмотрение неврозов, основывающееся на концепциях И. П. Павлова о сигнальных системах. Это позволяет выделить три основных невроза — истерию, психастению и неврастению, а все остальные невротические состояния рассматривать в зависимости от их выраженности или как отдельные нозологические формы неврозов, или как синдромы, состояния, реакции.

Понятие «психогенно-функциональное» указывает на нарушение только функции, обусловленное психогенией, без наличия органических изменений. Однако могут быть различные варианты, при которых органическое нарушение вызывает функциональное, может иметь место сочетание органического и функционального, а также переход функционального в органическое. Отсюда необходимость дифференциальной диагностики таких внешне сходных клинических картин, как органические и функциональные параличи, парезы, нарушения слуха, зрения, изменение поведения и др.

При всем этом следует подчеркнуть относительность противопоставления функционального органическому. Так, Д. С. Саркисов, В. Б. Гельфанд и В. П. Туманов показывают, что функциональные и структурные изменения всегда являются сопряженными и даже ничтожнейшие функциональные сдвиги не происходят без того, чтобы не отразиться в соответствующих структурах.

Современные методы исследования — электронная микроскопия в комплексе с методами биохимическими, гистохимическими, с методом меченых атомов (радиоавтография) позволили наблюдать не только за изменениями надмолекулярных структур клетки, но одновременно следить и за уровнем биосинтеза в каждой из них. Оказалось, что даже тончайшие расстройства функции имеют соответствующую материальную основу и поэтому должны рассматриваться в качестве «структурно-функциональных». С помощью электронной

микроскопии было также показано, что центральная нервная система способна к регенерации своих структурных элементов.

Таким образом, и любая болезнь нервной системы, как, впрочем, и всех других систем, имеет свою структурную основу, т. е. нет болезней «чисто функциональных».

Диагностика невротических нарушений основывается на применении клинико-психопатологического метода с изучением биологических, неврологических, психологических и социальных особенностей больного.

Основным видом терапии является целенаправленное воздействие на психику больного — психотерапия, поскольку невротическое расстройство является прежде всего определенным изменением отношения больного к себе и к окружающему. В связи с этим основная роль принадлежит здесь так называемой рациональной психотерапии — терапии разубеждения и убеждений. Гипнотерапия, аутогенная тренировка, косвенная суггестия и некоторые другие методы лечения в данном случае имеют вспомогательное значение. Помимо этого, в целях лечения больных широко используются медикаментозная терапия, физиотерапия, музыкотерапия и др.

Чрезвычайно большое значение имеет профилактика невротических нарушений. В первую очередь это относится к выздоравливающим невротическим больным, к предупреждению у них возможных рецидивов. Не менее важным является широкое распространение среди населения знаний по психогигиене и профилактике в целях предотвращения нервно-психических расстройств. Наиболее важным фактором является здесь создание целевой жизненной установки — стремление к достижению жизненно необходимой цели. С этим связываются социально правильное поведение в целом, проблема самовоспитания.

Понимание неврозов и соответствующий уход за больными могут быть осуществлены только при наличии достаточных знаний в области прежде всего физиологии, невропатологии, психиатрии и психологии. Ввиду этого изложение указанных разделов в данном пособии подчинено прежде всего практически важным вопросам, возникающим в работе с невротическими больными.

По мере развития психоневрологии и возрастания значения входящей в нее группы неврозов увеличивается и роль среднего медицинского персонала, работающего в этой сложной области. Поэтому требуется постоянное совершенствование знаний, повышение его квалификации. Ввиду этого назрела необходимость в создании надлежащего пособия по

проблеме невротических нарушений, связанной с уходом за больными.

Прогресс учения о неврозах обуславливает возрастание его связей с рядом таких дисциплин, как физиология, биохимия, генетика, психология и др.; одновременно оно приобретает все большее значение в клинике терапии, хирургии, дерматологии и др. В связи с этим медперсоналу среднего звена любой профилизации, а тем более сотрудникам психоневрологических учреждений необходимо иметь достаточную ориентировку в данной области знаний.

Все больше отходит в прошлое взгляд на медсестру, а тем более на фельдшера, только как на исполнителей указаний врача. Клиническая практика требует от них все большей активности, инициативы: не бездумного выполнения медицинских назначений, а понимания их целесообразности, представления о физиологических и психологических изменениях, происходящих при этом у больного; ориентации в отношении необходимости получения новых знаний, возможности в ряде случаев принять самостоятельное решение. Знакомство с психотерапией обуславливает возможность целенаправленного использования некоторых ее приемов в повседневной практике ухода за больным.

Больной стационара большую часть времени находится в общении не с врачом, а со средним медперсоналом; это обуславливает и значение психического воздействия последнего.

Больные неврозами, в отличие от соматических больных, как правило, не нуждаются в так называемом физическом уходе. Им требуется особый уход, определяемый их невротическим состоянием. Тяжелые переживания по поводу невозможности утрат, нерешенные конфликты, мучительное чувство вины, депрессия, состояние внутренней напряженности, готовность к аффективным разрядам и др. определяют не только необходимость понимания этих состояний, их причин, закономерностей развития, но и возможность положительного на них воздействия. Отсюда следует чрезвычайно большое значение наблюдения за больным, правильного представления о его психологии, о форме невротического расстройства, об особенностях контактов с ним, о путях воздействия на него, не упуская из виду контроля над его соматическим состоянием. Все эти положения входят в понятие ухода за невротическими больными, который и составляет главное звено в профессиональной деятельности среднего медработника в отделении неврозов.

Некоторые из изложенных в этой книге положений выходят за пределы практической деятельности среднего медработника. Знание их, однако, ему необходимо в целях более широкого представления об отдельных вопросах и, таким образом, возрастания возможности поднять на более высокий теоретический уровень и свою практическую работу, а это, в свою очередь, окажет положительное влияние на выполнение повседневных задач, связанных с лечением невротических больных и уходом за ними, особенно для медиков, работающих в условиях значительной самостоятельности.

Часть
первая
**ОБЩАЯ
ПСИХО-
НЕВРОЛОГИЯ**

Глава 1
**АНАТОМИЯ
И ФИЗИОЛОГИЯ
НЕРВНОЙ
СИСТЕМЫ**

Нервная система регулирует всю деятельность организма и обеспечивает связь его с окружающей средой. Нервная система состоит из нервных клеток и нервных волокон.

В нервной системе условно различают два больших отдела — анимальную, или соматическую, нервную систему, осуществляющую в основном связи организма с внешним миром, и вегетативную, или автономную, нервную систему, обеспечивающую регуляцию внутренней среды организма — обмен веществ, пищеварение, дыхание, кровообращение, деятельность желез внутренней секреции и др. Вегетативная нервная система подразделяется еще на симпатическую и парасимпатическую части.

Нервная система разделяется также на центральную (ЦНС), состоящую из головного и спинного мозга, и периферическую, представляющую собой нервы, отходящие от ЦНС и распространяющиеся по всему организму. При этом по афферентным (чувствительным) нервным волокнам импульсы возбуждения от любой ткани, любого органа передаются в центральную нервную систему, подвергаются здесь определенной переработке, и по эфферентным (двигательным и секреторным) нервным волокнам соответствующая импульсация поступает в исполнительный орган — в мышцу, сосуд, железу и т. п.

Основной деятельности нервной системы является рефлекс (отражение), т. е. ответ организма на раздражение.

На основе идей И. М. Сеченова И. П. Павлов создал свое знаме-

нитое учение — о высшей нервной деятельности человека и животных.

Согласно этой теории у животных и человека имеется относительно ограниченное число безусловных врожденных рефлексов, на основе которых может возникать безграничное количество условных рефлексов, т. е. реакций на условия, которые предшествуют безусловному рефлексу и сопровождают его.

Остановимся кратко на структуре и функции центральной нервной системы.

ЦЕНТРАЛЬНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА

Спинальный мозг представляет собой тяж длиной около 41—45 см, находящийся в позвоночном канале. Вверху он переходит в продолговатый мозг, а внизу на уровне II поясничного позвонка заканчивается мозговым конусом. В середине по длине расположен центральный канал. В спинном мозге проходят чувствительные пути к головному мозгу и двигательные пути от головного мозга. Спинальный мозг состоит из 31 сегмента. В каждый сегмент входят два задних корешка (чувствительные нервные волокна) и выходят два передних (двигательные). Соединяясь вне спинного мозга, они образуют смешанный нерв, идущий на периферию.

В боковых отделах спинного мозга и частично в мозговом стволе имеются клетки вегетативной нервной системы. Концентрируясь, они образуют центры, связанные со всеми внутренними органами. *Симпатическая часть* вегетативной нервной системы повышает обмен веществ, усиливает деятельность сердечной мышцы, повышает артериальное давление за счет сужения диаметра кровеносных сосудов, тонизирует скелетную мускулатуру, расширяет зрачок, действует тормозяще на перистальтику и секрецию желудочно-кишечного тракта. Передатчиком возбуждения (медиатором) здесь является норадреналин.

Парасимпатическая часть вегетативной нервной системы усиливает перистальтику и секреторную функцию желудочно-кишечного тракта, действует тормозяще на сердечную деятельность, расширяет кровеносные сосуды. Медиатором для парасимпатической нервной системы служит ацетилхолин. Согласованная деятельность симпатической и парасимпатической частей обуславливает состояние относительного равновесия внутренней среды организма — гомеостаз.

Продолговатый мозг, переходящий в задний мозг, является непосредственным продолжением спинного мозга. В продолговатом мозге находятся ядра IX, X, XI и XII черепных нервов и расположены такие жизнеобеспечивающие центры, как пищеварительный, дыхательный, сердечно-сосудистый; осуществляются рефлекторные акты глотания, сосания, кашля и др.

Задний мозг состоит из моста и мозжечка. В области моста расположены ядра черепных нервов V, VI, VII, VIII пар.

Мозжечок является регулятором движений. При его поражении нарушается координация движений и могут страиваться некоторые вегетативные функции.

Через задний мозг проходит полость IV желудочка, являющаяся продолжением центрального канала спинного мозга и переходящая в водопровод большого мозга. Дно IV желудочка образует ромбовидную ямку. В ней сосредоточены ядра черепных нервов V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII.

Средний мозг состоит из ножек мозга и четверохолмия. В области водопровода большого мозга заключены ядра III и IV пар черепных нервов. В среднем мозге имеются также два красных ядра, относящиеся к экстрапирамидной системе произвольных движений. Основная функция среднего мозга — регуляция мышечного тонуса.

Промежуточный мозг располагается спереди от среднего мозга, под мозолистым телом. Это целая область, включающая в себя з р и т е л ь н ы й б у г о р — т а л а м у с — и некоторые другие образования. В зрительный бугор поступают все чувствительные пути, где происходит переработка прежде всего в зависимости от специфичности или неспецифичности поступающих сигналов; затем эта импульсация направляется в кору головного мозга.

Таламус принимает участие в регуляции эмоционального поведения. При его поражении могут также возникнуть нарушения чувствительности и движений.

Вторым очень важным образованием является подбугорная область — гипоталамус, тесно связанный с гипофизом. Подбугорная область является высшим подкорковым регулятором всех вегетативных функций. Им обеспечиваются все виды обмена веществ — углеводный, жировой, водный, солевой. В нем расположены пищевой центр, центры тепловой регуляции. Он же имеет прямое отношение к эмоциям и мотивациям, ко сну и бодрствованию.

Подбугорная область имеет непосредственное воздействие на гипофиз. Последний продуцирует гормон роста, благо-

даря образованию антидиуретического гормона регулирует водно-солевой обмен, а также деятельность желез внутренней секреции — щитовидной, надпочечников и др. Все вышеописанные образования, начиная с продолговатого мозга, составляют мозговой ствол.

Конечный мозг состоит из двух полушарий. Полушария соединяются поперечно идущими нервными волокнами мозолистого тела.

Мозговые полушария образованы нейронами, составляющими поверхностный слой — кору, и нервными волокнами, соединяющими различные части полушарий и идущими к другим образованиям центральной нервной системы. В глубине полушарий расположены базальные ганглии — скопления нейронов, относящихся к экстрапирамидной системе, обеспечивающей автоматизацию движений (бледный шар и полосатое тело, образованное скорлупой и хвостатым ядром).

Между базальными ганглиями и таламусом проходят нервные волокна двигательного пирамидного пути и чувствительного тракта (внутренняя капсула). В конечном мозге имеются также полости — два боковых желудочка, соединяющиеся с III желудочком. В этих образованиях циркулирует спинномозговая жидкость с выходом в водопровод большого мозга и дальше в центральный канал спинного мозга. Поверхность полушарий имеет складчатое строение, что чрезвычайно увеличивает ее площадь. Различают лобные, теменные, височные и затылочные доли. Глубокая центральная (Роландова) борозда отделяет лобную долю от теменной, боковая борозда полушария ограничивает спереди височную долю. Впереди глубокой центральной борозды расположена передняя центральная извилина, а позади — задняя центральная извилина. Имеется также ряд других борозд и извилин.

Кора головного мозга, несмотря на свою незначительную толщину, порядка 4 мм, отличается большим разнообразием клеточного и волокнистого строения, связанного с определенными функциями.

Так, анализ и синтез зрительных раздражений происходит в затылочных долях (поля 18 и 19), слуховых — в височных долях (поля 21, 22); двигательный анализатор — в области впереди от центральной борозды (поле 6), позади него — кожный (поле 1) и т. д.

В кору же по чувствительным (афферентным) нервным волокнам передаются различные виды чувствительности: боль, температура, проприоцептивная чувствительность (мышечно-суставное чувство) и др.

Латеральный спиноталамический путь (боль и отчасти прикосновение, температура) идет от периферических рецепторов, переходит на противоположную сторону спинного мозга и в дальнейшем входит в область задней центральной извилины. Проприоцептивная чувствительность (мышечно-суставная чувствительность и отчасти тактильная) — этот путь от периферических рецепторов поднимается по спинному мозгу, переходит на противоположную сторону и достигает задней и отчасти передней центральных извилин (кожный и двигательный анализаторы). Импульсы от проприорецепторов по соответствующим путям передаются также в мозжечок.

От пирамидальных клеток Беца коры передней центральной извилины (поля 4 и 6) отходит двигательный пирамидный путь произвольных движений. Он проходит через внутренние капсулы; в продолговатом мозге почти целиком происходит перекрест его волокон, и дальше он идет в боковых столбах спинного мозга, отдавая волокна двигательным клеткам передних рогов, откуда 2-й нейрон направляется к мышцам.

Экстрапирамидная система, с помощью которой осуществляются произвольные движения, как уже указывалось, включает в себя базальные ганглии (бледный шар и полосатое тело), а также красные ядра, мозжечок, зрительный бугор и некоторые другие образования и также связана с корой головного мозга. В коре осуществляется сложная аналитико-синтетическая высшая нервная, психическая деятельность, которая также обеспечивается тесной связью с нижерасположенными образованиями ЦНС.

Ретикулярная формация. В стволе мозга от продолговатого мозга до коры головного мозга простирается клеточно-волоконистое образование — ретикулярная формация (РФ).

РФ активируется под влиянием прежде всего импульсации, направляющейся к органам чувств (зрения, слуха и др.), и оказывает, в свою очередь, активирующее воздействие на кору головного мозга и другие отделы центральной нервной системы.

Лимбическая система, или висцеральный мозг. Эту систему составляют поясная извилина (лимб), гиппокамп, задние отделы подбугорной области и некоторые другие образования. Лимбическая система связана с поддержанием гомеостаза, с возникновением эмоций и мотиваций и с функцией запоминания.

В. Гесс в 1927 г. впервые указал на возможность изменения у животных эмоционального состояния путем раздражения электрическим током некоторых подкорковых образований.

На протяжении последних лет подобные эксперименты проводятся с помощью электродов, вживленных в определенные участки мозга, причем раздражение можно осуществлять и по радио, что обуславливает достаточную свободу движений подопытного животного, его поведения в целом.

Эти исследования показали, что электрическая стимуляция некоторых мозговых структур может вызывать изменения эмоционального состояния животного в широком диапазоне. Вместе с тем животное, находящееся в состоянии искусственно вызванной агрессии, тем не менее в достаточной степени сообразуется с данной ситуацией в зависимости от своих индивидуальных особенностей, в частности от своего прошлого жизненного опыта.

Подавление агрессии, успокоение можно вызвать раздражением одного из базальных ганглиев — полосатого тела, а именно той его части, которая называется хвостатым ядром. В этих случаях, например, злобная обезьяна превращалась в миролюбивое животное, а врожденно агрессивный бык (торо), специально подготавливаемый для корриды (бой быков), внезапно останавливался в момент своей яростной атаки на человека.

С лечебно-диагностической целью проводились многочисленные исследования у больных людей, страдавших паркинсонизмом, эпилепсией, нарколепсией и некоторыми другими заболеваниями. В настоящее время метод стимуляции мозга посредством вживленных электродов применяется в лечебной практике. Такие больные обычно при достаточной сохранности интеллекта могут адекватно управлять своим поведением, несмотря на наличие испытываемых ими различных эмоциональных переживаний.

ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА

Черепные нервы. Из 12 пар черепных нервов три нерва являются чисто чувствительными (I — обонятельный, II — зрительный, VIII — преддверно-улитковый); 5 нервов — чисто двигательными (III — глазодвигательный, IV — блоковой, VI — отводящий, XI — добавочный, XII — подъязычный) и 4 — смешанными (V — тройничный, VII — лицевой, IX — языкоглоточный, X — блуждающий).

Вегетативные волокна содержат III, V, VII, IX и X пары черепных нервов.

Обонятельные нервы обеспечивают проведение импульсов от обонятельных рецепторов.

Зрительный нерв осуществляет проведение импульсов от рецепторов сетчатки.

Преддверно-улитковый делится на преддверную и улитковую части. Преддверная часть обеспечивает проведение импульсов, возникающих в рецепторах ушного лабиринта при изменениях положения головы. Улитковая часть осуществляет проведение импульсов, возникающих в спиральном органе в ответ на звуковое раздражение.

Двигательные и смешанные черепные нервы иннервируют следующие мышцы и другие части тела:

— глазодвигательный нерв — мышцы глазного яблока (кроме верхней косой и наружной прямой);

— блоковой нерв — верхнюю косую мышцу глазного яблока, поворачивающую его кнаружи и вниз;

— отводящий нерв — наружную прямую мышцу глазного яблока, отводящую его кнаружи;

— добавочный нерв — грудиноключично-сосцевидную и трапециевидную мышцы;

— подъязычный нерв — мышцы языка;

— тройничный нерв состоит из 3 ветвей: 1-я ветвь иннервирует кожу передней части головы и лба, верхнее веко, спинку носа, глазное яблоко; 2-я — кожу передневерхней височной области и щек, верхней губы, слизистую оболочку верхней челюсти, верхнечелюстную пазуху; 3-я — кожу в передненижней части височной области, нижнюю часть щеки, нижнюю губу и подбородок, слизистую оболочку нижней челюсти; двигательные волокна тройничного нерва — жевательные мышцы;

— лицевой нерв — мимические мышцы лица и часть мышц шеи;

— языкоглоточный нерв — мышцы глотки; вкусовые волокна иннервируют заднюю треть языка, слюноотделительные волокна — околоушную слюнную железу;

— блуждающий нерв — все внутренние органы с двигательными, парасимпатическими и секреторными волокнами; двигательные волокна идут к поперечнополосатой мускулатуре глотки и гортани.

Спинномозговые нервы. С одной стороны, нервные волокна одного сегмента спинного мозга могут входить в состав нескольких нервов, с другой — несколько сегментов могут направлять свои волокна в один нерв. Отсюда деление на сегментарную и периферическую иннервацию.

Для получения представления о примерном распределении корешковой иннервации В. В. Михеев, например, предлагает запомнить, что верхняя конечность иннервируется из

корешков с V шейного и I грудного сегментов. Иннервация нижней конечности осуществляется из корешков С₁ — поясничного и первых двух крестцовых сегментов.

Из III—V крестцовых корешков осуществляется иннервация промежности.

Спинномозговые нервы по выходе из межпозвоночных отверстий образуют (за исключением грудных нервов) сплетения (шейное, поясничное, крестцовое). Большой затылочный нерв иннервирует большую часть кожи затылочной области. Весьма важным является позвоночный нерв, тесно связанный с позвоночной артерией.

Нервы плечевого сплетения иннервируют значительную часть мышц верхней части спины и груди, а также верхней конечности.

КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Внутренние сонные артерии, достигнув основания головного мозга, делятся на две передние мозговые артерии, направляющиеся к лобным отделам и питающие передние внутренние области больших полушарий, и две средние мозговые артерии, имеющие особенно большое значение для кровоснабжения коры головного мозга и подкорковых структур. От подключичных артерий отходят две позвоночные артерии, которые дают ответвления для образования передней артерии спинного мозга, а затем, сливаясь вместе на основании мозга, образуют основную (базилярную) артерию. Эта артерия, в свою очередь, отдает две задние мозговые артерии для питания затылочных отделов мозга.

Спинной мозг васкуляризирован за счет позвоночной артерии, отдающей две спинномозговые артерии — переднюю и заднюю.

Спинномозговая жидкость (ликвор). Спинномозговая жидкость циркулирует в желудочках мозга, в субарахноидальном пространстве, в центральном канале спинного мозга. Она вырабатывается в основном сосудистыми сплетениями мозговых желудочков. Отток ликвора осуществляется через кровеносную систему.

В норме ликвор бесцветен и прозрачен. Относительная плотность 1,002—1,008. Число клеточных элементов — от 1 до 5 в 1 мл. Общее содержание белка 1,6—3 мг/л (0,16—0,3 %).

ЭЛЕКТРИЧЕСКИЕ ЯВЛЕНИЯ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ

Деятельность любых клеток организма связана с электрическими процессами, с возникновением потенциалов действия. Биоэлектрическая деятельность головного мозга состоит из суммации потенциалов действия его нейронов и характеризуется очень низким напряжением, порядка десятков и сотен микровольт. Установлены определенные компоненты биоэлектрических колебаний:

<i>Ритмы</i>	<i>Число колебаний в 1 с</i>
Альфа (α)	8 — 12
Бета (β)	13 — 25
Гамма (γ)	25 — 30 и выше
Дельта (δ)	1 — 3
Тета (θ)	4 — 7

Амплитуда в микровольтах для α -ритма — от 2 до 70, для β -ритма — от 10 до 30 и для δ и θ -ритмов — до 300 мкВ. α -ритм наиболее выражен в затылочных отделах. Быстрые и медленные колебания наблюдаются в переднетеменных отделах. У взрослого здорового и бодрствующего человека обычно преобладают два основных ритма — α и β . Биоэлектрическая активность изменяется в зависимости от функционального состояния головного мозга, наличия интеллектуальных и эмоциональных нагрузок, состояния покоя, сна без сновидений и со сновидениями и др., а также при ряде патологических процессов.

Глава 2

ВЫСШАЯ НЕРВНАЯ ИЛИ ПСИХИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Учение И. П. Павлова о высшей нервной деятельности является естественно-научным доказательством правильности положения философии диалектического материализма об отражательной природе сознания. И. П. Павлов разработал объективный метод исследования высших функций головного мозга животных и человека. Его рефлекторная теория основывается на принципах структурности, причинности и единства анализа и синтеза.

Метод условных рефлексов в сочетании с современными способами исследований: электрофизиологическим, биохимическим, психологическим и др. — дает возможность все

глубже проникать в сложную деятельность мозга и открывать его неизвестные до того закономерности в норме и патологии.

Применяя метод условных рефлексов к определению состояния высшей нервной деятельности животных, а затем и человека, оказалось возможным распределить их по четырем группам, или типам, что неожиданно совпало с четырьмя темпераментами, описанными еще Гиппократом. Это темпераменты — холерический, сангвинический, флегматический и меланхолический, а по И. П. Павлову — соответственно сильный безудержный, сильный уравновешенный подвижный, сильный инертный и слабый типы высшей нервной деятельности.

Эта схема дает представление о крайних типах высшей нервной деятельности, но И. П. Павлов считал, что существует еще большее число вариаций, порядка 96. Дальнейшие исследования подтвердили правильность этого предположения и даже позволили увеличить число вариаций.

При всем этом следует учитывать, что, как писал И. П. Павлов, наличная нервная деятельность представляет собой сплав из черт генотипа, т. е. особенностей, переданных по наследству, и из изменений, обусловленных воздействием внешней среды.

Основные особенности высшей нервной деятельности являются общими для человека и высших животных, утверждал И. П. Павлов, с учетом, конечно, отличия человека от животного как существа социального.

Но что же в физиологическом отношении отличает человека от животного?

Еще отец русской физиологии И. М. Сеченов развил положение, что все акты сознательной и бессознательной жизни по способу своего происхождения суть рефлексы. Но он пошел еще дальше, рассматривая различные уровни этой деятельности как деятельности отражательной, состоящей из более простых и более сложных компонентов — непосредственного и абстрактного мышления. Эти положения были развиты И. П. Павловым в его концепции о двух сигнальных системах.

Первая сигнальная система — это вышеописанная условно-рефлекторная деятельность. Это система непосредственных сигналов действительности, система конкретного, образного, предметного мышления, в принципе сходная у нас с животными. Вторая сигнальная система относится только к человеку. Это система вторых сигналов в виде слов, образовавшаяся на основе первых сигналов, могущая заменять первую сигнальную систему и обуславливать обобщение и отвлечение. Рече-

вые сигналы «представляют собой отвлечение от действительности и допускают обобщение, что и составляет наше специально человеческое, высшее мышление, создающее сперва общечеловеческий эмпиризм, а, наконец, и науку — орудие высшей ориентировки человека в окружающем мире и в себе самом», — писал И. П. Павлов.

И. П. Павловым была еще разработана концепция о специально человеческих типах в зависимости от выраженности и соотношения двух сигнальных систем отражения действительности: художественном, мыслительном и среднем типах высшей нервной деятельности, сочетающихся в различных вариациях с общими типами высшей нервной деятельности.

Художественный тип характеризуется относительным преобладанием первой сигнальной системы над второй, что определяет у него значительное воздействие первых сигналов действительности — непосредственных впечатлений. Отсюда конкретность, образность мышления, яркость представлений, воспоминаний, выраженная целостность восприятия, склонность к живым образным фантазиям, повышенная эмоциональность.

Мыслительный тип отличается относительным преобладанием второй сигнальной системы над первой. Вследствие этого у него отмечается выраженная склонность к обобщениям, отвлечениям от действительности, к анализу происходящих событий. Непосредственные впечатления выражены слабо. Рассудочная деятельность преобладает над чувствами.

У среднего человеческого типа обе сигнальные системы относительно уравновешены, что обуславливает его достаточную способность к образному конкретному мышлению и к мышлению отвлеченному, абстрактному.

Как же локализируются высшие психические функции в коре головного мозга? Это проблема чрезвычайной важности и теоретически, и особенно практически, тем более, что высшие психические функции представляют собой очень сложную систему морфологических и функциональных компонентов.

В 1861 г. французский хирург Брока у больных, страдающих моторной афазией (невозможность осуществления собственной речи при понимании чужой речи), обнаружил значительные органические изменения в области заднего отдела нижней лобной извилины. Этот отдел был назван двигательным центром речи Брока.

В 1873 г. немецкий психиатр Вернике описал слуховой центр речи, при поражении которого возникает сенсорная афазия — расстройство или полное непонимание чужой речи при сохранившейся способности говорить. Центр Вернике находится в задней трети верхней височной извилины. Были обнаружены и другие области.

связанные с чтением, счетом и т. п. Все эти функции локализованы обычно в левом полушарии, доминирующем, господствующем над правым у праворуких (у леворуких обратные соотношения), и входят в организацию второй сигнальной системы.

Лобные доли особенно выражены у человека и имеют обширные двусторонние связи с подкорковыми и корковыми структурами. Удаление лобных долей, проведенное у собак в павловских лабораториях, показало, что у этих животных нарушаются более сложные формы условнорефлекторной деятельности, а более простые сохраняются. У людей с поражением лобных долей нарушаются целенаправленное действие, понимание ситуации с выделением главного фактора. Л. А. Кукуев, А. Р. Лурия, Э. Ш. Айрапетьянц, А. С. Батуев и др. считают, что лобные доли получают и окончательно обрабатывают информацию со всех анализаторов, в том числе и воспринимающих раздражения из внутренней среды организма. Таким образом, лобные доли осуществляют функцию программирования сложных форм поведения.

Методом условных рефлексов и некоторыми другими способами было показано, что корковый анализатор состоит из первичного воспринимающего поля, дающего относительно элементарные представления, и вторичного поля, которое синтезирует сложноформленные образы. Так, в процессе хирургического лечения У. Пенфилд и Х. Джаспер (1959) показали, что раздражение поля 17 зрительной коры (затылочной доли), соответствующего точной проекции сетчатки глаза и являющегося первичным зрительным полем, вызывает элементарные, простейшие световые явления — светящиеся линии, зигзаги, точки, вспышки и т. п. Раздражение же связанных с ним вторичных зрительных полей (18 и 19) обуславливает появление уже сложных зрительных образов — человеческие лица, растения и т. п. Аналогично этому реагируют и другие анализаторы, производя более сложные феномены в своих вторичных полях. Помимо этого, анализаторы в отдельных местах перекрывают друг друга, что и объединяет их в их деятельности (третичные поля).

Все эти факты подтверждают созданную И. П. Павловым концепцию о динамической локализации функций, которая утверждает, что каждый анализатор осуществляет определенную функцию, но в то же время связан с другими анализаторами, особенно в зонах перекрытия.

Таким образом, с позиций современной нейропсихологии психическая деятельность человека представляет собой сложную систему, состоящую из целого комплекса взаимосвязанных мозговых механизмов. В настоящее время выделяют три основных функциональных блока, участвующих в процессе осуществления психической деятельности: 1) блок регуляции тонуса, 2) блок информации и 3) блок программирования. В 1-м блоке основным компонентом является активирующая ретикулярная формация, о которой было упомянуто выше. Причинами, вызывающими ее активацию, являются обменные процессы, происходящие в организме, раздражения, приходящие из внешнего мира, и мышление человека в целом.

2-й блок — приема, переработки и хранения информации. Этот блок расположен в задних отделах коры головного мозга и охватывает затылочную, височную и теменную области.

3-й блок — программирования, регуляции и контроля сложных форм деятельности — располагается в лобных (префронтальных) отделах головного мозга впереди от передней центральной извилины и имеет двусторонние связи со стволом мозга и со всеми отделами мозговой коры. Лобную область можно считать третичным полем по отношению к другим областям коры, и она осуществляет общую регуляцию поведения человека. Это основные морфофункциональные образования головного мозга, и только их совместная работа обеспечивает нормальную психическую деятельность человека.

В настоящее время понятие рефлекса расширено представлением о рефлекторном кольце, поскольку при любом целенаправленном действии мозг не только осуществляет это действие, но и воспринимает его результат, т. е., по существу, контролирует правильность действия. Это явление названо также обратной связью или обратной афферентацией, а П. К. Анохин (1971) определил его как «акцептор действия».

Одним из последних достижений науки о мозге является возможность изучения каждого полушария отдельно. В результате многочисленных исследований считавшееся так долго «немым» правое полушарие «заговорило», а в левом полушарии были обнаружены неизвестные до того его новые особенности.

Самым основным в этой сложной области является то, что левое, ведущее (доминантное), полушарие обуславливает словесное логическое отвлеченное мышление, способность понимать самый смысл происходящих явлений, устанавливать их взаимосвязи, определять закономерности, планировать последовательность действий для достижения цели и осмыслять самую цель.

Правое полушарие характеризуется тенденцией к восприятию целостных конкретных образов, а также музыки, ее ритма. Отмечается при этом вообще преобладание реакций на непосредственные раздражители. Конструкция предложений отличается элементарностью. Эмоциональность повышена.

При сопоставлении мыслительного и художественного типов, описанных И. П. Павловым, с данными, полученными при изучении функций отдельных полушарий, отмечается удивительное совпадение характеристик левого доминирующего

шего полушария с мыслительным типом и правого субдоминантного полушария с художественным типом. Совместная деятельность обеих сигнальных систем соответствует гармоническому функционированию неразделенных полушарий целостного мозга.

Как уже указывалось, при понижении тонуса коры, например при невротических состояниях вследствие астенизации, в нервных клетках, и прежде всего в коре головного мозга, нарушаются силовые взаимоотношения нервных процессов; это все так называемые фазовые состояния. На этом фоне нередко развиваются «больные пункты» у человека — ошибочные болезненные представления, особенно его беспокоящие, чаще отражающие неблагоприятную жизненную ситуацию, воспринимаемую больным в чрезмерно преувеличенном виде, или представления о себе как о тяжелом соматическом больном.

Больные пункты, как и другие невротические явления, впервые были обнаружены в лабораториях И. П. Павлова у собак с вызванными экспериментально невротами. В зависимости от применявшихся раздражителей у животных возникали длительные нарушения в виде то навязчивых движений, то вегетативных расстройств, то страха и т. п. По И. П. Павлову, больные пункты представляют собой сложные функциональные системы нервных клеток (Н. Н. Трауготт, Л. Я. Балонов, А. Е. Личко).

И. П. Павлов совершенно определенно и неоднократно высказывался по поводу того, что высшая нервная деятельность — она же психическая и иных мнений здесь быть не может. Дополним это положение еще некоторыми соображениями: условный рефлекс — явление многостороннее; это прежде всего сигнальная деятельность, но это также деятельности биохимическая, электрическая, биофизическая, а у человека — еще психическая. Иначе, психическое — это **еще одно свойство**, еще одна особенность физиологического, обусловленная развитием, кроме непосредственных сигналов, сигналов речевых, и эта сигнализация резко отличается от первосигнальной, так же как первосигнальная отличается от безусловной, являясь функцией все той же нервной ткани. Каждая из этих деятельностей подчиняется общим для них законам и, помимо этого, своим собственным. Для психической деятельности это — законы социального развития, и занимается психической деятельностью во всем ее многообразии и на высоких уровнях прежде всего психология. При этом используются методы физиологического анализа, применяются исследования биохимические, социологические и др.

Заканчивая этот раздел, вернемся еще раз к концепции отражения. Сознание человека — это субъективное отражение объективного мира (выделено мною.— Л. П.), поскольку окружающая нас реальная действительность не вполне такая, какой нам представляется. Так, голубое небо с плывущими по нему белыми облаками, синее море, желтый песок, зелень деревьев, разнообразные цветы, яркие краски заката, смуглость и белизна человеческой кожи, оглушающий удар грома, упительная лирическая мелодия или побуждающая к энергичным движениям бодрящая музыка марша, ощущение соленого, горького, кислого, приятные и неприятные запахи... — в действительности это только наше субъективное восприятие реальных воздействий объективного мира. Электромагнитные колебания в относительно узком диапазоне вызывают у нас ощущение света и различных цветов, потому что в процессе развития организма действие этих колебаний способствовало развитию органа зрения, характеризующегося способностью различать эти электромагнитные волны, но не как таковые, а в виде цветов, соответствующих электромагнитной волне определенной длины. Аналогично этому звуки во всем их многообразии представляют собой только колебания воздуха, но мы слышим эти колебания опять-таки благодаря развившемуся органу слуха, воспринимающему эти колебания в виде звуков. Вкусовые ощущения — это воздействие различных химических веществ на наши вкусовые сосочки. Иными словами, реальные раздражители падают на реальные воспринимающие аппараты организма, и эти приборы преобразуют энергию внешнего мира в другой вид энергии — ощущения, представления. Они обуславливают возможность ориентировки во внешней среде благодаря точному соответствию раздражителя и реакции, хотя последняя является результатом не прямого ответа, а опосредованного. Единственным ощущением, дающим нам непосредственное представление о предмете, служит тактильное чувство (ощупывание) и частично зрительное (форма и величина окружающих предметов).

Таким образом, окружающий нас мир в действительности представляет собой абсолютно черное пространство, пронизываемое электромагнитными излучениями, магнитными полями и волнами гравитации, в котором распределены все существующие материальные объекты. Но наши органы чувств, наша нервная система на основе реальной действительности наполняют этот мир светом, расцвечивают его яркими красками, создают для нас чарующие мелодии и обуславливают возможность полной ориентировки в этом мире благодаря высшей нервной или психической деятельности. С различными вариациями это имеет место и у животных. Наконец, у разных людей могут быть различные субъективные представления об одних и тех же явлениях природы и общества.

В настоящее время все большее внимание исследователей привлекает неосознаваемая или недостаточно осознаваемая психическая деятельность — область бессознательного. Она связана преимущественно с различными проявлениями торможения в головном мозге в норме и патологии (интуиция, сумеречные состояния сознания и др.).

НЕКОТОРЫЕ ДАННЫЕ ОБЩЕЙ ПСИХОЛОГИИ

Психика человека представляет собой продукт исторического развития всего человечества и индивидуального развития данной личности. Психика формируется на базе наследственных особенностей в процессе воспитания, обучения, воздействий той социальной и биологической среды, в которой находился и находится данный человек. Психика — это целостное формирование, но в ней в известной степени условно различают ощущение, восприятие, представление, память, мышление, внимание и др. Условность эта объясняется тем, что при психической деятельности обычно требуется наличие всех этих компонентов, но некоторые из них в данном конкретном психическом акте выступают более отчетливо, другие — менее.

Особенности психической деятельности человека во всем ее многообразии составляют личность.

В. Н. Мясищев, Б. Д. Карвасарский, С. С. Либих и др. определяют личность как систему отношений человека с его прежде всего социальной средой. Здесь выступают его интересы, возможности, целенаправленность, поведение в различных, в частности стрессовых, ситуациях, эмоциональные реакции и др. Чрезвычайно важным представляется выявление его интеллектуальных данных — уровня общего развития, способностей, возможности ориентировки в сложной жизненной обстановке с принятием адекватных решений; установление данной личности как целостной, гармонически развитой или отличающейся чрезмерным развитием одних особенностей за счет других, наличием или отсутствием внутренних противоречий.

Характер. В психологии к характеру обычно относят эмоционально-волевые особенности личности, однако некоторые авторы особенно подчеркивают при этом воздействие интеллектуальной сферы. Конечно, границы между отдельными особенностями личности проводятся весьма условно, и поэтому, определяя характер, на первое место ставят эмоционально-волевые качества, подразумевая при этом корректирующую роль разума.

Привычными являются такие, например, определения: по своему характеру этот человек доверчивый или добрый, мстительный, осторожный, скупой, отзывчивый, волевой и т. п., но нельзя сказать: по характеру он умный, или знающий, или образованный и т. п.

Особенности характера могут выступить в виде одной, резко выраженной черты, как бы маскирующей остальные, либо это комплекс относительно равных по выраженности черт, или в зависимости от обстоятельств проявляются те или другие характерологические особенности.

Как уже указывалось выше, по И. П. Павлову, характер представляет собой сплав из черт типа и изменений, обусловленных воздействием внешней среды, что допускает возможность известных перемен в уже, казалось бы, установившемся характере.

Ощущение — отражение какого-либо элементарного раздражения; каких-то отдельных свойств предметов и явлений окружающей действительности (ощущение приятного, неприятного вкуса, запаха, цвета, какого-то изменения в окружающей обстановке). Ощущение относится к первоначальной ступени познания и представляет собой наиболее простой психический акт.

На основе ощущений формируется **восприятие**. Это комплекс ряда ощущений, в своей совокупности дающих достаточно полное представление о предмете или явлении, при их непосредственном воздействии на органы чувств.

Представление. Под представлением понимается обычно воспроизведение в сознании прошлых событий, что роднит представление с памятью. Чаще это живые конкретные образы каких-либо объектов, событий, но могут быть представления и менее отчетливые, а также обобщенные, например, по основному обобщающему признаку: дом как таковой — четыре стены, крыша, окна, двери. Представление может быть отнесено и к будущему.

Внимание — это психическая направленность на значимые для личности объекты, способствующая более ясному и четкому их отражению. В психологии выделяют произвольное (преднамеренное) и произвольное (непреднамеренное) внимание. В основе произвольного внимания лежит ориентировочный рефлекс — «что такое?»

Внимание может иметь и пассивный характер; в этом случае сосредоточенность его незначительная. Например, пассажир поезда безучастно смотрит на пробегающий ландшафт. Кроме этого, восприятия никаких других представлений, мыслей у него нет. Но как изменится его внимание, если он заметит что-то для него интересное. В этом случае внимание становится активным. При достаточной силе основных нервных процессов (возбудительного и тормозного) внимание отличается устойчивостью и способностью быть сосредоточенным на многих объектах. Очень большое значение при

этом имеют профессиональный опыт, тренировка. Переключение внимания с одного объекта на другой, с одного дела на другое характеризует подвижность нервной системы, ее основных нервных процессов. Внимание является стороной психических процессов и характеризует динамику их протекания.

Память — это способность воспроизводить пережитое, оживление следов бывших раздражений. Это запоминание, сохранение, узнавание и воспроизведение прошлого опыта. В основном это условнорефлекторные связи ранее воспринятого. На основе прошлого происходит ориентировка в настоящем, производится сопоставление былых впечатлений с настоящими. Познание нового основывается на знаниях, полученных ранее. Это относится к любой области знания, к любой профессии. В каждодневной деятельности мы постоянно пользуемся своей памятью: что необходимо сделать сегодня из задуманного, не забыть бы осуществить то или иное и т. п.

Память условно разделяется на кратковременную и долговременную. При кратковременной памяти обычно запоминается то, что необходимо использовать в данный момент, а затем может быть без ущерба забыто. Для долговременной памяти характерно длительное сохранение материала, в ряде случаев требующее неоднократного повторения и воспроизведения того, что не должно быть забыто. Однако могут запоминаться и события, не имеющие никакого существенного значения при пассивном к ним отношении. Вообще в нервных клетках головного мозга сохраняются следы великого множества всяких раздражений, значительная часть которых даже не была осознана. Эти неосознанные или забытые воспоминания могут пробуждаться под влиянием случайных ассоциаций, а также или в сновидениях, или в состоянии гипноза.

Обычно при необходимости что-то вспомнить мы легко это воспроизводим, но в некоторых случаях возникают неожиданные затруднения — забывается хорошо знакомая до того фамилия, строка известного стихотворения, выпадает номер телефона. Это временное торможение, которое легко рассеивается при малейшем намеке, являющемся толчком для воспроизведения забытого. Блестящим литературным примером этого может служить рассказ А. П. Чехова «Лошадиная фамилия».

Исходя из особенностей личности, память различается на конкретно-образную и словесно-логическую. В первом случае воспоминания носят яркий, образный характер. Картины пережитого воспроизводятся, репродуцируются чрезвычайно живо, со всеми малейшими деталями. У некоторых художни-

ков эта особенность выражена в такой значительной степени, что они могут писать портрет с человека, которого они представляют себе сидящим перед ними.

Лица с конкретно-образным типом памяти в ряде случаев способны, представляя себе страницы прочитанного до этого, буквально считывать текст.

У людей с преимущественным развитием памяти отвлеченной, словесно-логической, абстрактно-обобщающей при репродукции выступает преобладание представления о сущности пережитого события, образность же, детальность, красочность выражены слабо. То же касается понимания какого-либо явления, содержания прочитанной книги и т. п. Как видно, эти формы памяти свойственны определенным типам высшей нервной деятельности — художественному и мыслительному. Еще одна характеристика памяти по выраженности анализаторной системы при запоминании и воспроизведении — это зрительный, слуховой и двигательный типы памяти. Так, одни люди запоминают лучше зрительно, другие — на слух, а третьим необходимо произносить слова шепотом или записывать их.

Мышление представляет собой следующую, еще более высокую форму познания, включающую в себя все предыдущие. Это процесс отражения действительности, проникающий в самую сущность предметов и явлений, познающий их общие свойства, определяющий их взаимодействия, их взаимоотношения, выводящий общие правила и законы. Как уже указывалось, деление психической деятельности на отдельные категории в значительной степени условно, но необходимо. В данном случае об этом упоминается, поскольку компонент мышления, конечно, имеет место и в процессах восприятия и представлений. От конкретных жизненных предметов и явлений мышление идет в сторону все более высоких обобщений и абстракций с тем, чтобы, постигнув основные закономерности познаваемого, вернуться вновь к его конкретно-образным истокам с целью применения на практике этих закономерностей. Процесс мышления характеризуется использованием понятий, суждений и умозаключений.

В процессе мышления из многих конкретных предметов и явлений выделяется какое-либо общее свойство, общий существенный признак, что их объединяет и что составляет понятие, например наука, растение, насекомое, распространение и т. п. На основе понятий формируется суждение, например: насекомые — вид живых существ. Из суждений вытекает умозаключение или вывод: следовательно, насекомые являются составной частью фауны Земли. В про-

цессе мышления широко представлены явления анализа и синтеза.

Анализ — это мысленное разъединение какого-либо целого на отдельные части, элементы, а **синтез** — их соединение, обобщение. Примером единства этих процессов может служить клиническое мышление. Для определения диагноза необходимо выявить отдельные симптомы, а затем объединить их в соответствующую нозологическую форму, конечно, на основе уже имеющихся знаний. У здорового человека процесс мышления характеризуется последовательностью и логичностью своих построений.

Сознание. Сознание непосредственно связано с мышлением и определяется способностью человека осознавать себя и окружающее, т. е. понимать свое состояние, правильно ориентироваться в окружающей обстановке — в месте, времени и ситуации. Адекватное отчетливое представление о себе и окружающем мире определяется как состояние ясного сознания. По И. П. Павлову, ясное сознание — это очаг оптимального возбуждения в коре головного мозга, с постепенным снижением этого возбуждения к периферии. Однако и в этой области возможно восприятие предметов и явлений, которое осознается в меньшей степени или вообще не осознается.

Интеллект — по существу это относительно устойчивая структура умственных способностей личности, заключающаяся в отражении наиболее существенных связей и закономерностей предметов и явлений окружающего мира, а также в творческом преобразовании опыта. Это рассудочная деятельность человека, его жизненный опыт, знания, круг интересов, широта взглядов, суждений, характер мышления, речи.

Воля — особая сознательная форма активности человека, выраженная в способности преодолевать препятствия для достижения поставленной цели.

И. П. Павлов писал: «Рефлекс цели имеет огромное жизненное значение, он есть основная форма жизненной энергии каждого из нас».

Речь. Человеческая речь представляет собой уникальное явление; выражая наши мысли, она обеспечивает возможность общения людей между собой. Основных видов речи два: это устная речь (экспрессивная), обращенная к другим людям, и речь внутренняя, «про себя» (импрессивная). Различается также речь пассивная (чтение и письмо) и речь знаковая, например речь глухонемых, передача по азбуке Морзе и т. п.

Как содержание речи, так и особенности ее выражения могут дать очень много для определения личностной ха-

рактеристики человека. Путем беседы, ответов на поставленные вопросы и вопросов, задаваемых самим собеседником, можно узнать историю жизни данного человека, составить представление о его интеллекте, его намерениях и т. п.

Манера говорить, интонации, плавность или наличие задержек, затрудненность речи, эмоциональность или безразличие, монотонность и некоторые другие черты в общей сложности уже нередко представляют очень ценный материал для постановки диагноза.

Следует отметить, что экспрессивная и импрессивная речь неидентичны. Первая построена исключительно на словах, и многое при этом остается невысказанным. При импрессивной речи словесные высказывания часто бывают свернутыми, имеет место значительное число образных представлений и представлений отрывочных.

Эмоции, чувства. Продолжим наше ознакомление с эмоциями. Эмоция происходит от латинского слова *emotio* (возбуждение). Возбуждение лимбической системы безусловно-рефлекторным путем (непосредственное раздражение отдельных участков лимбической системы, химическое воздействие и т. п.) или условнорефлекторное вызывает обычно выраженную активацию всего организма с выбросом в кровь больших количеств адреналина, норадреналина, сахара, с повышением артериального давления, с усилением деятельности сердца, легких и ряда других систем.

В процессе эволюции у живых существ, особенно у высших животных, выработались эмоциональные реакции, обеспечивающие мобилизацию всех сил организма, особенно в стрессовых состояниях, — нападения, защиты, бегства и т. п.

У людей эмоции принято разделять на низшие (чувство голода, жажды, боли и т. п.) и высшие (чувство дружбы, любви, неприязни, чувство долга, восхищения и др.), а также на эмоции положительные, сопровождающиеся чувством приятного, эмоции отрицательные и неопределенные (ориентировочные). Эмоции тесно связаны с потребностями. Низшие определяются потребностями биологического существования. Высшие эмоции — это результат удовлетворения социальных потребностей.

Одни исследователи разделяют понятия эмоций и чувств, относя последние только к человеку, другие такой классификации не придерживаются и ставят между ними знак равенства. Вообще в психологии распространено понятие «эмоция», определяемое наличием нашего отношения к объекту нашего внимания.

И. П. Павлов связывал эмоции с состоянием динамического стереотипа, т. е. привычного образа жизни, установившихся привычек, убеждений, взглядов. «Мне кажется, что часто тяжелые чувства при изменении обычного образа жизни, при прекращении привычных занятий, при потере близких людей, не говоря уже об умственных кризисах и ломке верований, имеют свое физиологическое основание в значительной степени именно в изменении, в нарушении старого динамического стереотипа и в трудности установки нового».

Павловская концепция о динамическом стереотипе, т. е. определенной системе условнорефлекторных связей, в значительной степени дополнена современными теориями эмоций. При достаточной информации о возможности удовлетворения имеющихся тенденций возникают положительные эмоции, в противоположном случае появляются эмоции отрицательного характера.

При резко выраженных эмоциональных состояниях гнева, страха и т. п. и у животных, и у человека внимание на объекте, вызвавшем данную эмоцию, чрезмерно сужается, способность правильной ориентировки в данной ситуации снижается. Это может привести, с одной стороны, к развитию болезненного состояния с неправильным поведением — панике, агрессивным действиям, не оправдываемым обстановкой, и др. С другой стороны, творческий эмоциональный подъем, обусловленный интересом к работе, эмоциональное состояние оратора, артиста, чувствующих контакт с аудиторией, способствуют преодолению любых препятствий, что облегчается наличием активации надлежащих эмоций, усиливающих все возможности организма.

Патология эмоциональной жизни имеет большое значение для понимания и происхождения неврозов, а также широко представлена в их клинической картине.

Глава 4

ОСНОВНЫЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

Невротические состояния занимают место как бы между невропатологией и психиатрией, и поэтому нередко возникают сомнения: кто же должен заниматься неврозами — невропатологи или психиатры? В настоящее время учение о неврозах настолько расширилось, что приобрело самостоятельное значение, и, по распространенному теперь мнению, эта область находится в ведении психоневролога. Отсюда, однако, следует, что специалист данного профиля должен быть достаточно компетентен в вопросах и невропатологии, и психиатрии.

Нервная система является регулятором всей многообразной деятельности организма, обеспечивая взаимодействие различных систем внутренней среды, и обуславливает взаимоотношения организма с внешним миром.

Приводящиеся ниже основные симптомы, обусловленные поражениями определенных отделов нервной системы, в ряде

случаев сопоставлены с некоторыми функциональными нарушениями, характерными для неврозов, для облегчения дифференциальной диагностики.

ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯМИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ОТДЕЛОВ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

При паркинсонизме (поражение подкорковых узлов головного мозга) мимика бедная, лицо невыразительное, нередко маскообразное, сальное. Взгляд устремлен в пространство. Отмечаются общая ригидность мускулатуры, бедность движений. Это болезненное состояние следует отличать от состояния функционального, обусловленного наличием апатии, падением интересов, что обычно вызывает у больного снижение выразительности мимических движений. Это снижение, однако, лишено маскообразности, имеет преходящий характер в зависимости от настроения больного, и при этом отсутствуют другие симптомы паркинсонизма.

Нарушения обоняния бывают функционального характера (у больных неврозами) и органического. В последнем случае чаще всего причиной являются заболевания носовой полости. Однако источником более или менее резкого понижения обоняния может быть патологический процесс в области базальной поверхности мозга.

При поражениях зрительной системы суженные зрачки наблюдаются в случаях органических процессов в головном мозге, расширенные зрачки большей частью бывают при волнениях. Отсутствие реакции зрачков на свет при сохранении реакции на аккомодацию (сужение зрачков при приближении отдаленного предмета) и конвергенцию (при этом происходит одновременное сведение глазных яблок внутрь) служит одним из симптомов (симптом Аргайла Робертсона) сухотки спинного мозга.

Неравенство зрачков (анизокория), так же как и деформация зрачков, обычно связана с органическими процессами. При энцефалите бывает обратный симптом Аргайла Робертсона — на свет реакция есть, а на конвергенцию и аккомодацию — отсутствует.

Поражение одного из трех нервов, обуславливающих движение глаз (глазодвигательного, блокового и отводящего), приводит к парезу или параличу соответствующих мышц, отсюда нарушение движений глаза, а при поражении глазодвигательного нерва к этому присоединяется еще опущение верхнего века (птоз), зрачок расширен, реакция на свет

отсутствует. При поражении мышечного аппарата глаза Х. Г. Ходос подчеркивает наличие 3 основных симптомов: а) косоглазие; б) невозможности движения глаза в направлении, определяемом в прошлом здоровой мышцей; в) двоения в глазах. При монокулярном зрении одним глазом двоение исчезает, но при некоторых невротических состояниях это явление остается, что указывает на функциональную природу данного симптома.

На органической почве могут возникать сужение поля зрения, выпадение половины поля зрения (гемианопсия) и выпадение отдельных участков (скотомы). Отмечаются также амблиопия (понижение остроты зрения) и амавроз (полная слепота). Врожденная неспособность различения цветов называется дальтонизмом.

У невротических больных (истерия) встречаются некоторые сходные симптомы, но функционального характера, на что указывают проводимые исследования. А. М. Свядош (1971) пишет, что такие больные, страдающие, как они утверждают, полной слепотой, видят, но не осознают этого. Поэтому при такой «слепоте» они никогда не попадают в условия, опасные для жизни.

На ЭЭГ при освещении «слепого» глаза обнаруживается реакция на световой раздражитель.

А. М. Свядош описывает ученицу 7-го класса, которая «ослепла» вследствие волнения. Она натыкалась на предметы, передвигалась ощупью, с вытянутыми вперед руками. При обследовании — реакция зрачков на свет живая, глазное дно в норме. Ей было предложено сесть на определенный стул (показано жестом), и она выполнила это и в то же время на вопрос, сколько ей показывают пальцев, ответила, что не видит.

Боли в области лица чаще всего обуславливаются невралгией тройничного нерва, одной из трех его ветвей. Боли носят резкий приступообразный характер в одной половине лица. В межприступном периоде отмечается болезненность при давлении на точки выхода ветвей тройничного нерва над орбитой глаза, под орбитой, в области подбородка. Встречается также слабость жевательных мышц. Ветви тройничного нерва широко анастомозируются с некоторыми другими черепными нервами, что нередко порождает взаимную передачу раздражения, и с вегетативными волокнами, что обуславливает слюноотечение, слезотечение и другие вегетативные проявления во время приступа. Причины невралгии — чаще всего инфекции, простуда, заболевания зубов, околоносовых пазух, сужение костных отверстий выхода ветвей нерва.

Неврит лицевого нерва характеризуется параличом мимической мускулатуры преимущественно одной половины лица. На пораженной стороне носогубная складка сглажена. Рот перетягивается на здоровую сторону. На больной стороне глаз полностью не закрывается. При попытке закрыть его глазное яблоко поворачивается вверх и несколько кнаружи. Складки кожи лба сглажены. Это так называемый периферический тип паралича или пареза лицевого нерва. Но может быть и центральный тип. В последнем случае поражаются не периферический нерв или его нижнее ядро, а верхнее ядро или волокна, идущие от ядра к коре. Верхнее ядро связано с обоими полушариями, т. е. имеет двойную иннервацию, а нижнее ядро связано только с одним противоположным полушарием. Вследствие этого при центральном поражении у больного страдает только нижняя часть мимической мускулатуры лица — рот перетягивается на здоровую сторону, а наморщивание кожи лба и закрывание глаз не нарушаются. Такой тип поражения обычно сопровождается наличием гемиплегии, т. е. параличом или парезом половины тела.

Нарушения слуха, вплоть до полной глухоты, могут быть как органического, так и функционального происхождения. Собственно преддверно-улитковый нерв (VIII пара) состоит из преддверной части и улитковой части. При исследовании слуха можно использовать шепотную речь на расстоянии 7-10 м.

Волокна, составляющие улитковую часть нерва, идут из внутреннего уха от полукружных каналов и отолитов (вестибулярный аппарат), и связываются с мозжечком, глазодвигательным и отводящим нервами, а также с передними рогами спинного мозга.

При поражении вестибулярного аппарата отмечаются головокружение, нистагм (непроизвольное подергивание глазных яблок), нарушение равновесия и координации движений. Эти симптомы могут наблюдаться и при заболеваниях некоторых других отделов центральной нервной системы, а такие как головокружение и нарушение равновесия — и при функциональных нарушениях.

Нервы языкоглоточный (IX пара), блуждающий (X пара), добавочный (XI пара) и подъязычный (XII пара) имеют ядра в бульбарном (утолщенном) отделе продолговатого мозга и в своей совместной деятельности обуславливают жевание, глотание, дыхание и речевые функции.

Так, поражение IX нерва вызывает нарушение вкусовых ощущений задней части языка и мягкого неба, а также расстройство глотания. Нарушение функции X нерва проявляет-

ся в явлениях пареза мягкого неба (отсутствие рефлекса), голосовых связок, особенно в расстройстве глотания (отсутствие рефлекса с задней стороны глотки), поперхивании, попадании жидкости в нос. Функция внутренних органов при одностороннем поражении X нерва не страдает. При поражении XII нерва (паралич, парез) отмечаются атрофия соответствующей половины языка и отклонение языка в больную сторону. При двустороннем поражении движения языка расстроены или совсем невозможны. Одновременное поражение этой группы нервов (энцефалит, опухоль, сосудистые расстройства и др.) резко нарушает вышеуказанные функции, а двустороннее поражение (бульбарный паралич) обычно кончается летально.

Знание данной симптоматики необходимо в целях определения характера заболевания — органического или функционального, поскольку и при последнем могут быть нарушения глотания и речи, но отсутствует атрофия, нет характерного расстройства чувствительности и отсутствует весь описанный симптомокомплекс. Кстати, рефлексы с мягкого неба и задней стенки глотки могут не вызываться и у некоторых больных истерией.

Явления, сходные с бульбарным параличом, развиваются при двустороннем поражении нервных связей ядер указанных нервов с корой головного мозга — так называемый псевдобульбарный паралич. Он характеризуется амимичностью лица, отсутствием атрофии мышц языка, сосательными движениями при штриховом раздражении губ, выпячиванием губ в ответ на удар молоточка по верхней губе (хоботковый рефлекс Бехтерева), штриховое раздражение ладони вызывает сокращение подбородочной мышцы на одноименной стороне (рефлекс Маринеску — Радовичи). Нередко у таких больных наблюдается насильственный плач или смех без наличия соответствующих эмоций. Причина, видимо, заключается в поражении корково-ядерных путей в области зрительного бугра и больших ганглиев с нарушением тормозящего воздействия на них коры.

Внешние проявления последнего из описанных симптомов могут встречаться и у больных неврозами, но при более углубленном расспросе обычно удается выявить психогенный фактор, вызвавший изменение их поведения.

Переходя к рассмотрению расстройств двигательной сферы и связанной с ней чувствительности туловища и конечностей, необходимо указать, что эти нарушения подчиняются общему принципу в зависимости от места поражения, т. е. от поражения центрального (надъядерного) или периферическо-

го путей. Отсюда явления паралича (полное отсутствие движений) или пареза (более или менее выраженная слабость мышц) и характер паралича или пареза — центральный или периферический, и, наконец, по своей сути эти явления органические или функциональные. В нормальных условиях на двигательные клетки, находящиеся в передних рогах спинного мозга и отдающие двигательные волокна к мышцам, возбуждающе действуют раздражения, приходящие в спинной мозг по чувствительным волокнам с периферии. Эти раздражения умеряются регулирующим воздействием волокон пирамидного пути, идущего от коры головного мозга и осуществляющего наши произвольные движения.

Перерыв пирамидного пути в любом месте его нахождения (до двигательных клеток передних рогов) приводит к тому, что регулирующее действие его больше не осуществляется, возбуждающие влияния на двигательные клетки передних рогов со стороны других образований резко возрастают, что соответственно повышает напряжение мышц без возможности их произвольной деятельности. Аналогично этому дело обстоит и с двигательными черепными нервами, где центральный отрезок пирамидного пути имеет протяженность от коры передней центральной извилины головного мозга до ядер черепных нервов, а периферический отрезок — от этих ядер до мышц.

Таким образом, центральный паралич (спастический) характеризуется резким напряжением соответствующих мышц, повышением сухожильных и периостальных рефлексов (бицепитальных, трицепитальных, коленных, пяточных, карпорадиального), появлением патологических рефлексов, отсутствием атрофии мышц и некоторыми другими симптомами.

Из патологических рефлексов большое значение имеет *рефлекс Бабинского* — при проведении твердым предметом по наружному краю подошвы вместо нормального сгибания пальцев к подошве возникают разгибание большого пальца и нередко веерообразные расхождения остальных. Тот же эффект получается при скользящем надавливании большим пальцем руки сверху вниз по внутренней стороне большеберцовой кости — *рефлекс Оппенгейма* (в норме сгибание пальцев). То же явление при сдавлении икроножных мышц — *рефлекс Гордона* и при сдавлении пяточного сухожилия — *рефлекс Шефера*.

Быстрый удар по подошвенной стороне пальцев ноги вызывает сгибание пальцев — *рефлекс Россолимо*. При резком насильственном сгибании пальцев стопы может возник-

нуть сгибание во всех суставах ноги — защитный *рефлекс Мари — Фуа — Бехтерева*.

В отличие от спастического паралича совершенно иная картина наблюдается при поражении периферического нерва или его двигательных клеток в спинном мозге. Здесь имеют место три основных симптома, начинающиеся с буквы «а»: атония, арефлексия и атрофия, т. е. понижение или отсутствие тонуса мышц, понижение или отсутствие рефлексов и дегенеративное перерождение мышечной ткани, более или менее выраженное.

Понятно, что при параличах и парезах функционального характера отсутствуют симптомы, свойственные как спастическому параличу или парезу, так и вялому атрофическому, периферическому.

Характерным примером этого может служить истерическая астазия-абазия, т. е. невозможность стоять и ходить при достаточной мышечной силе, нормальном тонусе мышц, нормальных сухожильных рефлексах и при отсутствии патологических рефлексов.

Чувствительность. Нарушения движения обычно связаны с расстройствами чувствительности. Знание неврологии является здесь также чрезвычайно важным, поскольку исследование основывается на опросе больного об испытываемых им ощущениях, что требует нередко значительной коррекции. Ощущения эти возникают в ответ на раздражения, наносимые исследующим, а именно: тактильное чувство — прикосновение кисточкой, ваткой; мышечно-суставное чувство — изменение положения той или иной части тела; ощущение температуры — прикладывание пробирок с теплой и холодной водой; чувство боли — легкие покалывания иглой и т. п. Многие авторы подчеркивают при проведении этих исследований необходимость исключения невольного внушения со стороны исследующего, проведения повторных исследований, обеспечения отсутствия зрительного контроля со стороны больного. Характерные симптомы нарушений чувствительности функционального типа основываются на наивных представлениях больного: например, резко очерченная кольцевая граница в виде чулка или перчатки на конечности или анестезия, занимающая точно половину туловища. При органическом поражении обычно такого резкого разграничения не наблюдается, поскольку корешковые зоны перекрывают друг друга. А. М. Свядош описывает больных истерией, имевших представление о границах анестезий при органических заболеваниях. В этих случаях больные имитировали органическую анестезию.

Следует еще упомянуть о зонах Захарьина — Геда у некоторых больных. Они представляют собой определенные области кожи, в которых при заболеваниях внутренних органов появляются отраженные боли, а также болевая и температурная гиперестезия. Это объясняется наличием сдвига соответствующих сегментов спинного мозга по отношению друг к другу. Так, болезненное состояние сердца и легких может отражаться в зоне плечевого пояса, заболевание органов брюшной полости отражается в области затылка и т. п.

Поражение спинномозговых корешков, нервных сплетений и периферических нервов во всех этих случаях может вызвать периферический паралич и расстройства чувствительности. Так, поражение передних корешков обуславливает нарушение движений, периферический паралич. Поражение задних корешков вызывает нарушения чувствительности — боли, повышения и понижения чувствительности, ее извращения (парестезии). Все эти симптомы имеют опоясывающий характер в области туловища и продольное направление на конечностях. Может быть сочетание поражения передних и задних корешков. Поражение нервного сплетения обуславливает двигательные, чувствительные и вегетативные расстройства, в ряде случаев сходные с корешковыми. Поражение периферического нерва дает нарушения в зависимости от того, какой это нерв — двигательный, чувствительный или смешанный.

Остеохондроз шейного отдела позвоночника нередко служит причиной болей, по ходу большого затылочного нерва, иннервирующего кожу затылка. Поражение позвоночного нерва, тесно связанного с позвоночной артерией (в условиях того же остеохондроза), вызывает головные боли в области затылка, головокружения, спазм в горле, плохое самочувствие. Эта симптоматика может ошибочно рассматриваться как невротическая. Перечислим кратко основные симптомы при поражениях некоторых периферических нервов: периферические нервы верхней конечности отходят от плечевого сплетения, образуемого нервными волокнами V—VIII шейных и I грудного спинномозговых корешков. Поражение всего сплетения приводит к нарушениям функций всей конечности с расстройством движений и чувствительности. Однако могут поражаться и отдельные части сплетения.

Поражение лучевого нерва характеризуется невозможностью разгибания кисти; кисть находится в состоянии свисания. Чувствительность при этом нарушена в области половины тыла кисти с внутренней стороны. Имеется паралич или парез сгибателей пальцев и кисти. Неврит локтевого нерва

обуславливает характерное положение кисти в виде «когтистой лапы» за счет поражения глубоких межкостных мышц кисти. При этом чувствительность нарушена в виде полосы, занимающей с ладонной внутренней стороны полтора пальца (V—IV) и часть ладони, заходящую за лучезапястный сустав, а с тыла — те же пальцы полностью и часть тыла кисти, также заходящую за лучезапястный сустав.

Неврит срединного нерва отличается поражением сгибателей пальцев (I, II, III). Больной не в состоянии сжать пальцы в кулак. Чувствительность расстроена в области первых трех с половиной пальцев соответствующей части кисти с ладонной стороны и их концевых отделов с тыла (II, III и половина IV).

Пояснично-крестцовое сплетение образовано волокнами спинномозговых корешков от V поясничного до III крестцового.

Поражение сплетения является причиной вялого паралича всей ноги. При неврите бедренного нерва поражается четырехглавая мышца бедра, вследствие чего страдает разгибание в коленном суставе. Чувствительность расстраивается в области передней стороны бедра. Неврит латерального кожного нерва бедра отличается наличием неприятных болезненных ощущений по боковой поверхности бедра.

Неврит седалищного нерва обуславливает явления паралича или пареза стопы, нарушение функции сгибания в коленном суставе, нарушение чувствительности. Одна из двух ветвей седалищного нерва — большеберцовый нерв — при своем поражении приводит к нарушению сгибания стопы, обуславливает атрофичность мышц задней стороны голени, нарушает чувствительность подошвы и задней стороны голени. При неврите второй ветви седалищного нерва — малоберцового нерва — стопа свисает и отмечается атрофия мышц передней стороны голени с нарушением чувствительности в области наружной стороны голени и тыла стопы.

Невралгия седалищного нерва — ишиас — сопровождается болями в пояснице, в области задней стороны бедра, в подколенной ямке и наружной стороне голени. При пальпации эти места особенно болезненны.

При исследовании применяются некоторые специальные приемы: симптомы Ласега — при положении больного на спине с выпрямленными ногами исследующий вначале сгибает больную ногу в коленном и тазобедренном суставах, а затем разгибает ногу только в коленном суставе. Возникает натяжение нерва и боль, свидетельствующая о поражении седалищного нерва. Симптом Нери заключается в том,

что у больного, лежащего на спине с вытянутыми ногами, резко пригибают голову к груди. При этом возникает натяжение нерва, обуславливающее боль.

Астенизация нервной системы у больных невротизмом обуславливает ее повышенную чувствительность, вследствие чего даже минимальные органические нарушения нередко вызывают значительно выраженные, неприятные, болезненные ощущения. В ряде случаев подобные симптомы возникают без видимой причины. Особенно часто при этом бывают жалобы на неприятные ощущения и боли в области сердца, в голове, в позвоночнике, с нарастанием чувства общего недомогания.

Познакомимся теперь коротко с некоторыми органическими заболеваниями головного мозга, которые следует иметь в виду для дифференцирования их от невротических состояний.

Атеросклероз (отложение липоидов во внутренней оболочке артерий, в данном случае головного мозга, с последующим развитием соединительной ткани — холестеринемия) и артериосклероз (отложение солей кальция) нередко вначале вызывают симптомы, сходные с неврастеническим синдромом (повышенная утомляемость, раздражительность, общее снижение работоспособности, расстроенный сон). Но здесь отмечаются большее сужение круга интересов, слабодушие, снижение памяти, преимущественно на недавние события, склонность к слезам, мелочность, назойливость, более выраженная рассеянность, нередко приступы головокружения, головных болей, часто наличие гипертонии. Неврологически может отмечаться ослабление реакций зрачков на свет, оживление периостальных и сухожильных рефлексов, оральный автоматизм и др.

При гипертонической болезни на фоне неврастенического синдрома могут возникать гипертонические церебральные кризы с нарушениями сознания, парезами, затруднениями речи и некоторыми другими симптомами. Упорная головная боль на фоне повышенной утомляемости, вялости, нередко при отсутствии психической травматизации, может вызвать подозрение на наличие здесь арахноидита — воспалительного процесса, главным образом, паутинной мозговой оболочки. Некоторые случаи арахноидита дают очень незначительно выраженные органические симптомы, что затрудняет их дифференцирование от функциональных нарушений. Поэтому при подобных клинических картинах необходимо особенно тщательное неврологическое обследование.

При опухолях лобных долей в ряде случаев еще до развития общемозговых симптомов в виде гипертензионно-

го синдрома (головная боль, рвота, головокружение, эпилептиформные приступы и др.) и оглушенности клиническая картина может характеризоваться чувством недомогания, вялостью, снижением активного внимания, падением интересов. Это ошибочно может рассматриваться как функциональное расстройство. Такие больные нуждаются в повторных исследованиях, чтобы не пропустить появление неврологических и психотических симптомов (нарушение движений, парезы, расстройства обоняния — при расположении опухоли в передних отделах основания мозга, снижение критики, эйфория — хорошее настроение при тяжелом общем состоянии).

Судорожные припадки с нарушениями сознания характерны для некоторых органических заболеваний головного мозга и прежде всего для эпилепсии, но внешне сходные с ними явления могут иметь место и в клинике неврозов.

Различают несколько форм эпилепсий. Однако эпилепсия — единое монопатогенетическое заболевание, несмотря на ее различные этиологические и локализационные аспекты [Сараджишвили П. М., 1970]. Ее причины до настоящего времени недостаточно ясны. На первое место здесь ставят особенности обмена веществ в мозге, связанные с предшествовавшими вредностями (инфекции, интоксикации, травмы и т. п.), но наличие этих факторов установить удается далеко не всегда. Судорожный припадок нередко начинается с предвестников, называемых аурой (дуновение). Это более или менее выраженные телесные и психические феномены — неприятные или приятные ощущения, внезапное изменение настроения, чувство чего-то особенного, возникновение галлюцинаторных представлений или какое-то едва уловимое изменение в себе или в окружающем и т. п. Аура длится несколько секунд, затем в некоторых случаях больной громко вскрикивает и падает без сознания (возможность значительных повреждений). Все тело вытянуто, мышцы напряжены, дыхание отсутствует, лицо становится синюшным. Это тоническая фаза, длящаяся 20—30 с. После этого появляются резкие судороги всего тела с возможностью прикуса языка, недержанием мочи, кала — клоническая фаза протяженностью 1—2 мин. Больной постепенно приходит в себя или сразу по окончании припадка засыпает. Во время припадка зрачки на свет не реагируют. После припадка их реакция вялая. Коленные и пяточные (ахилловы) рефлексы часто отсутствуют, и могут быть выявлены нередко патологические рефлексы. Отличие от истерического припадка — см. гл. 8.

Помимо больших припадков, при эпилепсии бывают малые припадки — *petit mal* или *absence* (отсутствие). В этих случаях сознание выключается на очень короткое время — порядка нескольких секунд. Больной не падает. Лицо чаще бледное. Взгляд устремлен в пространство. Зрачки на свет не реагируют. Бывают отдельные судорожные подергивания. По окончании приступа больной продолжает прерванное занятие.

От этого приступа следует отличать у больных неврозами состояние невротической рассеянности внимания, трудность сосредоточения, явления астенической заторможенности.

Эпилепсия может характеризоваться также так называемыми эквивалентами, т. е. состояниями, как бы заменяющими припадок. Так, больной внезапно возбуждается, бледнеет, что-то выкрикивает, куда-то стремится. В других случаях развивается более или менее длительное сумеречное состояние сознания. Эти явления могут иметь некоторое сходство с истерическими расстройствами сознания, но последние всегда психогенно обусловлены — обычно отличаются эмоциональной живостью и характеризуются определенной целенаправленностью. У многих больных, страдающих эпилепсией, особенно при редких припадках, не отмечается каких-либо нарушений — ни неврологически, ни психически; в других случаях у части больных могут быть диагностированы отдельные патологические симптомы — анизорефлексия (неравенство рефлексов), неравномерность носогубных складок, слабость конвергенции и др.

Больные эпилепсией нередко отличаются своеобразными чертами своей личности (эпилептический характер) — суженность интересов, упрямство, мелочность, чрезмерное стремление к порядку, вязкость, педантизм, застреваемость на одних представлениях, жестокость, злобность, обидчивость, в то же время внешняя чрезмерная любезность, слащавость, льстивость, склонность к религиозности.

Электроэнцефалографические исследования больных эпилепсией выявляют типичные для эпилепсии, но не часто встречающиеся комплексы «волна-острие», пики, острые волны, пароксизмы медленных ритмических колебаний.

При симптоматической эпилепсии источником судорожных припадков и других симптомов является какое-либо органическое заболевание головного мозга — опухоль, менингоэнцефалит, рубец после перенесенной мозговой травмы, киста и т. п.

К симптоматической эпилепсии относятся также *джексоновская эпилепсия*, характеризующаяся постепенным по-

следовательным распространением тонико-клонических судорог, чаще без потери сознания, и кожевниковская эпилепсия, для которой типичным является наличие постоянного гиперкинеза, например клонических судорог в одной конечности, что может сочетаться с генерализованными судорожными припадками.

Преимущественно у детей в школьном возрасте в связи с ревматической инфекцией встречается заболевание хореей. Оно характеризуется постепенным нарастанием насильственных движений. Вначале нередко тикообразные подергивания мимической мускулатуры лица — гримасничание, в дальнейшем порывистые дергающиеся, иногда сложные движения головы, конечностей, туловища. Неврологически при хорее может отмечаться некоторая паретичность мышц. Нередко бывает рефлекс Гордона — когда при вызывании коленного рефлекса задерживается голень в положении разгибания. Со стороны психики отмечают невротические симптомы, связанные с преимущественным поражением подкорковых ядер. В прошлом хорее относили к неврозам. От этого заболевания следует отличать тики — тоже произвольные движения (зажмуривание глаз, покашливание, постукивание, почесывание и т. п.), в некоторой степени напоминающие хорейские, но возникшая здесь судорога охватывает только произвольные мышцы; путем волевого усилия больной может подавить тик. Органическое поражение здесь обычно отсутствует, хотя в некоторых случаях оно не исключено.

Значительная часть тиков развивается у невротических больных, склонных к навязчивости.

Дизэнцефальный синдром представляет собой результат нарушения деятельности гипоталамуса, являющегося высшим регуляторным центром для вегетативной нервной системы и эндокринно-трофических функций.

Причиной дизэнцефального синдрома могут быть нейроинфекции (энцефалит), травмы, опухоли, интоксикации, обуславливающие нарушение структур гипоталамуса, но также, как указывают Е. В. Шмидт и соавт. (1976), определенное значение имеет хроническая психическая травма. Таким образом, нередко встречаются и функциональные расстройства деятельности гипоталамуса.

Из трех вариантов дизэнцефального синдрома — нейроэндокринного, нейродистрофического и вегетативно-сосудистого — наибольшее значение для клиники неврозов имеет последний.

СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ВЫСШИХ (КОРКОВЫХ) ФУНКЦИЙ

У психически здорового человека могут быть такие состояния (переутомление, возбуждение, отвлечение внимания и т. п.), когда он не в состоянии вспомнить какое-либо необходимое слово или произнести его, он не понял обращенную к нему фразу, не узнал сразу хорошо знакомый предмет, машинально произвел совершенно ненужное действие. Эти явления еще чаще наблюдаются при невротических состояниях и у больных с органическими поражениями головного мозга, а именно с определенными корковыми поражениями.

В последнем случае они складываются в целые патологические системы, рассматриваемые с учетом динамической локализации функций. При этом обычно используется карта мозга К. Бродмана. Она основана на цитоархитектоническом исследовании участков — полей мозговой коры, каждое из которых отличается своим строением клеток и распределением нервных волокон. Общее число полей равно 50.

Определим коротко основные нарушения корковых функций.

Афазия — расстройство речи. 1. *Моторная афазия*. У больного нарушено словообразование, не возникают или недостаточно формируются образы слов. Больной понимает чужую речь, но сам говорить не может или говорит очень плохо — лишь отдельные слова, слоги. Область поражения — преимущественно двигательный центр речи Брока; поля 44, 45 речедвигательного анализатора. В отличие от этого при истерической афонии (немоте) отмечается убежденность больного в невозможности произнесения им любых звуков.

2. *Сенсорная афазия*. Больной не понимает чужую речь, но сам говорить может, хотя говорит неправильно вследствие непонимания произносимой им самим речи.

Область поражения — слуховой центр Вернике, преимущественно поле 22.

3. *Смешанная афазия* объединяет симптомы обеих этих форм.

4. *Амнестическая афазия* — невозможность воспоминания необходимых слов. Поражение полей 37, 19, 22.

Апраксия. Расстройство целенаправленных действий, невозможность осуществления самых обыденных актов — зажечь спичку, постелить постель, почистить зубы. Преимущественный очаг поражения при этом — область левой нижней теменной доли, поля 39 и 40.

Агнозия. Отсутствие понимания, узнавания воспринимаемых объектов.

Зрительная агнозия. Больной видит знакомый предмет, но не в состоянии узнать его. У него утеряно представление о значении отдельных частей, составляющих целое. В то же время путем ощупывания он может дать точное определение данного предмета. Места поражения — преимущественно вторичные зрительные поля 18 и 19.

Тактильная агнозия (явление, обратное предыдущему) — неспособность узнавать знакомый предмет путем ощупывания при участках поражения в левой теменной доле.

Помимо этого, существует акустическая агнозия — неузнавание знакомых звуков, шумов (голоса животных, свист ветра, музыкальные тоны). Знакомая уже нам сенсорная афазия также входит в эту группу.

Различается также ауто- или соматотопагнозия — неспособность ориентироваться в частях собственного тела, агнозия на время и некоторые другие.

Глава 5

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПСИХОПАТОЛОГИИ

Патологию сознания подразделяют на выключение и помрачение сознания.

При определении состояния сознания основной вопрос заключается в том, сознание ясное или неясное, т. е. нет ли хотя бы незначительно выраженных признаков оглушенности, как бы легкой дремоты. При более выраженной степени оглушения больной отвечает только на вопросы, при этом неохотно, вяло. Он сонлив, заторможен. Углубление степени оглушения характеризуется безучастностью больного к окружающему. Глаза его закрыты. Он реагирует только на резкие воздействия (тормошение, громкие оклики), и то не всегда адекватно. Вообще ясность сознания определяется возможностью больного ориентироваться в собственной личности (сознание своего «я»), в месте, времени и ситуации.

Оглушение. Это состояние характеризуется затрудненностью осмысления, нарушением отчетливости в восприятии окружающего, нередко растерянностью. Больные производят впечатление одурманенных. Они вялы, малоподвижны, их мимика невыразительна, бедна, они подолгу сохраняют раз принятое положение тела.

Сопор — реакции на словесные раздражители отсутствуют. Больной реагирует, и то незначительно, только на болевые раздражения.

Кома характеризуется полной потерей сознания и отсутствием реакции на любые раздражители, как, например, при диабетической коме или при эпилептическом припадке.

Делирий. В этом состоянии теряется представление о месте, времени и ситуации, но сохраняется сознание своего «я». Обычно при этом возникают яркие иллюзии, галлюцинации, часто устрашающего характера. Больной проявляет страх, беспокойство, психомоторное возбуждение. Может быть социально опасным для окружающих и для самого себя. Одним из примеров делирия может служить белая горячка.

Аменция. Больные растерянны, спутанны, не сознают, что с ними происходит, где они находятся. Часто бывают яркие сновидения, галлюцинации. Нередко отмечаются тревога, беспокойство. Причина обычно соматогенная.

Сумеречные состояния сознания. Это состояние суженного сознания, что обуславливает крайне ограниченное восприятие окружающего. Одним из примеров этого может служить сомнамбулизм (снохождение). При этом совершаются или бесцельные действия (топтанье на одном месте, перебирание каких-либо предметов), или поступки носят внешне упорядоченный характер — открывание двери, выход на улицу и т. п.

Сходны с этим состоянием явления амбулаторного автоматизма, обычно наблюдаемые при эпилепсии и, как уже указывалось выше, при истерии.

К сумеречным состояниям могут быть отнесены также патологическое опьянение и некоторые случаи религиозного экстаза. Не исключена возможность возникновения при этом иллюзий и галлюцинаций.

Расстройства восприятий и представлений чаще встречаются при заболеваниях экзогенного происхождения.

К иллюзиям относится искаженное восприятие окружающего мира или отдельных предметов и явлений. У здоровых людей это обычно нередкие ошибки узнавания, когда знакомый голос по телефону воспринимается как чужой и наоборот, прохладная вода после холодной кажется теплой, куст в сумерках или иной предмет воспринимается как фигура человека и т. п.

При повышенной впечатлительности невротичных больных эти явления становятся более резко выраженными — посторонние шумы воспринимаются как чьи-то шаги или голоса, иллюзия кажущейся устрашающей фигуры допол-

няется различными деталями, но самым главным является то, что здесь не теряется критика к этим феноменам. Принятие иллюзорных образов за действительность, отсутствие критического к ним отношения свидетельствуют о наличии психотического симптома.

Галлюцинации, в отличие от иллюзий, представляют собой обманы чувств, возникающие вне зависимости от реальных объектов. Как редкие эпизодические явления галлюцинации встречаются и у здоровых людей: например, послышался звонок телефона, особенно при напряженном ожидании последнего; оклик по имени; как будто промелькнула какая-то тень.

У невротичных больных, особенно при истерии, галлюцинации при всей их эпизодичности отличаются нередко значительной жизненностью, яркостью. Так, больная, например, отчетливо слышит голос своей умершей матери или даже видит ее. Также может возникнуть какое-либо другое видение.

Критика обычно сохраняется; лишь в отдельных случаях она теряется на очень короткое время.

У психически больных галлюцинации, так же как иллюзии, отличаются большей сложностью, разнообразием и отсутствием к ним критического отношения.

Галлюцинации могут относиться к любым органам чувств, к любым анализаторам (зрительные, слуховые, обонятельные и др.).

Обычно галлюцинаторные зрительные образы располагаются во внешнем пространстве, среди реальных объектов, но существует особый тип галлюцинаций, описанный известным психиатром В. Х. Кандинским. Это псевдогаллюцинации Кандинского. Они воспроизводятся внутри собственного тела, в голове. У таких больных нередко бывают жалобы на наличие звучащих мыслей, которые могут слышать окружающие, это «симптом открытости». У больных возникает представление, что эти мысли не принадлежат им, а внушены или вложены кем-то другим. Возникает ощущение, что вся их психика — результат сделанности, чуждости. Весь этот симптомокомплекс называется *синдромом психического автоматизма Кандинского* — *Клерамбо* и чаще бывает при шизофрении.

Случается, что хорошо знакомая обстановка, жизненная ситуация воспринимаются как чуждые, не имеющие к больному прямого отношения, — это дереализация. Такое же отношение к своей личности, к своему телу называется деперсонализацией. Ложные ощущения изменения схемы своего тела,

увеличение, уменьшение, искажение его частей носят название психосенсорных расстройств.

Особый симптом «уже виденного» характеризуется тем, что данная ситуация, переживаемая впервые, представляется уже пережитой когда-то, но, кроме этого ощущения, никаких других уточняющих воспоминаний не появляется. Настоящее явление в незначительно выраженной форме бывает и у здоровых. Для понимания патогенетических механизмов иллюзий и галлюцинаций обычно привлекаются данные павловского учения о фазовых гипнотических состояниях, об изолированных очагах возбуждения и современные представления, относящиеся к некоторым положениям теории информации.

Расстройства мышления. Неспособность познать общие свойства различных объектов окружающего мира и их взаимоотношения между собой, понять существующие связи между предметами и явлениями проявляется в случайных сочетаниях представлений, в отсутствии логической связи между ними. Этот симптом служит одним из кардинальных признаков шизофрении и носит название **р а з о р в а н н о с т и мышления**.

Например, больная говорит: «Я недавно вернулась из Москвы, потому что этот мужчина бросил сейчас окуроч, а летом идет дождь». Смысл в предложении отсутствует, логических связей нет, хотя грамматически фраза построена правильно. Случается, что шизофрения начинается с неврастеноподобных явлений, в некоторых случаях при этом удается уловить отдельные намеки на недостаточность логических построений в речи больного. Это дает основание подумать о возможности развития здесь и в дальнейшем данного психического процесса, особенно если с этим сочетаются нарастающая замкнутость, падение интересов и некоторые другие изменения поведения. Преимущественно при инфекционных психозах нередко наблюдаются **б е с с в я з н о с т ь мышления**, его спутанность, невозможность ориентировки в окружающем, например при аменции.

К расстройствам мышления относится также **р е з о н е р с т в о** — бесплодное рассуждательство. Как крайняя граница нормы оно встречается при нерезкой выраженности у здоровых людей, лиц, страдающих неврозами, в большей степени у психопатов и психически больных. Если здоровый с склонностью к резонерству будет с излишней длительностью и ненужными подробностями и отвлечениями обсуждать какую-либо тему, то у больного это выходит далеко за ее пределы.

Например, больной в ответ на вопрос о его возрасте говорит: «Вопрос о возрасте очень серьезный. От этого за-

висит, что человек может и что он не может. То есть речь идет о деятельности человека и что он собой представляет». Дальше больной продолжает в таком же духе.

Ускоренное течение мыслительного процесса наблюдается, в частности, при маниакальных состояниях. В резко выраженных случаях отмечается так называемая «скачка идей», которая характеризуется недостаточной последовательностью изложения, отвлекаемостью на побочные ассоциации, переходом на другие предложения, когда предыдущее еще не закончено. Больной возбужден, речь торопливая. Замедленность процесса мышления встречается, наоборот, при депрессивных состояниях. Даже относительно элементарная умственная деятельность выполняется больным с трудом и медленно. Сосредоточенность на своих тяжелых переживаниях — идеи самообвинения, сознание безнадежности своего положения и др.

Навязчивые мысли. Мысли и действия навязчивого характера, к которым имеется критическое отношение, могут встречаться и у здоровых людей — навязчиво повторяющиеся мелодия, фраза, воспоминание, потребность в каком-либо навязчивом движении. Путем волевого усилия здоровый человек обычно довольно легко освобождается от навязчивости.

В наиболее выраженной форме состояние навязчивости представлено при неврозе навязчивости, а также нередко встречается в виде синдрома и при других неврозах, особенно при психастении.

Из психозов этот синдром чаще отмечается при шизофрении. Навязчивость характеризуется тем, что человек понимает ненужность, нелепость этого явления, хочет подавить его, но не может: например, потребность считать окна в домах или какие-либо другие предметы, неоднократно прикасаться к каким-либо вещам, испытывать навязчивые сомнения по поводу какого-либо уже установленного факта и т. п. Среди прочих навязчивостей особенно часто встречаются навязчивые страхи — фобии.

Сверхценные идеи. К сверхценным идеям относятся представления, занимающие непомерно большое место в сознании больного и объективно не соответствующие тому значению, которое придает им он сам, хотя это представление больного развилось на основании реальных жизненных обстоятельств. Так, в одном случае сверхценная идея заключается в стремлении приобрести желаемую вещь, хотя ее приобретение не диктуется какой-либо действительной необходимостью. Ради этого, однако, больной затрачивает большие усилия, идет на значительные жертвы. В другом случае больной упорно до-

бывается получения для себя каких-то выгод, несмотря на отсутствие серьезных оснований, и в связи с этим получает постоянные отказы.

У больных неврозами сверхценные идеи проявляются в представлениях о якобы чрезвычайной тяжести и сложности имеющегося у них заболевания или в ошибочном мнении о значении какого-либо конфликта и т. п. Сверхценные идеи у больных неврозами могут поддаваться разубеждению в большей степени, чем у дисгармоничных личностей, психопатов, нередко страдающих ими.

Бредовая идея — это ошибка суждения, возникшая на болезненной основе, находящаяся в резком противоречии с действительностью, искаженно ее отражающая, полностью овладевающая сознанием, не нуждающаяся в обосновании, не поддающаяся коррекции и представляющая собой психотическое явление. Бредовые идеи отличаются большим разнообразием, большей или меньшей выраженностью чувственного конкретного или отвлеченного содержания, различной степенью систематизации или характеризуются фрагментарностью, до полной разорванности бредовых представлений.

Как пишет В. А. Гиляровский (1954), «расстройства мышления находят наиболее яркое отражение в бреде, в бредовых идеях».

Многие авторы указывают, что наиболее часто встречается бред особого отношения, в частности бред преследования. Больному представляется, что все окружающее имеет к нему какое-то особое отношение, окружающие перешептываются по поводу его, или они намереваются предпринять против него какие-то действия, или уже создана преступная организация, члены которой пропускают через него смертоносные лучи, отравляют воздух, которым он дышит (бред физического воздействия), и т. п.

При ипохондрическом бреде больной может утверждать, что у него сгнили сердце, легкие, даже все внутренние органы, что он представляет собой труп (синдром Котара). Бред самообвинения характеризуется представлениями о наличии различных проступков, которые якобы совершил больной и за которые он должен понести тяжелое наказание. С другой стороны, встречается бред величия — больной якобы обладает невероятным могуществом. Он способен влиять на судьбы народов, изменять структуру вселенной. Наблюдаются также бредовые идеи изобретательства, ревности, обогащения и др.

Паранойяльный бред — это систематизированная, логически построенная бредовая система, исходящая из абсо-

лотно ошибочного представления и в своем развитии произвольно использующая только те положения, которые способны ей соответствовать.

Параноидный бред менее систематизирован, более нелеп. Он характеризуется также наличием галлюцинаций и псевдогаллюцинаций, явлениями психического автоматизма (галлюцинаторно-параноидный синдром Кандинского — Клерамбо).

Парафренный бред также недостаточно систематизирован. Он отличается фантастичностью с идеями величия или преследования, с галлюцинациями истинными и псевдогаллюцинациями. При нем нередко отмечается смешение знакомых и незнакомых людей; знакомые представляются незнакомыми и наоборот. Имеются явления психического автоматизма. Характерны ложные и совершенно вымышленные воспоминания, приятные или неприятные ощущения. Одни авторы считают парафренный бред вариантом параноидного бреда, другие описывают его как самостоятельное явление.

Расстройства памяти. Полное выпадение памяти носит название амнезии. В одних случаях может иметь место выпадение памяти на какой-то отрезок времени перед потерей сознания (ретроградная амнезия). В других случаях память выпадает на события, происходившие непосредственно после травмы, вызвавшей потерю сознания, — это антероградная амнезия.

Ложные воспоминания — псевдореминисценции — заключаются в перенесении больными прошлых событий определенного времени в другое время, чаще в настоящее. Так, находясь в больнице, больной утверждает, например, что он только что был на охоте.

К другим нарушениям памяти относятся **конфабуляции** — представления больного о событиях, вообще никогда не существовавших. Это измышления, фантазии больного.

При корсаковском (амнестическом) синдроме больные не ориентируются в окружающем, не в состоянии запомнить людей, с которыми они постоянно встречаются, не знают, чем они только что занимались, но достаточно точно удерживают в своей памяти события их жизни, происходившие до болезни.

Нарушения памяти могут отмечаться при различных органических поражениях головного мозга. При неврозах может отмечаться только снижение памяти, за исключением психотических истерических явлений.

Расстройства эмоциональной сферы. Эмоции нарушаются в двух направлениях — в сторону повышенного или пониженного настроения. О нарушении можно говорить лишь

в тех случаях, когда данное эмоциональное состояние не соответствует жизненной ситуации больного.

Патологически повышенное настроение (эйфория) обычно присуще маниакальной фазе маниакально-депрессивного психоза (циркулярного), так же как патологически пониженное настроение характерно для его депрессивной фазы. Эти симптомы, относительно незначительно выраженные, составляют смягченную форму циркулярного психоза — циклотимию. Циклотимия может встречаться в клинике неврозов, тем более, что ее приступы могут быть спровоцированы и психогенными факторами.

Маниакальное состояние характеризуется тремя основными показателями: повышенным настроением; ускоренным течением мыслей, могущим достигать бессвязности; двигательным возбуждением.

Депрессивное состояние определяется подавленным настроением, заторможенностью мышления (обычно с фиксированностью на психотравмирующих представлениях), двигательной заторможенностью.

В последние годы внимание психиатров все больше привлекает скрытая депрессия (ларвированная, от слова «ларва» — личинка), депрессия без депрессии, вегетативная. Здесь на первое место выступают различные соматические симптомы — плохое самочувствие, боли в области сердца, в животе, головные боли, тошнота и др. Эти явления как бы маскируют признаки циклотимической депрессии — сниженное настроение, затрудненность мышления, пониженная двигательная активность.

Скрытая депрессия может повести к ошибочному диагнозу ипохондрического невроза. Одним из доказательств наличия скрытой депрессии является положительный результат от применения в этих случаях антидепрессантов, в то время как использование других методов терапии не давало лечебного эффекта. Характерным для депрессии является также улучшение состояния к вечеру.

Вообще депрессивные состояния, хотя и нерезко выраженные, нередко встречаются в клинике неврозов. Они требуют особого внимания медперсонала, в частности в связи с возможными намерениями лишить себя жизни (суицидные намерения). При наличии таких тенденций больной переводится в психиатрический стационар, где может быть обеспечена гарантия его жизни и осуществлено соответствующее лечение.

Эмоциональная слабость (слабодушие) — это чрезвычайная подверженность посторонним воздействиям,

меняющим настроение больного. Любой незначительный повод может вызвать у больного слезы или смех, причем указанные явления протекают на значительно ослабленном астенизированном фоне. Это наблюдается у больных атеросклерозом и у невротических больных с соответствующими другими симптомами, характеризующими эти состояния.

Эмоциональная тупость. Состояние безразличия, апатии ко всему окружающему и к самому себе. Больной не проявляет ни радости, ни огорчения. Он остается безучастным по отношению к любым событиям жизни.

Данный синдром характерен для некоторых психических заболеваний, в частности шизофрении, и имеет некоторое сходство с психогенным ступором при истерии и при некоторых невротических состояниях, обусловленных астенизацией.

Нам следует коротко ознакомиться еще с некоторыми явлениями, встречающимися как в клинике тяжелых психических заболеваний, так и в клинике неврозов. Это чувство внутренней напряженности, настороженности, сосредоточенности на своем состоянии, готовности к неожиданным действиям — нападению, бегству и т. п. Тревога обуславливается беспокойным ожиданием каких-либо трагических событий, нередко связанных с опасностью для жизни, здоровья. Страх — это эмоция, способная возникнуть в ситуациях опасности, угрозы и имеющая различную степень выраженности: от состояния тревожной неуверенности до ужаса.

Анорексия («а» — отрицание, «орексис» — аппетит) — отказ от еды, могущий привести к тяжелому истощению со всеми его последствиями. Анорексия истинная характеризуется полным отсутствием аппетита и в некоторых случаях даже отвращением к еде. Анорексия ложная определяется сознательным отказом от пищи. Последнее может быть обусловлено бредовыми представлениями у психически больных (например, боязнь отравления). При неврозах анорексия бывает обычно частичной и чаще связана с боязнью излишней полноты. Ввиду этого нервной анорексией преимущественно страдают молодые девушки и женщины.

При анорексии необходимо учитывать возможность ряда других вызывающих данное состояние причин (например, болезнь Симмондса — гипофизарная кахексия).

Сексуальные извращения (перверзии). К половым извращениям относятся различные отклонения от нормальной половой жизни, наиболее часто встречающиеся у психопатических личностей. Преимущественное распространение имеет **гомосексуализм** — половое влечение мужчин к мужчинам (педерастия), а женщин к женщинам (лесбианство,

лесбийская любовь). Истинный гомосексуализм обуславливается расхождениями между внешними признаками пола и противоположными нейроэндокринными влияниями. Могут быть также аномалии половых органов. Приобретенный гомосексуализм связан с воздействием среды. Однако часть случаев гомосексуализма еще не имеет удовлетворительного объяснения. К половым извращениям относятся также половое влечение к детям — педофилия, к старым людям — геронтофилия, к животным — содомия, скотоложество, к трупам — некрофилия, к вещам (преимущественно носильной одежде), принадлежащим противоположному полу, — фетишизм. Половое удовлетворение у некоторых лиц достигается лишь в сопровождении болевых раздражений, наносимых партнеру или партнерше (укусы, щипки, удары). Эта форма перверзии носит название с а д и з м а, по имени маркиза де Сад, отличавшегося такой склонностью. Противоположностью является половое удовлетворение, наступающее при присоединении к половому акту боли, причиняемой партнером или партнершей, — м а з о х и з м (по имени писателя Захер-Мазоха, страдавшего этим расстройством).

Э к с г и б и ц и о н и з м — влечение к обнажению своих половых органов в присутствии представителей противоположного пола.

Г и п е р с е к с у а л ь н о с т ь — резко повышенное половое влечение, занимающее непомерно большое место в жизни данной личности, определяющее все ее поведение: сатириазис у мужчин и нимфомания у женщин. Не являясь перверзией, гиперсексуальность, однако, нередко требует коррекции медикаментозными средствами и применения психотерапии.

О н а н и з м — мастурбация, половое самоудовлетворение — явление, нередко имеющее место в периоде полового созревания и проходящее с возрастом. Неумеренное занятие онанизмом, особенно в подростковые годы, может вести к астенизации.

Несомненно, патологическим следует считать занятие онанизмом взрослого человека, заменяющего им нормальную половую жизнь при полной возможности осуществления последней.

К патологическим влечениям следует также отнести приступы влечения к воровству, зачастую совершенно бесполезных вещей (клептомания); приступы стремления к бродяжничеству (дромомания) и некоторые другие. Особо следует отметить алкоголизм и другие наркомании. Во всех этих случаях большое значение имеет отношение самого пациента к имею-

шему у него влечению, поскольку это обстоятельство является одним из основных факторов, определяющих проблему ухода и лечения.

Весь этот материал и ряд других более специальных данных необходимо иметь в виду при определении невротического состояния у больного, т. е. при установлении диагноза. Хотя в основном это дело врача, но средний медработник должен иметь представление об основных положениях, обуславливающих диагностирование. Это тем более необходимо для среднего медработника, работающего самостоятельно, например, на фельдшерском участке.

Глава 6

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Кроме обязательных лабораторных исследований — клинических анализов крови (в том числе реакции Вассермана, Кана, цитохоловая), мочи, кала (яйца глистов, патогенная кишечная флора), в зависимости от имеющихся показаний проводится ряд других исследований.

Метод рентгенологического исследования основан на контрастах, которые создаются при прохождении рентгеновских лучей через ткани организма, различной проницаемости для этих лучей (в частности, для черепа — это краниография).

Так, при повышении внутричерепного давления (гипертензионный синдром) могут наблюдаться расширение черепных швов (у молодых людей), усиление пальцевых вдавлений, усиление рисунка борозд синусов, разрежение костной ткани (остеопороз), преимущественно спинки турецкого седла. Более точным методом рентгенологического исследования является пневмоэнцефалография — при введении в полость черепа воздуха в объеме, равном предварительно выпущенной спинномозговой жидкости (до 100 мл, небольшими количествами — по 10—15 мл). При этом в случае органической патологии встречаются смещения желудочков мозга или их расширения, неравномерность. Может быть также обнаружено наличие спаек по отсутствию воздуха в отдельных участках субарахноидального пространства в результате обычно перенесенных воспалительных процессов. Кстати, следует отметить, что в ряде случаев воздух, разрывая спайки, может восстановить ток ликвора, и тогда нередко вследствие снижения повышенного внутричерепного давления

лучшается состояние больного, например уменьшаются или даже исчезают головные боли.

Ангиорентгенография. Этот метод основан на введении индифферентного (безразличного) контрастного вещества в сосудистую систему мозга, обычно через общую сонную артерию, путем пункции. Таким образом удается выявить наличие опухоли, в том числе абсцесса, кисты, аневризмы, обнаружить закупорку сосуда и некоторые другие патологические изменения.

Исследование спинномозговой жидкости (ликвора). Как уже указывалось, нормальный ликвор прозрачен и бесцветен. При гидроцефалии, при воспалительных процессах давление ликвора увеличивается (вследствие возрастания его объема), и объем его может достигать до 500 мл (при норме 100—150 мл). Помутнение ликвора, изменение его цвета бывают при воспалительных процессах, при опухолях, после бывших кровоизлияний и др. Красная окраска — результат или свежего кровоизлияния, или нарушения целостности кровеносных сосудов при проведении пункции.

Резко повышенное число форменных элементов (в основном лимфоциты) — от 100 до нескольких тысяч в 1 мл — характерно для воспалительных процессов, особенно для острых гнойных менингитов. Меньшее число клеток, в пределах 100, встречается при опухолях, абсцессах и некоторых других заболеваниях мозга.

Большое значение имеет исследование ликвора на белок. Увеличение содержания последнего является показателем наличия ряда органических процессов — опухолей, воспаления, венозного застоя и др.

Электроэнцефалография (ЭЭГ). В общих чертах с электроэнцефалографией мы познакомились, когда излагались сведения об электрических явлениях в мозге. Теперь следует добавить, что ЭЭГ представляет собой метод исследования биоэлектрической активности мозга, заключающийся в регистрации электрических потенциалов мозга, преимущественно в диапазоне частот 0,5—35 Гц.

Первые эксперименты, показавшие наличие электрических процессов в мозге животных, были проведены Дюбуа-Реймоном в 1849 г. Однако широкое применение ЭЭГ в клинической практике началось лишь с работы Г. Бергера (1929), которому удалось впервые записать биоэлектрические потенциалы в мозге человека и показать их ритмическую природу.

В настоящее время для ЭЭГ применяется совершенная электронная аппаратура и используются различные методы

анализа получаемых записей, начиная от наиболее простого визуального (определения на глаз) до специальных автоматических анализаторов-интеграторов, а также электронно-вычислительных машин.

Особое значение имеют применяемые в настоящее время так называемые функциональные нагрузки или пробы. Они дают возможность выявить до того замаскированные особенности ЭЭГ; это открывание и закрывание глаз, световые и звуковые раздражения, учащенное и углубленное дыхание (гипервентиляция) и некоторые другие. Велика также роль вызванных потенциалов (ВП), т. е. биоэлектрической реакции мозга, обусловленной возбуждением определенных систем нейронов при восприятии ими раздражений. Применяются также слова-раздражители. При этом слова, имеющие для исследуемого важное значение, обычно вызывают и более выраженную реакцию.

Следует еще добавить, что медленные волны с большой амплитудой (δ - и θ -волны) являются нормальным явлением, характеризующим обычно состояние глубокого сна без сновидений.

При органических поражениях головного мозга биоэлектрическая активность изменяется в зависимости от типа нарушения, и основным признаком при этом служит изменение частоты колебаний или в сторону замедления (δ - и θ -ритмы), или в сторону учащения (γ -ритм) с частотой свыше 35 Гц. Наличие патологического очага может раздражать или угнетать окружающую нервную ткань, и тогда на ЭЭГ появляются медленная биоэлектрическая активность и быстрые электрические разряды: нередко отмечается и межполушарная асимметрия (межполушарные различия ЭЭГ), например при опухолях, кисте, абсцессе и т. п.

При сосудистых поражениях нередко страдает регулярность ритмов, возникают медленные и острые волны. Эпилепсии наиболее свойственны наличие высокой амплитуды и комплексы: пик — медленная волна.

При неврозах и ряде психических заболеваний могут выявляться известные нарушения, но имеющие функциональный характер. Астенические состояния, гипостеническая форма неврастении часто характеризуются резким снижением реактивности на раздражители, почти плоской ЭЭГ [Штейнгарт К. М., 1968; Артемчук Н. Л., 1976, и др.].

Обобщая данные В. В. Бобковой (1967, 1970, 1971), Е. А. Жирмунской (1958), В. К. Мягер (1976), Б. Д. Карвасарский пишет, что общими для неврозов особенностями биоэлектрической активности являются ее неустойчивость

и нерегулярность, наличие α -волн в лобных отделах коры (в норме — в затылочных), многочисленные острые колебания, а также присутствие медленных волн. Как видно, при неврозах отмечается значительное разнообразие ЭЭГ.

Коротко определим еще три метода исследований, применяемых в клинике.

Эхоэнцефалография основана на различном отражении ультразвуковой волны различными образованиями мозга в норме и при их патологических изменениях.

Реография — исследование электрического сопротивления тканей главным образом в системе артериального кровоснабжения мозга.

Палэнцефалография — регистрация сосудистых шумов, вызываемых движением крови в кровеносных сосудах мозга. Сосудистые шумы возрастают при патологических изменениях в стенках сосудов и уменьшении их просвета.

Некоторые биохимические данные. Амины — это органические соединения, содержащие азот. Биогенные амины представляют собой результат превращения некоторых аминокислот, являющихся материалом для биосинтеза белков и пептидов. К биогенным аминам относятся катехоламины. Это адреналин, норадреналин, дофамин. Катехоламины служат медиаторами — веществами, способствующими передаче возбуждения или торможения в синапсах, и гормонами. Превращения катехоламинов из аминокислоты тирозина происходят в следующей последовательности: тирозин — ДОФА — дофамин — норадреналин — адреналин. Катехоламины образуются в мозговом веществе надпочечников, в центральной нервной системе и в некоторых других местах. Катехоламины играют очень большую роль в адаптационных процессах организма. Возбуждение симпатико-адреналовой системы усиливает выделение адреналина. При этом стимулируется кора головного мозга, через гипоталамус в конечном итоге возрастает количество кортикостероидов (гормоны коры надпочечников, регулирующие обмен веществ — водно-солевой, углеводный, белковый и жировой). Действие адреналина сходно с состоянием возбуждения симпатических нервов. На ЦНС адреналин в терапевтических дозах существенного действия не оказывает. Дофамин — предшественник норадреналина; в деятельности ЦНС он служит медиатором; принимает участие в биосинтезе, высвобождает норадреналин из пресинаптических депо. Норадреналин — медиатор симпатической нервной системы, а также некоторых других образований ЦНС. Он обладает выраженным сосудосуживающим действием, умеренной стимуляцией сокращений сердца и некоторым воздействием на обмен веществ.

М. Е. Вартанян (1983) излагает некоторые биологические гипотезы психотических состояний. Так, дофаминовая гипотеза заключается в представлении об избыточном накоплении в мозге дофамина, вследствие нарушения его регуляции в мезенцефально-корковой и мезенцефально-лимбической системах. Эти нарушения могут привести к аффективным и психотическим расстройствам. В регуляции дофамина участвует гамма-аминомасляная кислота (ГАМК), выполняющая тормозные функции. Отсюда встает вопрос о возможности участия

нарушений обмена ГАМК в развитии шизофрении и аффективных психозов. Серотонин относится к биогенным аминам, служит медиатором первой системы. Патологические аффективные состояния связывают с нарушениями его метаболизма.

В настоящее время большое внимание, в плане воздействия на ЦНС, уделяется пептидам-полипептидам. Это высокомолекулярные соединения остатков аминокислот. К ним относятся некоторые гормоны, витамины, антибиотики. Нейропептиды содержатся в ЦНС. Нейропептиды вазопрессин, окситоцин и др., вероятно, принимают участие в процессах запоминания и консолидации памяти. Допускается также, что эти вещества являются химическими переносчиками специфической информации между нервными клетками. Часть нейропептидов — эндогенные морфины — получили название эндорфинов и энкефалинов. Изменение их концентрации может приводить к нарушениям психической деятельности [Вартанян М. Е., Лидеман Р. Р., 1978].

Б. Д. Карвасарский (1980), излагая биохимические аспекты неврозов, указывает лишь не некоторую тенденцию к снижению адреналина и норадреналина. Содержание ДОФА и дофамина характеризуется достоверным снижением, что, вероятно, является следствием истощения симпатико-адреналовой системы. Исследование гипофизарно-адреналовой системы показало убедительное снижение в крови 11-оксикортикостероидов (кортизол и кортикостерон), что свидетельствует об истощении этой системы. Уровень серотонина является показателем активности энтерохромаффинной системы, при обычном состоянии больных неврозами не отличается от нормы, но возрастает при стрессе. Ацетилхолин — медиатор парасимпатической нервной системы и некоторых других структур. При неврозах отмечаются значительные колебания его уровня. Гистамин — биогенный амин парасимпатической направленности. Медиатор аллергических реакций. У значительной части больных неврозами отмечено повышение содержания гистамина в крови.

Методы экспериментально-психологических исследований. Основными психологическими методами изучения психики человека служат наблюдения, беседа и психологический эксперимент. О первых двух достаточно сказано в другом месте; что касается психологического эксперимента, то он проводится с применением специальных тестов с целью получения количественных и качественных показателей, характеризующих определенную особенность психической деятельности и позволяющих подойти к возможности представления о физиологических основах этой особенности.

Экспериментально-психологические методы, так же как и ряд вышеприведенных, применяются не стандартно всем больным, а лишь в тех случаях, когда необходимо уточнить ту или иную особенность состояния больного. Следует также подчеркнуть, что определяющей является клиническая картина заболевания, а эксперимент имеет лишь относительное значение. Из большого количества психологических методик приводим лишь некоторые, наиболее часто употребляемые в клинической практике.

Исследования внимания и утомляемости. Корректурная проба [Бурдон, 1895]. В рядах случайно напечатанных букв необходимо вычеркивать две определенные буквы по выбору экспериментатора. Отмечаются правильность вычеркиваний и время выполнения всего теста.

Счет по Крепелину (1895) в модификации Шульте. Требуется производить сложение двух однозначных чисел в столбцах. Здесь также отмечаются число правильных и ошибочных ответов и затраченное на весь тест время.

Отыскивание чисел (в таблице Шульте). На таблице с числами от 1 до 25, расположенными в беспорядке, требуется показывать и называть цифры согласно их обычной нумерации: 1, 2, 3, 4 и т. п. Здоровые обнаруживают числа на одной таблице за время до 1 мин.

Исследование памяти. Проба на запоминание 10 слов. Больному зачитывают 10 слов, не связанных между собой, и предлагают их повторить через 20—30 мин. Здоровые обычно запоминают все слова через 4—5 повторений. В процессе исследования отмечаются правильные и ошибочные ответы, а также время. Здоровые обычно запоминают 5—6 слов после первого же зачитывания.

Исследование мышления — ассоциативный процесс. Пиктограмма по А. Р. Лурия. Данная методика служит для исследования опосредованного запоминания и исследования ассоциативного процесса, т. е. мышления. Обследуемому называют 10—15 слов и для их запоминания предлагают для каждого слова сделать какой-нибудь очень простой рисунок. Например, один из здоровых обследуемых на слово «веселье» нарисовал только смеющийся рот, на слово «печаль» — один глаз с крупной слезой под ним и т. п. Через 1 ч производится проверка на запоминание по пиктограмме. Качество рисунков, отражающих ассоциацию, дает возможность судить о характеристике ассоциативного процесса (контрастность, образность или отвлеченность представлений, неадекватность изображений, обилие ненужных деталей, свидетельствующих о наличии инертности, и т. п.).

Ассоциативный (словесный) эксперимент. Эта методика применяется в клинике особенно часто. Для проведения ассоциативного эксперимента подбирается 25—30 слов-раздражителей, наиболее индифферентных, безразличных для данного больного; в их число включаются 2—3 аффектогенных (предположительно имеющих особое значение для больного). Больному дается задание на каждое слово-раздражитель, производимое экспериментатором, отвечать сразу же, первым появившимся в сознании словом. При этом записываются латентное время ответа и само ответное слово. 1—3 раза можно применить неожиданно экстрараздражитель (вспышка света, звук и т. п.). Экстрараздражитель — это проба на чувствительность, на силу раздражительного процесса, что и показывают изменение или неизменение следующей за ним ответной реакции и латентного времени (время, длящееся с момента произнесения экспериментатором слова-раздражителя до ответного слова обследуемого). По окончании эксперимента проверяется репродукция — воспроизведение. Экспериментатор повторяет опять каждое слово, а больной должен ответить тем словом, которым он отвечал в эксперименте (проба на запоминание). Высчитывается среднее латентное время всех ответов (у здоровых — 1,2—1,8 с). Определяется количество высших и низших словесных реакций по А. Г. Иванову-Смоленскому.

Низшие ответы (междометные) — «гм», «ну», «ой» и др.: эхолалически повторяющие слово-раздражитель; отказные — «не знаю», «слов нет» и т. п.; вопросительные — «какой?», «кто?», «почему?».

Низшие ответы могут появляться и после применения аффектогенного слова-раздражителя и экстрараздражителя.

Высшие словесные реакции: индивидуально-конкретные, например «город — Москва», «чашка — голубая»; общеконкретные — «город — деревня», «чашка — блюдец»; абстрактные — «город — культура», «чашка — посуда».

Для получения более дифференцированных данных в ассоциативный эксперимент рекомендуется вводить словесный отчет больного о наличии или отсутствии каких-либо мыслей или образов после каждого ответного слова. Помимо того, в исследование включается несколько парных слов-раздражителей, связанных или не связанных между собой общим существенным признаком, например, холодильник — пылесос (общее — электрическая энергия), очки — море (общее отсутствует) [Первов Л. Г., 1971]. Оказалось, что больные неврастенией и психастенией на парные слова-раздражители с обобщением нередко отвечают соответствующим словом и затрудняются при ответе на разнородные пары. У больных истерией часто на парные слова-раздражители, вне зависимости от их связей, появлялись яркие образные представления, включающие результат обоих раздражителей. Следовательно, полученные таким образом данные могут способствовать уточнению диагноза.

Исследование интеллекта. Эти исследования имеют целью определение имеющихся у обследуемого знаний и возможности применения этих знаний в различных областях деятельности человека.

Для этих задач используется метод Стенфорда — Бине, при котором вычисляется «коэффициент интеллектуальности», представляющий собой процентное отношение умственного возраста к паспортному.

Значительное распространение за последнее время приобрел метод Векслера (1955), с помощью которого исследуются различные особенности интеллекта. Каждой такой особенности соответствует специальный раздел, содержащий определенные задания, расположенные в последовательно увеличивающейся сложности.

Например, раздел (или субтест) «общая осведомленность», состоящий из 29 вопросов, дает возможность в какой-то мере получить представление о памяти, интересах и образовании обследуемого.

Приводим некоторые вопросы такого типа (по В. М. Блейхеру 1976): Какой формы мяч? Для чего служит термометр? Почему темная одежда теплее светлой? Кто автор «Гамлета»? Что такое Ватикан? Кто написал «Илиаду»? Что такое этнография? Что такое гнесеология? Имеются еще субтесты: «общая понятливость», «нахождение сходства», «нахождение недостающих деталей» и др.

Исследование личностных особенностей. К исследованиям личности относятся в основном: 1) методы проективные, определяемые тем, что обследуемый как бы проецирует на

другого человека свои мысли и чувства, и 2) методы не проективные, заключающиеся в ответах на личностные опросники.

Фрустрационный (расстройство, срыв) тест Розенцвейга. На каждом из 24 рисунков изображен человек, находящийся во фрустрационной ситуации. Например, какой-то его собеседник говорит: «Вы лжец!». Или женщина восклицает, стоя перед осколками вазы: «Это ужасно! Вы разбили любимую вазу моей матери». Перед дверью квартиры жена говорит мужу: «Как нарочно, теперь ты потерял ключи» и т. п. В каждом из этих случаев обследуемый должен написать ответ первой пришедшей ему в голову фразой за человека, находящегося во фрустрации. На основании анализа ответов обследуемого делаются заключения о некоторых особенностях его личности.

Тематический апперцепционный тест Моргана и Муррея (ТАТ). Обследуемому предлагается ряд картин, и по каждой из них требуется написать короткий рассказ, выходящий за рамки данного изображения (например, плачущая женщина перед неплотно закрытой дверью; молодой человек и пожилая женщина, как видно по выражению их лиц и поз, только что закончившие какой-то неприятный разговор, и т. п.). В рассказе должна быть объяснена не только изображенная сцена, но и что ее обусловило и каким может быть ее окончание. В данном случае обследуемый невольно будет изображать героев рассказа в соответствии со своими мыслями и чувствами.

Метод Роршаха. На 10 таблицах изображены пары причудливого рисунка пятен. Каждая пара представляет собой два совершенно одинаковых пятна, соединенных между собой так, что они составляют одно целое. Такие пятна можно получить, если согнуть лист бумаги, развернуть его, рядом со сгибом нанести каплю чернил, опять плотно сложить бумагу и вновь развернуть ее. Обследуемому требуется описать, на что похожи эти пятна, будет ли он обращать внимание на целостность изображения или на отдельные детали; будет ли преимущественно представлять себе живые или неживые объекты и т. п.

Опросники для исследования личности основываются на данных самооценки. В опроснике приводится ряд пунктов, на которые обследуемый должен дать ответ применительно к самому себе.

Как указывает В. М. Блейхер (1976), к наиболее известным и распространенным за рубежом относятся опросники Кеттелла, Миннесотский многофазный личностный тест (MMPI), опросник Айзенка.

Тест Кеттелла основан на определении обследуемым своих особенностей, исходя из предъявляемых ему противостоящих понятий: хвастливый — скромный, самонадеянный — неуверенный и т. п.

Тест MMPI Дальштрома и Велча (1962). Тест содержит 565 предложений — утвердительных или отрицательных, относящихся к различным особенностям личности. Больному требуется составить из них 2 группы: имеющую и не имеющую к нему отношение. Из указанных предложений составляются шкалы различного профиля: шизоидности, депрессии, истероидности и пр. Метод позволяет выявить семейные отношения, мнения больного, касающиеся самых разнообразных вопросов, его привычки и т. п.

Этот метод получил особенно широкое распространение и применяется у нас в вариантах Ф. Б. Березина и М. П. Мирошниченко, Л. И. Собчик, Б. Д. Карвасарского и соавт. и др.

Опросник Айзенка (1964). Этот опросник имеет целью выявление экстравертированности, интравертированности и нейротизма. Кроме этого, опросник содержит еще «шкалу лжи». Первое описание экстравертированных и интравертированных личностей принадлежит К. Г. Юнгу. В. Н. Мясищев (1926) рассматривал сходные психологические типы как экспансивный и импрессивный.

Экстраверты отличаются общительностью, эмоциональностью. Они вспыльчивы, но отходчивы. Их характеризует склонность к движениям, к действию. У них преимущественно приподнятое настроение, некоторая беззаботность. Интраверт, наоборот, отдален от большого общества, избирательно контактен, сдержан в проявлении своих чувств, нередко застенчив, бывает пессимистичен, исполнительен в отношении порученного дела.

Опросник Айзенка состоит из 57 вопросов, на которые требуется отвечать только словами «да» или «нет». Анализ этих ответов дает возможность выяснить отношение испытуемых к экстра- или интравертам.

По данным В. М. Блейхера, шизоидные и психастеноидные психопаты нередко обнаруживают интравертированность. Для больных истерией нередко характерны высокий показатель лжи и утрированно высокий показатель нейротизма, нередко не соответствующий объективно наблюдаемой клинической картине.

Применение каждой экспериментально-психологической методики дает обычно большой числовой материал, который подвергается математической обработке, и, таким образом, создается возможность получения цифровых показателей, которые можно сравнить друг с другом, строить соответствующие графики и делать необходимые выводы.

Некоторые из описанных здесь методик, особенно часто ассоциативный эксперимент, применяются в сочетаниях с какими-либо другими физиологическими методами исследования (ЭЭГ, КГР, ЭКГ и др.) с целью изучения участия вегетативных реакций в этих исследованиях.

Различные интеллектуальные задачи, эмоциональные состояния, обусловленные, например, действием экстрараздражителя, аффектогенным словом-раздражителем, могут вызвать различные изменения в течение данных физиологических процессов и, таким образом, дать основания для более глубокого понимания состояния больного.

Глава 7

КЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО

При определении невротического состояния больного, кроме ведущего исследования психики, требуется всестороннее обследование больного с целью получения достаточно достоверных данных о его внешних и внутренних особенностях для

полного представления о функции его внутренних органов, нервной системы, желез внутренней секреции и др.

Уже внешний вид, состояние одежды, осанка, мимика, жесты, походка, первые сказанные больным фразы могут многое дать для понимания его внутреннего состояния.

Жалобы больного. Путем опроса выясняется, что больно-го беспокоит, на что он жалуется. Здесь можно установить один из трех вариантов: а) преобладание жалоб на плохое настроение, раздражительность, повышенную впечатлительность, чувство беспокойства, тревоги, сосредоточенность внимания на каких-либо психотравмирующих обстоятельствах, чувство вины, страха и т. п., т. е. клиническая картина характеризуется преимущественно психопатологическими проявлениями; б) жалобы носят преимущественно соматический характер — плохое самочувствие, ощущение разбитости, вялости, недомогания, неприятные болезненные ощущения в различных местах тела, чаще в области сердца, в голове, затрудненное дыхание и др.; в) сочетание этих двух вариантов с большим или меньшим преобладанием каждого из них. Следует получить исчерпывающую информацию о реальной жизненной ситуации больного, о его служебной обстановке, личной жизни, взаимоотношениях с окружающими.

С особой осторожностью следует подойти к дифференцированию невротического состояния от психотических симптомов (обманы чувств — иллюзии, галлюцинации, сенестопатии, бредовые и бредоподобные идеи и др.). Здесь вопросы задаются в плане как бы обыденности этих явлений — что-то слышалось, чего нет на самом деле, или показалось зрительно, не появляются ли какие-либо особые ощущения и т. п. При положительных ответах эти данные подвергаются дальнейшему уточнению. Кстати, здесь, как и при всем общении с больным, следует предостеречь от возможности невольного внушения ему представления о наличии у него симптома, которого в действительности нет. Большую роль играет также состояние эмоционально-волевой сферы.

Анамнез болезни. Необходимо уточнить время начала заболевания. В одних случаях отмечается постепенное его развитие, в других болезненное состояние связано с рядом последовательно возникавших неблагоприятных воздействий и, наконец, имеют место невротические расстройства, обусловленные непосредственно переживаниями определенного события, точно устанавливаемого во времени.

Итак, ведущей непосредственной причиной невроза, как уже говорилось, является психогения, которую необходимо выявить в первую очередь. Следует также учесть возмож-

ность патогенного влияния объективно, казалось бы, незначительных психотравмирующих факторов, существующих длительное время и принявших как бы обыденную окраску.

Анамнез жизни. Этот раздел служит для выявления формирования личности больного, всех тех воздействий, под влиянием которых он находился в течение жизни; данных, касающихся его профессионально-общественной и личной жизни, перенесенных заболеваний, сведений о наследственности и др.

Наследственность. В настоящее время в медицине все большее значение приобретает генетика — наука, занимающаяся изучением наследственности и изменчивости живых организмов. Как указано в итогах XIV Международного генетического конгресса (1979), сейчас известно более 2000 наследственных болезней и ряд болезней с наследственным предрасположением.

Работ по наследственной передаче невротических состояний еще недостаточно, чтобы делать обобщающие выводы, но отдельные исследования показывают у ряда больных неврозами невротическую наследственную отягощенность, достигающую 50 % (по E. Slater). По данным В. Ф. Михеева (1988), синдром тревожности был диагностирован у однояйцевых близнецов (ОБ) в 70 % случаев и в 17 % — у разнояйцевых (РБ).

Современная медицинская генетика использует четыре основных метода генетического анализа: генеалогический, близнецовый, популяционно-статистический и цитогенетический.

Клинико-генеалогический метод является одним из главных, практически ценным и весьма информативным, широко применяемым в клинической практике. Основой данного метода служит родословная больного, включающая по возможности наибольшее число его родственников по восходящим и нисходящим линиям. Таким образом в ряде случаев удается проследить, например, наследование некоторых патологических признаков или определенных заболеваний и др. Этот метод может быть дополнен исследованиями передачи биохимических, иммунологических, электрофизиологических и других признаков.

Итак, отправным пунктом генетического исследования является сам пробанд, в данном случае больной, с которого начинается изучение родословной. Собираются данные о его родителях (возраст отца и матери, их профессия, состояние здоровья, перенесенные заболевания). Особое внимание уделяется их личностным особенностям — интеллекту, характеру, темпераменту; их взаимоотношениям и отношениям с окружающими. При выявлении у отца или матери невротических или психотических расстройств рекомендуется по возможности уточнить эти состояния. Следует учесть также возможность инбридинга, т. е. кровного родства между людьми, состоящими в браке. Если родители умерли, то постараться выяснить, в каком возрасте и от какой причины.

По той же схеме собираются данные о братьях и сестрах пробанда, о родителях отца и матери, о дядях и тетках, двоюродных и троюродных братьях и сестрах, о собственных детях и их потомстве, короче говоря, о всех кровных родственниках.

На основании полученных сведений в известной степени можно судить о соматических и психических особенностях пробанда в отношении его унаследованных или приобретенных черт. Конечно, это лишь относительная схема, поскольку, наряду с передачей от поколения к поколению некоторых основных особенностей, т. е. наследственности, может иметь место и неожиданное изменение этих свойств — наследственная изменчивость. Итак, современная медицинская генетика, наряду с болезнями исключительно наследственными, выделяет заболевания предрасположения. Эти болезни в очень большой степени зависят от воздействий окружающей среды, которая может или способствовать их развитию, или подавлять их. Отсюда чрезвычайно большая роль правильно собранного анамнеза для целей диагностирования и лечения больных.

Наличие состояния больного. Описываются телосложение больного, отдельные особенности, если таковые имеются: состояние видимых слизистых, кожи, внутренних органов. Измеряются артериальное давление и температура тела.

При неврологическом обследовании обращается внимание на особенности строения головы и лицевого черепа, сохранность мимики, равномерность носогубных складок, глазных щелей; внешний вид языка, принимаемое им положение при его высовывании по прямой линии или отклонения в сторону. Проверяется глоточный рефлекс легким прикосновением шпателя к задней стенке глотки. Предлагается также наморщить лоб, надуть щеки, вытянуть губы трубочкой. Проверяется состояние зрачков — их величина, равномерность, реакция на свет, осуществление конвергенции и аккомодации. Активные и пассивные движения конечностей, туловища, головы, мышечный тонус, сила мышц. Сухожильные и периостальные рефлексы с верхних и нижних конечностей. Брюшные рефлексы. Состояние чувствительности поверхностной и глубокой на всем теле. Патологические рефлексы. Координационные пробы — пальценосовая и коленно-пяточная. Проба Ромберга на сохранность равновесия. Отмечаются ли затруднения речи. Таким образом, путем неврологического исследования выявляется наличие органического поражения нервной системы или выступают симптомы функционального нарушения, характерные для невротических состояний.

Психическое обследование в процессе беседы с больным и наблюдения за его поведением представляют данные о имеющемся здесь невротическом или психотическом состоянии. Проверяется ясность сознания, мышления (логичность высказываний, правильность суждений, связи ассоциаций, преимущественно поверхностные или глубокие). Особенности памяти. Память образная, конкретная или по типу обобщений. Память на события отдаленные и недавние. Состояние внимания. Уровень интеллекта. Оценка ситуации различной сложности личной и общественной жизни. Эмоциональный фон, настроение. Наличие или отсутствие сенестопатий, иллюзий, галлюцинаций, бредовых идей и др. Отношение больного к себе, к своему болезненному состоянию и к окружающему. Способность к критике.

Устанавливаются выраженность и значение невротических или психотических явлений, выделяется основной господствующий синдром, определяющий невротическое или психотическое состояние больного. Ставится предварительный диагноз. Затем проводятся обычные лабораторные исследования крови, мочи, кала. При необходимости применяются дополнительные методы исследований.

Часть вторая **НЕВРОТИЧЕСКИЕ БОЛЬНЫЕ И УХОД ЗА НИМИ**

Глава 8 **НЕВРОЗЫ И УХОД ЗА НЕВРОТИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ**

Еще отец медицины Гиппократ сказал, что «нужно лечить не болезнь, а больного». Известно широко распространенное выражение, что нет болезней, а есть больные. Это, конечно, преувеличение, но оно подчеркивает значение личности больного, роль особенностей его организма и тем самым указывает на необходимость индивидуального подхода к каждому больному человеку, потому что «каждый болеет по-своему». Отсюда вытекает и роль ухода за невротическими больными. Как уже указывалось, уход за невротическими больными прежде всего основывается на знании невротических состояний и применении психотерапевтического воздействия. Ввиду этого рассмотрим основные невротические формы и проиллюстрируем их некоторыми примерами, относящимися к уходу за больными, страдающими такими состояниями. В связи с этим прежде всего необходимо сформулировать понятие невроза и ознакомиться с классификацией этих болезненных проявлений.

Определение невроза. Большинство авторов расценивают невроз как функциональное расстройство нервной системы, вызванное психогенным путем (психическая травматизация). Ведущий психогенный компонент невроза определяет болезненное изменение отношения больного к себе и к окружающему и обуславливает соматические нарушения различной выраженности. Невроз характеризуется обратимостью и преобладанием эмоционально-аффективных и соматовегетативных расстройств. При этом В. Н. Мясищев развил положение

о неврозе как болезни личности в системе ее отношений. А. М. Свядош определяет невроз как болезнь, обусловленную действием информации. Б. Д. Карвасарский (1980) подчеркивает, что невроз — это психогенное и, как правило, конфликтогенное нервно-психическое расстройство.

Согласно Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти девятого пересмотра (1975 г.) «разграничение между неврозом и психозом затруднено и остается спорным вопросом. Невротические расстройства — это психические расстройства без какой-либо очевидной органической основы, при которых больной достаточно ясно понимает свое состояние и сохраняет восприятие реальности и при которых он обычно не смешивает свой патологический субъективный опыт и фантазии с внешней реальностью.

Поведение может быть существенно нарушено, хотя обычно остается в общественно приемлемых границах и личность сохраняется. Основные проявления включают выраженный страх, тревогу, истерические симптомы, фобии, навязчивые и компульсивные симптомы, депрессию» (стр. 184).

Классификация неврозов. Многие исследователи придерживаются классификации неврозов в составе трех нозологических форм — неврастении, истерии и невроза навязчивости, а психастению относят к психопатиям. По другой классификации согласно руководству по Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти девятого пересмотра (МКБ-9), адаптированной для использования в СССР, психастения невротическая включена в раздел невротических расстройств (неврозов).

Невротические расстройства (неврозы) представлены следующими нозологическими формами (печатаются с сокращениями):

- 300.0 Невроз тревоги (страха).
- 300.11 Истерический невроз.
- 300.12 Синдром Ганзера истерический.
- 300.2 Фобии невротические.
- 300.3 Невроз навязчивости.
- 300.4 Депрессивный невроз.
- 300.5 Неврастения.
- 300.6 Синдром деперсонализации невротический.
- 300.7 Ипохондрический невроз.
- 300.81 Невропатия у детей раннего возраста (до 3 лет включительно).
- 300.82 Психастения невротическая.
- 300.89 Профессиональный невроз, в том числе писчий спазм.
- 300.92—300.99 — Неврозоподобные состояния, обусловленные интоксикацией, системной инфекцией, соматическими неинфекци-

онными заболеваниями, нарушениями обмена веществ, климаксом, инволюцией, другими причинами, неуточненными причинами.

В рубрике 306 классификации 1980 г. изложены нарушения физиологических функций психогенной этиологии. К ним относят ряд соматических симптомов, или типов физиологической дисфункции психического происхождения, не связанных с повреждением тканей и обычно опосредованных через вегетативную нервную систему. Сюда относятся нарушения деятельности органов дыхания: ощущение недостатка воздуха, икота, гипервентиляция. Нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы: сердечно-сосудистый невроз. Нейроциркуляторная астеня и др. Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта: аэрофагия, периодическая рвота. Включены также расстройства ряда других систем.

Итак, невроз является психогенным заболеванием, вызванным психической травматизацией, что представляет его основную характеристику. Реакция личности на психическую травму связана с психологическими особенностями данной личности — ее морально-этическими воззрениями, жизненными установками, межперсональными отношениями и др. Следует также учитывать и состояние организма, астенизацию нервной системы, например, в связи с соматическими заболеваниями, нарушениями режима и т. п. Эти факторы, снижая устойчивость, могут способствовать развитию невроза, всегда вызываемого психогенным путем.

Истерия. По И. П. Павлову, при истерии имеется слабость нервной системы, преимущественно коры головного мозга, преобладание подкорковой деятельности над корковой и первой сигнальной системы над второй. Этим определяется выраженное воздействие эмоционально окрашенного психогенного фактора. При его негативном значении, как психической травмы, он может вызвать истерическую реакцию или даже истерический невроз.

К л и н и ч е с к а я к а р т и н а и с т е р и и характеризуется повышенной эмоциональностью больных, склонностью к аффективным вспышкам. Наряду с этим у них нередко отмечаются значительная утомляемость, отвлекаемость. Они часто жалуются на плохое самочувствие, неприятные болезненные ощущения в различных местах тела. Волнения у некоторых из них вызывают чувство полной растерянности с невозможностью движений и речи. Возникают также явления астазии (отсутствие равновесия) — абазии (неспособность ходить), афонии (отсутствие голоса) и др. Наблюдаются рвоты, могущие принять постоянный (привы-

чный) характер, так же как параличи, парезы, нарушения зрения, слуха и др.

У более ослабленных больных преимущественно отмечается симптом астенодепрессивного типа в виде ощущения общей слабости, недомогания, «обмираний» и др. У более стеничных больных чаще выступают аффективные вспышки с криками и слезами. Значительно пониженной является у больных истерией возможность правильных взаимоотношений с окружающими их людьми. Больные недостаточно отличают главное от второстепенного, у них страдает способность сдерживать свои отрицательные эмоции, что обуславливает частые конфликты с окружающими. Обычно они отличаются большой нетерпеливостью, длительные ожидания являются для них крайне мучительными. Поведение больных в очень большой степени зависит от первых впечатлений, причем каждому мелкому факту, но эмоционально окрашенному, придается чрезмерное значение. Дальнейшие поступки больных осуществляются под влиянием этих впечатлений, что потом может приводить к трагическим последствиям.

Так, больная В., придя в состояние резкого раздражения, избивала своего 6-летнего сына до такой степени, что ребенок стал закатываться. Податливость первым впечатлениям ведет к повышенной внушаемости, к быстрым сменам настроения, переходам от слез к смеху, от вспышки гнева к раскаянию, от увлеченности к разочарованию. Повышенная эмотивность, стремление к наиболее впечатляющим внешним эффектам, отражающим поверхностность мышления, недостаточную глубину ассоциаций, обуславливают нередко тенденцию истеричных больных повышать свою значимость в глазах окружающих. Отсюда театральность поведения, не соответствующие действительности рассказы о своих достижениях, склонность к ярким краскам, броским украшениям, необычности в одежде и т. п.

Еще Сиденгам (1680) утверждал, что в истерии нет ничего постоянного непостоянства, но тем не менее некоторые симптомы могут отличаться чрезвычайной устойчивостью, прежде всего если они связаны с жизненными интересами больного.

Так, у больной Ш. возник функциональный паралич ног в связи с неблагоприятной обстановкой в семье и был купирован лишь после изменения этой обстановки.

Относительная изолированность таких представлений, неспособность соотнести их со всей сложной жизненной ситуацией определяет и такие характерные для истерии черты, как упрямство, ограниченность интересов. Эти особенности в не-

которых случаях могут создать непреодолимое стремление к достижению какой-либо цели, чаще характеризующейся эгоистическими тенденциями, например установкой на получение группы инвалидности вместо возвращения к общественно полезному труду и т. п.

Конкретность, образность, яркость мышления истеричных больных создают условия для выраженных эмоциональных переживаний. Больные могут вновь переживать с неменьшей выразительностью события прошлого или представления, связанные с будущим. Эти особенности мышления в сочетании с склонностью к образованию отдельных относительно изолированных представлений при общей слабости коры могут способствовать возникновению иллюзий и галлюцинаций. Обычно это отдельные зрительные образы в виде человеческих фигур, слуховые обманы чувств — оклики, отдельные фразы.

На высоте волнения у некоторых больных могут возникать истерические припадки. При этом в отличие от эпилептического припадка больной обычно мягко падает, рыдает, кричит (иногда рыдания прерываются хохотом), производит разбросанные движения конечностями, всем телом, царапает себя, кусает руки, бьется и т. п., однако тяжелых повреждений себе не наносит. Эти движения у отдельных больных носят выразительный характер в виде заламывания рук, прижимания их к груди и т. п.; выражение лица чаще страдальческое. Все рефлексы сохранены. Прикусов языка, недержания мочи, кала не бывает. Больной достаточно адекватно реагирует на окружающее, и выраженность, и продолжительность припадка в большой степени зависят от поведения окружающих. Всякая суета, растерянность, излишнее внимание к больному будут способствовать продлению припадка. Прежде всего необходимо удалить посторонних, сказав им так, чтобы больной слышал, что это обычный невротический приступ, ничего серьезного собой не представляющий. Больному расстегнуть стесняющую его одежду, предложить выпить воды или принять что-либо из седативных средств. При отказе настаивать не нужно. Дальше возможны следующие варианты: а) сказать, что сейчас все пройдет, оставить больного одного, учитывая, что истерический припадок обычно развивается при зрителях; б) постараться отвлечь внимание больного на посторонние темы; в) оборвать припадок резким окриком: «Перестаньте! От Вас зависит прекратить это поведение!». В отдельных случаях длительно продолжающегося возбуждения целесообразно ввести 2,5 % раствор аминазина 1—2 мл внутримышечно в 2—5 мл 0,25—0,5 % раствора новокаина

или изотонического раствора натрия хлорида. Можно применить в тех же дозировках левомепромазин или мепазин.

Возбуждение, возникающее в слабой коре, вызывает (индуцирует) распространенный процесс торможения (отрицательная индукция), изолирующий это возбуждение от целого ряда других связей жизненного опыта, затормаживающий, подавляющий контрастирующие представления. Выраженность отрицательной индукции затрудняет разумный контроль и ведет к поведению, руководимому эмоциональными переживаниями, без необходимого продумывания, по типу: стимул — реакция.

Так, больная О., имеющая ребенка, под влиянием ссоры с мужем из-за разбитой чашки, в пылу обиды заявила ему, что, поскольку он с ней не считается, она сейчас же выйдет на улицу и отдастся первому встречному. О. тут же, не раздумывая, выполнила свое намерение. В результате она заразилась гонореей и в дальнейшем, не зная еще о своем заболевании, заразил своего мужа. Во время ее пребывания в психоневрологическом стационаре по поводу реактивного состояния медсестра отделения сумела расположить больную к себе, в значительной степени изменила ее взгляды, настроение; помогая врачу в его психотерапевтической работе, они добились также изменения отношения мужа к больной. Мир в семье был восстановлен уже на более здоровом основании.

Так же отрицательная индукция может способствовать образованию сверхценной идеи, проявлению нелепого упрямства и т. п.

У больной В. возник конфликт с невесткой по поводу снятой на лето дачи. Конфликтные взаимоотношения быстро нарастали, и В. стала представлять невестку своим злейшим врагом, хотя до этого относилась к ней достаточно хорошо. Теперь, считая ее недостойной своего сына, В., применяя самые аморальные способы (анонимные письма и т. п.), добилась развода. В конечном итоге, вследствие тяжелых переживаний, вызванных разводом родителей, крушением семьи, тяжело заболела их 9-летняя дочь, внучка В., которую она очень любила. В результате этих событий заболела сама В. Находясь в клинике неврозов, она особенное расположение испытывала к одной из медсестер, одного с ней возраста. Эта медсестра, проводя известную ей психотерапевтическую линию лечащего врача, оказала на В. очень большое положительное влияние, приводя ей в качестве примеров данные своих собственных сердечных отношений с невесткой и другие аналогичные случаи.

Та же выраженная отрицательная индукция в той же слабой коре, отрывая, изолируя концентрированный очаг возбуждения (определенное сконцентрированное представление) от всех необходимых посторонних влияний, определяет в других случаях и повышенную внушаемость и самовнушаемость больных, страдающих истерией. По такому психофизи-

ологическому механизму могут развиваться различные внешние заболевания и таким же путем излечиваться.

И. П. Павлов подверг анализу некоторые истерические симптомы, которые возникают и упрочиваются вследствие определенного положительного значения, которые они могут иметь для больного. В частности, И. П. Павлов писал: «Отсюда и бегство, воля к болезни как характернейшая черта истерии» (1951). А. М. Свядош развил эти положения, назвав указанные явления симптомом «условной приятности или желательности». Такой симптом А. М. Свядош считает специфическим для истерии, отграничивающим ее от других заболеваний, поскольку при других заболеваниях он не встречается или, «во всяком случае», не играет скольконибудь существенной роли в их патогенезе» (1982).

В нашей клинике находился больной И., 32 лет, инженер, с истерическим параличом правой кисти. Кисть свисала, внешне напоминая картину поражения лучевого нерва. Расстройство чувствительности охватывало кисть по типу перчатки с довольно четкой границей в области лучезапястного сустава. Органическая симптоматика отсутствовала. Паралич развился на протяжении нескольких минут после того, как, поскользнувшись, упала шедшая с ним молодая женщина, за которой он ухаживал. Он попытался ее поддержать, но это ему не удалось. Поднимаясь с земли, она произнесла глубоко ранившую его фразу: «Какой же, Вы, мужчина!». Сказав еще несколько обидных слов, она ушла, не выслушав его объяснений.

После установления диагноза лечащий врач пригласил к себе эту женщину и объяснил ей, что у И. заболевание правой кисти, в связи с чем он и не был в состоянии поддержать ее при падении. В данном случае опять-таки умелый подход медсестер оказал на нее дополнительное положительное воздействие, тем более, что они указали ей на некоторые достоинства И., которые она до этого не замечала. Отношение ее к И. изменилось в положительную сторону, в связи с этим его настроение значительно улучшилось, и явления паралича стали быстро исчезать в процессе лечения седативными средствами, инъекциями дуплекса, применения массажа и лабильной гальванизации. Одновременно проводилась рациональная и суггестивная психотерапия. Понятно, что основным фактором здесь являлось изменение неблагоприятной для него жизненной ситуации. Кстати, первоначальный диагноз — «функциональный паралич правой кисти» — был поставлен участковым фельдшером, когда он направил больного по инстанции.

Анализ данного случая показывает следующее: в первое мгновение падения его знакомой у И. возникло чувство растерянности, затем попытка поддержать ее. Но момент уже был упущен, и, несмотря на сильное напряжение мышц правой руки, особенно кисти, удержать падающее тело ему уже не удалось. Вслед за этим И. ощутил расслабление мышц правого предплечья и особенно кисти. Тогда же мелькнула спасительная мысль: «Может быть, у меня что-то не

в порядке с рукой?». Почти тотчас же он стал ощущать нарастающую слабость в области правого предплечья и... Так работал механизм «условной приятности».

Еще одна больная, 23 лет, по специальности швея, поступила в клинику с жалобами на ежедневные рвоты. В процессе обследования больной выяснилось, что в детстве она испытывала страх перед пьяным отцом. Плохо спала по ночам. Всегда отличалась повышенной впечатлительностью. На высоте волнения возникало ощущение комка в горле, появлялись общая слабость, внутренняя дрожь, на глазах показывались слезы. Замуж вышла в 20-летнем возрасте без большого чувства, но к мужу относится хорошо. К сексуальной жизни настроена отрицательно. В первую брачную ночь испытала сильную боль; последующие сексуальные акты вызывали у нее неприятные ощущения и нередко сопровождалась болью. Около 6 мес тому назад во время коитуса ощутила тошноту. При повторном коитусе тошнота повторилась. В дальнейшем тошнота нарастала, и появились рвоты вначале только при попытке полового акта, а затем без видимой причины неоднократно в течение дня. Коитус осуществляется мужем без предшествующих подготовительных ласк.

Питание больной снижено. Со стороны внутренних органов явления незначительно выраженного гастрита. Неврологически — без очаговой патологии, повышенная рефлекторная возбудимость. Больная астенизирована, эмоционально лабильна, эгоцентрична, сосредоточена на своих ощущениях, но отвлекаема. Допускает наличие у себя тяжелого соматического заболевания, но особенно это ее не волнует. Рвота 2—4 раза в день небольшими порциями. Дополнительные исследования показали, что больная — личность несильная с наличием истерических черт. Грубый, неумелый подход мужа в области сексуальной сферы обусловил отрицательное отношение больной к этой стороне супружеской жизни. Случайно появившаяся, а потом повторившаяся тошнота вызвала у нее представление о возможности начала какого-то заболевания и, следовательно, об освобождении ее от тягостных супружеских обязанностей. В связи с этим больная внутренне не сопротивлялась развивавшемуся болезненному состоянию, а, наоборот, как бы ему поддавалась.

Также полусознательно рвоты получили большее распространение, подтверждая якобы независимость от каких бы то ни было видимых причин.

В данной клинической картине опять-таки достаточно отчетливо выступает симптом «условной приятности». В плане лечения прежде всего была проведена надлежащая беседа с мужем больной. Указано на необходимость пока полного прекращения интимных отношений. В дальнейшем возможен переход к самым невинным ласкам, с постоянным пробуждением у больной заторможенного полового чувства (либидо), и только после его достаточной выраженности допустим возврат к половой жизни, но с обязательной сексуальной подготовкой жены перед каждым половым актом.

Эти условия были мужем приняты. Самой больной указано, что в половой жизни у нее настанет большой перерыв и возобновление будет зависеть только от ее желания. Затем понятным для больной языком разъяснена причина имеющихся у нее рвот и назначено лечение — медикаментозное, физиотерапевтическое и некоторые другие виды с ведущим применением при этом психотерапии.

Роль медсестер в плане ухода за больной заключалась во внимательном отношении к ее жалобам, успокаивающих беседах, напоминаниях больной о приеме назначенных медикаментов, осуществлении различных лечебных процедур.

Таким образом, основным фактором при лечении подобных состояний является прежде всего изменение неблагоприятных жизненных обстоятельств. В тех случаях, когда данную ситуацию изменить невозможно, необходимо приложить все усилия, чтобы изменить отношение больного к этой ситуации. Конечно, могут быть истерические нарушения, и не связанные с причинами, сходными с вышеописанными.

Так, у больной Ц., 38 лет, развился функциональный паралич обеих ног, когда она едва не попала под трамвай. Данное состояние, представляя собой симптом выпадения вследствие действия сверхсильного раздражителя, поддерживалось представлением Ц. о наличии у нее тяжелого органического заболевания.

Больной Р. не мог помочиться в общественной уборной ввиду появлявшегося у него при этом спазма. Последний возник, когда в аналогичном месте на Р. набросился пьяный и пытался нанести ему удары в область гениталий.

Мужчина средних лет, волевой, хорошо владеющий собой, дал истерическую реакцию в виде рыданий, криков, нанесения себе ударов по лицу, голове, когда на его глазах трагически погиб его сын.

Истерическим неврозом все же заболевают обычно лица художественного склада. Как уже указывалось, реакции истеричных больных часто осуществляются по типу «условной приятности», когда, например, у покинутой жены создается воображаемый мир полного семейного благополучия. В других случаях воздействия особо неблагоприятных обстоятельств могут приводить к истерическим сумеречным состояниям другого типа.

Так у некоего С., совершившего ограбление и ожидающего суда, резко меняется поведение. Он беспричинно смеется, гримасничает, прыгает, хлопает в ладоши, пытается надеть брюки вместо рубашки, при еде вместо ложки употребляет пальцы, воду пьет из ладони, предварительно налив ее из кружки. В месте и времени не ориентирован, временами растерян. На вопросы дает совершенно нелепые ответы, хотя нередко отвечает по существу.

Больной производит впечатление или глубоко дементного, или симулянта, но это так называемая истерическая псевдодеменция. В данном случае она носит ажитированный характер, но может протекать и по депрессивному типу.

К истерическим сумеречным состояниям сходного происхождения и динамики относятся также синдром Ганзера (1898) и пуэрилизм. Синдром Ганзера характеризуется наличием нелепых ответов на самые элементарные вопросы, но

обычно в плане задаваемых вопросов. Например, больной на вопрос, сколько в часе минут, отвечает — одна, на вопрос о его имени ответил — телега, на предложение сесть на стул — лег на пол и т. п.

При пуэрилизме (детскости) поведение больных сходно с поведением маленьких детей. Они по-детски коверкают слова, играют в детские игры (куклы, солдатики), окружающие взрослых людей называют дядями и тетями, обнаруживают незнание самых обыденных вещей сообразно своему воображаемому возрасту.

Во всех этих психотических состояниях проявляется знакомый уже механизм «условной приятности» — личность находится в неблагоприятных условиях, и отсюда желательность психоза, снимающего ответственность, избавляющего от необходимости выполнять какие-либо нежелательные для больного действия, дающего возможность, не думая о произошедшей трагедии, жить в иллюзорно-галлюцинаторном мире полного довольства.

Обычно различают три степени выраженности истерии — невроз, психопатию и психоз. Об истерии как неврозе и психозе уже достаточно говорилось выше; истерическая психопатия, как и другие психопатии, отличается известной неполноценностью нервной системы (отсюда нередкие находки отдельных микроорганических симптомов у многих психопатов), врожденной или приобретенной. Психопатиям свойственно расстройство эмоционально-волевой сферы. Приспособляемость этих больных к окружающей среде обычно затруднена. Истерические психопаты, как уже говорилось, отличаются демонстративностью поведения, стремлением быть в центре внимания общества. Это внимание достигается ими любыми путями вплоть до самообвинения в каких-нибудь неблагоприятных поступках. Уход за такими больными со стороны среднего медперсонала представляет большие трудности, чем при истерическом неврозе. Здесь требуется постоянная готовность к возможности возникновения какого-либо эксцесса — конфликта между больными, необоснованных требований к медперсоналу, нередко с нарастающей агрессией, и других аффективных проявлений. Этому необходимо противопоставлять спокойную сдержанность и доброжелательность, сочетающуюся с твердостью в отношении требований выполнения больными больничных правил. Здесь от медсестры требуется осуществление особенно гибкой политики и внимательного наблюдения за нередко очень быстрыми изменениями настроения больного, чтобы в нужный момент подействовать строгостью, или мяг-

ким увещеванием, или шуткой. Здесь используется одна из основных особенностей истеричных больных — подверженность первым впечатлениям.

При всей психогенной обусловленности истерии необходимо подчеркнуть важность тщательного неврологического и психиатрического обследования больных, поскольку истерические синдромы могут возникать и при органических поражениях центральной нервной системы.

В заключение следует отметить мнение ряда авторов, в том числе и наше, что за последние десятилетия резко уменьшились демонстративные формы истерии — припадки, параличи и т. п. Это снижение демонстративности отмечается и в течении других неврозов, за счет возрастания ипохондрических и депрессивных явлений.

Психастения. Впервые описавший психастению Пьер Жанэ определял ее как невроз, отличающийся склонностью мышления к «умственной жвачке» и утратой чувства реального. П. Б. Ганнушкин относил к психастении наличие сомнений, нерешительность. По С. А. Суханову, психастеники отличаются тревожной мнительностью. И. П. Павлов подчеркивал при психастении болезненное преобладание второй сигнальной системы над первой, что обуславливает отрыв от реальной действительности, склонность действия подменять рассуждениями, с постоянным бесплодным и искаженным умствованием в виде навязчивых идей и фобий. Психастению определяют как невроз С. Н. Давиденков, В. А. Гиляровский, Л. Б. Гаккель, В. Н. Мясищев, И. Ф. Случевский, А. М. Свядощ и др.

Болезненное преобладание отвлеченного мышления над реальными представлениями, фактами действительной жизни определяет основную особенность психастеника — отрыв от реальной действительности. Отсюда трудности при решении, казалось бы, самых элементарных жизненных задач — с какой ноги начать одеваться; из чашки или из стакана пить чай; каким видом транспорта воспользоваться и т. п. Нерешительность, сомнения выступают на первый план — выключен ли мною свет в квартире при моем уходе? Заперта ли входная дверь на замок? Будет ли правильно понято мое письмо? и т. п. При психастении очень часто выступают навязчивости и прежде всего навязчивые сомнения. Навязчивость нередко достигает такой выраженной степени, что некоторые авторы рассматривают психастению как невроз навязчивости. У больных могут наблюдаться также как называемые ритуалы. Это мысли или действия, имеющие чаще защитный характер, предохраняющие от неприятностей: например, боль-

ной особым образом садится или встает, обязательно должен определенное число раз прикоснуться к каким-либо предметам, мысленно или вслух произносить какие-либо определенные фразы вроде «ветер дует, дождь идет, ничего не принесет». Больные обычно критически относятся к своему поведению, но не в состоянии изменить его. В некоторых случаях, особенно по отношению к ритуалам, у больных могут возникать сверхценные идеи — «а вдруг это все-таки поможет». Больные склонны к бесплодным рассуждениям и резонерству, бесконечным дискуссиям. Яркость восприятия окружающего мира при психастении снижена.

Болезнь как невроз может развиваться под влиянием различных психонервных напряжений. Способствующими при психастении, как и при других невротических состояниях, могут явиться такие патогенные факторы, как инфекции, травмы и др.

Приводим один из характерных случаев.

Бухгалтер К., 43 лет, поступил в клинику с жалобами на плохое самочувствие, повышенную утомляемость, головные боли, трудность сосредоточения внимания. Дальнейший раcпрос показал, что К. испытывает почти постоянные сомнения в правильности совершенных им действий, что особенно относится к выполняемой им работе. Так, он неоднократно вынужден проверять сделанные им подсчеты. В некоторых случаях обращал даже к архивным материалам, хотя эти данные не имели уже никакого значения. После какого-либо разговора мучительно вспоминал — не сказал ли он чего-либо лишнего, был ли правильно понят собеседником. Нередко повторно обращался к этому человеку, чтобы выяснить эти вопросы, но после этого обращения у него возникали новые сомнения. По окончании рабочего дня случалось, что возвращался с улицы, чтобы убедиться, что повесил ключ от служебного помещения на предназначенную для этого доску. Но, прежде чем осуществить такую проверку, длительное время проводил в сомнениях — стоит ли это делать. Одеваясь утром, нередко застывал с несколькими галстуками в руках, не решаясь, какому из них отдать предпочтение. Аналогично этому решался вопрос о пользовании транспортом, даже если он опаздывал на работу. Вообще самые, казалось бы, обыденные обстоятельства вызывали у К. значительные трудности, связанные с принятием соответствующих решений. Но, даже приняв определенное решение, он начинал сомневаться в его правильности. Его беспокоила проблема увеличения народонаселения на земном шаре со всеми вытекающими из этого последствиями, и он часто отдавался мыслям о судьбе Земли, когда энергия Солнца станет заметно истощаться. Он не понимал искусства, хотя посещал театры, кино, картинные галереи и др. Он воспринимал идею автора, но ее воплощение в жизнь оставляло его холодным. Несколько лет тому назад он собрался жениться, но так и не решился на этот шаг. Возникли сомнения относительно супружеской верности жены в будущем, неуверенность в полноценности будущих детей и т. п. Не будучи суеверным, К., тем не менее, всегда после еды оставлял вилку и нож или ложку в диагональном положении, чтобы они не перекрещивались под прямым углом, т. е. не образовывали бы

фигуру креста (так называемый ритуал защиты от мнимой беды). Он испытывал навязчивый страх во время переезда через мост. Представлялось, что транспорт потеряет управление и, разрушив перила, рухнет в воду. Спускаясь и поднимаясь по ступенькам лестницы, он должен был произнести следующие строки из стихотворения А. С. Пушкина: «Как ныне собирается вещей Олег отмстить неразумным хозарам...», так, чтобы каждому слову соответствовала одна проходимая им ступенька.

Характерно, что большой критически относился к своим невротическим симптомам, но преодолеть их был не в состоянии.

Анамнестически психастенические черты отмечались у него с детства, что не помешало ему окончить школу и финансово-экономический институт.

Жизненные трудности он преодолевал более или менее успешно, хотя мешали неуверенность, навязчивость, отвлечение на посторонние абстрактные представления.

Резкое ухудшение развилось в связи с оперированным гнойным аппендицитом, с осложнившимся постоперационным течением. Длительное время держались боли, испытывал страх смерти. В дальнейшем, хотя с соматической стороны считался уже практически здоровым, невротическое расстройство достигло такой степени, что самостоятельно справиться с ним больной не мог. У него отмечено пониженное питание. Со стороны внутренних органов без особенностей, неврологически без очаговой патологии. Больной астенизирован. Сосредоточен на своих ощущениях, переживаниях. Обеспокоен состоянием своего здоровья, тревожится по поводу своего будущего. Была применена общеукрепляющая терапия — препараты мышьяка, стрихнина, фосфора, инъекции алоэ, глюкозы с аскорбиновой кислотой и др., применялись также небольшие дозы транквилизаторов и седативных средств, использовалась физиотерапия — циркулярный душ, гальванизация, УФО. Основное внимание было обращено на психотерапию, и прежде всего рациональную. Роль среднего медперсонала заключалась при этом в том, что медсестры, согласно указаниям лечащего врача, максимально привлекали больного к выполнению конкретных заданий, касающихся уборки отделения, помощи в переноске инвентаря и т. п. Они внимательно следили, чтобы больной не задумывался над своими проблемами, отвлекая его внимание на решение насущных жизненных вопросов. Они также побуждали других больных приглашать К. для участия в групповых играх и других занятиях; беседовали с ним на темы реального житейского характера. Иными словами, они развивали, усиливали у него ослабленное, отстающее конкретное образное мышление, характеризующее первую сигнальную систему.

Неврастения. Этот невроз обуславливается психогенной астенизацией среднего человеческого типа. Общим определением неврастении является состояние раздражительной слабости. Ослабление обеих относительно уравновешенных сигнальных систем приводит прежде всего к повышенной реактивности, возбудимости при недостаточной длительности этого возбуждения, быстрой его истощаемости. Частые вспышки раздражения, гнева сменяются нередко сожалением по поводу допущенной несдержанности. В результате падения общего тонуса происходит снижение работоспо-

способности, а это является одним из факторов, ведущих к тревоге, беспокойству, неуверенности в будущем. Ослабление нервных клеток, прежде всего коры больших полушарий, делает эти клетки повышено чувствительными, поэтому слабые раздражители, особенно социального порядка, действуют как сильные, а сильные раздражители нередко вызывают запредельное торможение и вследствие этого слабую реакцию или даже ее отсутствие. Повышенная чувствительность нервной системы относится также и к раздражителям внутренней среды, обуславливая нередко наличие неприятных болезненных ощущений со стороны внутренних органов и нарушение их функций. Таким образом, обычная нормальная импульсация из внутренней среды организма, поступающая в центральную нервную систему, не воспринимается сознанием; при наличии ослабления нервной системы повышение ее чувствительности (не только при неврастении) начинает осознаваться в виде неприятных необычных ощущений. У здорового человека незначительное давление на череп охватывающих его мышц, сухожилий, кожи не воспринимается, а больные неврастением часто испытывают ощущение сжатия головы — «неврастенический шлем». У них бывают частые головные боли, нередко ощущение тяжести в подложечной области, особенно после приема пищи, частые позывы на мочеиспускание и др.

У мужчин нередким выражением раздражительной слабости может являться преждевременное семяизвержение, а симптомом астении — недостаточность или даже отсутствие эрекции. По существу оба эти симптома являются следствием астении с выраженным психотравмирующим компонентом, нередко доминирующим при этом состоянии. Психогенно развивающееся при неврастении утомление еще больше понижает толерантность больных к действию психотравмирующих факторов. Больному становится все труднее выполнять обычную работу. Он все чаще допускает ошибки вследствие снижения внимания, нарастающей рассеянности; появляется забывчивость, работоспособность в целом падает. Эти обстоятельства вызывают у него беспокойство, тревогу, что, в свою очередь, отрицательно влияет на снизившуюся способность выполнения служебных обязанностей. В данном случае психотравмирующий агент может быть связан с выполнением профессиональной деятельности, носить сугубо личный характер или являться сочетанием того и другого.

Как уже указывалось выше, неврастеноподобные явления нередко предшествуют другим заболеваниям или сопутствуют им (церебральный атеросклероз, сифилис мозга, энцефалиты,

шизофрения, невротическая депрессия и др.). Отсюда необходимость дифференцирования этих болезненных состояний.

Приводим один из случаев заболевания неврастенией. Данный пример является типичным для неврастенического невроза.

Больная В., 32 лет, преподаватель физики, поступила в клинику с жалобами на повышенную раздражительность, утомляемость, головные боли, сердцебиение, неприятные ощущения в области сердца, в подложечной области.

Больна около 3 лет. Болезненное состояние развивалось постепенно в связи с напряженным характером работы, служебными неприятностями и неустроенностью личной жизни.

Родилась в г. Пскове. Родители — рабочие. Была единственным ребенком в семье. Росла и развивалась нормально. Обстановка дома была спокойной. Учиться стала с 7 лет. Окончила 10 классов средней школы и педагогический институт. Училась удовлетворительно по всем предметам. Отличалась некоторой застенчивостью, но это не мешало ей иметь подруг и друзей. В возрасте 20 лет полюбила студента со своего курса. Вскоре их взаимоотношения стали интимными. Ждала, что он предложит ей зарегистрироваться, но этого не случилось. Сама на эту тему не заговаривала — стеснялась. Забеременев, сообщила об этом своему партнеру, но тот выразил сомнение в своем отцовстве и перестал с ней встречаться. Больная родила ребенка, но через 3 нед он умер. Очень переживала его смерть, тем более, что еще продолжала страдать от удара, нанесенного ей ее возлюбленным. В дальнейшем работала по специальности, имела два увлечения, но тоже неудачных: в первом случае партнер злоупотреблял алкоголем; во втором — был бесперспективным в отношении возможности создания настоящей семьи — подчеркивал свое желание «быть свободным» и указывал на свое отрицательное отношение «к пеленкам».

На протяжении последних лет возникла конфликтная ситуация на работе. Больная находится в интимных отношениях с одним из педагогов школы, где она преподает. Этим же педагогом увлеклась директор школы, женщина значительно старше больной по возрасту. В результате директор стала относиться к больной недоброжелательно, что отрицательно отражается на количестве учебных часов, получаемых больной, и, следовательно, на ее зарплате, не говоря уже о ряде других нежелательных обстоятельств, создаваемых директором.

В анамнезе у больной неоднократно перенесенные грипп, ангины, пневмония, аппендицит (оперирована), три беременности, из них 1 нормальные роды и 2 аборта.

Больная правильного сложения, несколько пониженного питания. Кожа и видимые слизистые чистые. В области живота постоперационный рубец (аппендэктомия). Со стороны внутренних органов без особенностей. Неврологически — незначительная асимметрия носогубных складок, $d < S$, намек на девиацию языка вправо. Неустойчивость в положении Ромберга по функциональному типу.

Больная астенизирована, эмоционально лабильна, но себя сдерживает. Сосредоточена на переживаниях по поводу своей неблагоприятной жизненной ситуации. Считает себя неудачницей. Проявляет чувство ревности по отношению к своему избраннику и в то же время презирает его за малодушие, поскольку он не смог противиться домогательствам директора и вступил с ней в связь также. Больная периодами внутренне напряжена. Отмечается состояние некоторого беспокойства, тревожного ожидания:

По своим типологическим особенностям больная не проявляет особо выраженных черт ни художественного, ни мыслительного типов. Ее мышление отличается как известной конкретностью, образностью, не достигающей, однако, высоких степеней, так и способностью к отвлеченному мышлению, с возможностью необходимых выводов, заключений. В жизни преимущественно руководствовалась рассудком при выраженном участии эмоций.

Медсестрам было дано указание поддерживать направление проводимой терапии по улучшению соматического состояния больной — контроль за питанием, побуждение к посещению занятий по лечебной гимнастике и др., формирование у больной убежденности в ее внешней привлекательности, в возможности для нее создать семью.

Описанные выше три невроза называются основными, базирующимися на трех ведущих психофизиологических особенностях человеческого мышления: а) образно-конкретном; б) отвлеченно-абстрактном и в) смешанном.

На этой основе, как уже указывалось раньше, могут возникать различные симптомы — ипохондрические явления, навязчивости, страхи и др. В том случае, если данный симптом является доминирующим, резко выраженным, представляющим собой клиническую сущность данного невротического состояния, он определяет название, форму невроза: ипохондрический невроз, невроз навязчивости и т. п. Отсутствие резко очерченных границ между отдельными неврозами, между неврозами, неврозоподобными состояниями, психопатиями и психозами оправдывает подобный подход.

Невроз навязчивости. Пьер Жанэ в 1903 г., описывая психастению, наряду с включением в нее различных психопатологических состояний (чувство собственной неполноценности, тревожность, фобии, деперсонализация и др.), отнес к ней и явления навязчивости. Эти состояния упоминались еще Платером в 1614 г., Эскиролем в 1827 г., Пинелем в 1829 г. и др. В 20-х годах нашего столетия Крепелин, Блеулер и В. П. Осипов говорят уже о неврозе навязчивых состояний. И. П. Павлов объяснял невроз навязчивости возникновением в коре головного мозга резко изолированных пунктов или районов патологической инертности нервных процессов под влиянием различных безразличных причин функционального характера.

Под навязчивостью понимают мысли или действия (обусловленные определенными представлениями), противоречащие рассудочной деятельности, находящиеся в противоречии с реальными обстоятельствами жизни, носящие насильственный характер. При критическом отношении к этим явлениям больной в большинстве случаев не в состоянии их подавить.

Навязчивости отличаются большим разнообразием — то это навязчивое повторение какой-либо мелодии, стихотвор-

ных отрывков, отдельных фраз, слов, то навязчивые воспоминания эмоционально окрашенных или индифферентных событий, навязчивые фантазии, склонность к осуществлению нелепых действий, навязчивые страхи и т. п.

Как пишет А. Б. Смулевич (1983), в зависимости от преобладающих болезненных проявлений выделяют obsessive состояния (навязчивые мысли, идеи, представления), compulsive расстройства (навязчивые влечения и действия) и навязчивые страхи (фобии).

Основной причиной, вызывающей навязчивые состояния, служит психическая травма.

Так, больная А., вернувшись неожиданно домой, застала своего мужа с соседкой, лежащих раздетыми в одной кровати. Эта сцена произвела на нее потрясающее впечатление, и некоторое время она была не в состоянии о чем-либо другом думать и говорить. Но через некоторое время А. стала тяготиться этим постоянным представлением, попыталась освободиться от него, но не смогла. Указанная сцена приобрела навязчивый характер и вопреки желанию больной возникала в ее сознании вновь и вновь, отвлекая ее внимание от работы и мешая другим ее занятиям. Следует указать, что этому представлению сопутствовали и связанные с ним отрицательные эмоции в виде чувства обиды, возмущения, отвращения, которые также стали навязчивыми. В результате развилось невротическое состояние с переходом в невроз навязчивости.

Другой больной, Д., 28 лет, студент ЛГУ, страдал навязчивостью, заключающейся в появлении у него стремления сбросить в воду кого-либо из сидящих на парапете набережной Невы против университета. Это стремление развилось у него в связи с тем, что какой-то хулиган попытался столкнуть его в воду, и только вследствие больших усилий Д. удалось избежать этого. Вначале он представлял себе, что сбрасывает с парапета этого хулигана, а затем тенденция стала распространяться и на других лиц.

Больная Р., 62 лет, на протяжении 20 лет страдает навязчивостями, связанными с загрязнением (навязчивый страх загрязнения — мизофобия). Она постоянно опасается запачкать свои руки или одежду калом и поэтому подолгу и часто моет руки до того, что кожа покрывается экскориациями; кипятит свою одежду, подвергает тщательной санитарной обработке столовую посуду и другие вещи. Для своих домашних она установила строгий санитарный ритуал при приходе в квартиру. В гости почти не ходила и у себя старалась никого из посторонних не принимать. В то же время она была интересным собеседником, отличалась живым, наблюдательным умом, находилась в курсе политической и культурной жизни. Заболевание совпало с тем периодом, когда она собиралась навсегда уехать к родственникам, оставив здесь дочь с маленьким ребенком, поскольку дочь ехать с ней не захотела. Больная испытывала чувство резко выраженной внутренней напряженности, как бы раздвоенности, ее охватывали мучительные сомнения — как поступить. Наконец, она решает никуда не уезжать, остаться с дочерью. Однако, несмотря на принятое решение, полного успокоения не наступило, больная испытывала какое-то остаточное возбуждение, перемежавшееся с периодами полного упадка сил. Как-то, перестелив постель, она с ужасом

увидела на простыне небольшое пятно коричневого цвета, принятое ею за кал. С этого момента стал развиваться страх загрязнения. В клинике больная соглашалась со всеми доводами врача по поводу нелепости ее страхов, сама говорила, что ее опасения смехотворны, и в то же время буквально шарахалась в сторону при виде, например, человека, выходящего из туалета (как бы случайно он не прикоснулся к ней, или ветер не подул на нее с его стороны, чтобы как-нибудь на нее не перенеслись мельчайшие частицы кала, которые, по ее мнению, могли находиться на его руках или одежде). Больная объясняла, что она могла спокойно рассуждать о нелепости своей навязчивости до тех пор, пока ей не пришлось столкнуться с предметом, на котором, как ей представлялось, мог находиться кал, пусть даже в микроскопических количествах. Тогда она переставала владеть собой, и ее охватывал панический страх, отвращение, вопреки всем разумным утверждениям. Больная сравнивала это чувство с отвращением и страхом, которые некоторые люди испытывают по отношению к паукам, змеям. Сама она утверждала, что даже в защитных перчатках не смогла бы взять их в руки. Из анамнеза у Р., кроме этой особенности, каких-либо других отклонений выявить не удалось. Она была работоспособной, общительной, впечатлительной, отличалась повышенной активностью, имела тенденция к преодолению жизненных трудностей. Если приходилось иметь дело с калом (уход за ребенком), то было неприятно, но не чрезмерно. Больная не могла объяснить, почему у нее теперь развилось такое резко отрицательное отношение ко всему тому, что было связано с калом. Она не испытывала страха ни перед возможным инфицированием, ни перед глистной инвазией, которые могли быть обусловлены соприкосновением с каловыми частицами, и то определенным образом. Нет, это отрицательное чувство было ей совершенно непонятно.

Заблевание возникло на фоне больших перенапряжений, переживаний, астенизированных больную. Ее первоначальное решение уехать, оставив дочь, подвергалось постоянной психической переработке и, вероятно, оценивалось как недостаточно нравственное. Возможно, что подсознательно такой поступок вызывал у больной представление о чем-то морально нечистом, следовательно, грязном, вызывающем отвращение. Неожиданное появление коричневого пятна на простыне как бы поставило точку в цепи подсознательных ассоциаций и сосредоточило на себе все, что до настоящего времени было связано с неблагоприятной ситуацией больной,— все, ею пережитое, оставившее чувство вины, астеническое состояние, и неопределенность будущих отношений с дочерью. Возможно, что здесь имел место в какой-то степени и механизм «условной приятности», хотя истерических черт у больной не отмечалось. Во всяком случае, развившееся болезненное состояние в форме невроза навязчивости снимало с больной могущие грозить ей обвинения со стороны дочери и ее сына.

Больная, однако, не приняла данной гипотезы, заявив, что ничего аморального, грязного она в своем первоначальном решении оставить дочь не видит, просто пожалела дочь и осталась.

Следует подчеркнуть, что в ряде случаев навязчивость, резко усиливаясь, может на время терять свой критический компонент и переходить в сверхценную идею, в некоторых случаях граничащую с бредом.

Лечение больных неврозом навязчивости представляет очень трудную задачу, но она облегчается, если удается

выявить этиопатогенетический фактор, ответственный за возникновение невроза.

Больной М., 43 лет, слесарь, поступил в клинику по поводу водобоязни — навязчивого страха, возникавшего при виде водоемов, особенно при приближении к ним. Страх возник на фоне переживаний по поводу неприятностей семейного характера, чему способствовало и нарушение режима (недостаточный сон, нерегулярное питание и т. п.). Придя к набережной Невы, больной ощутил быстро охватившее его чувство страха при виде воды. М. повернулся и пошел в другую сторону; чувство страха постепенно исчезло. С этого времени страх появлялся каждый раз, когда больной приближался даже к относительно небольшому пруду. Дома перед наполненной ванной страха не испытывал. К данному болезненному состоянию у М. стало присоединяться беспокойство по поводу своего психического здоровья: «Боюсь, что схожу с ума». Больного особенно угнетала «непопнятность» его страха. Мы рассматриваем подобные явления как воспроизведение пережитого, но возникающего без какого-либо важного компонента этого события.

Мы специально исследовали подобные явления, и проведенный анализ дал следующий материал. В детстве больной тонул. Вытащенный на берег, все еще испытывал чувство страха, было состояние выраженного недомогания. Некоторое время после этого события отмечался страх при приближении к воде. Затем все прошло, и М. забыл об этом эпизоде. Настоящее заболевание, несомненно, развилось при плохом общем самочувствии, в какой-то степени имевшем некоторые общие черты с тем, что имело место в прошлом. Это состояние усилилось при виде широкого водного пространства Невы. И тогда появился страх как один из компонентов трагического прошлого. Таким образом, воспроизвелась только часть забытого эпизода — страх на фоне плохого самочувствия.

Нечто подобное человек испытывает, когда забывается какая-то часть целого, например фамилия определенного лица или, наоборот, фамилия знакомая, а к кому она относится — неизвестно. Еще более близким к нашему случаю является встреча с человеком, который кажется знакомым, но кто он, где, когда с ним виделись — не припоминается. Наконец, к этому же типу явлений относится, несомненно, и описанный выше симптом «уже виденного» (*deja vu*).

Когда М. был разъяснен доступными для него словами этиопатогенетический механизм его невротического состояния, страх его стал исчезать. Дополнительные мероприятия лечебного воздействия (психотерапия рационального и суггестивного характера, триоксазин, эуноктин, липоцеребрин, гальванический воротник, циркулярный душ) способствовали его полному выздоровлению.

Обсессивные симптомы на фоне какого-либо другого невроза нередко исчезают по мере улучшения общего состояния больного. Во всяком случае, отдельные симптомы навязчивости поддаются лечению значительно лучше, чем

невроз навязчивости как таковой. Единичные обсессивные черты встречаются у здоровых людей и обычно легко подавляются ими усилием воли.

Если навязчивости имеют антисоциальный характер, то больные часто испытывают страх перед возможностью осуществления этих криминальных действий. Например, один больной, находясь в театре, кино или в каком-либо другом общественном месте, испытывал желание крикнуть: «Пожар!» или «Война началась!». Другой больной представлял себе, что он на улице подойдет к бородатому мужчине и дернет его за бороду. Больная страдала от навязчивого представления, что она наносит удар ножом своему мужу, которого очень любила, и т. п. Все эти опасения не могут быть осуществлены по одной простой причине — чем сильнее выражена тенденция к осуществлению подобного акта, тем неизмеримо большим становится контрастирующее представление о последствиях такого поступка, и это состояние подавляет первоначальное.

Особенностью ряда выраженных навязчивых состояний являются так называемые ритуалы. По существу, это мысли или действия, имеющие защитный характер. Например, больной, выходя из дому, должен притопнуть четыре раза правой ногой и три раза левой, в целом семь — магическое число у некоторых древних народов. Другой больной, встречаясь с написанным или услышанным словом «смерть», сразу же торопился прочесть или произнести его наоборот с ощущением, что если он этого не сделает, то может действительно произойти какое-то несчастье. Еще одна больная, чтобы избежать наезда на нее транспорта, придвигала к себе стул, а потом отходила в сторону. Вообще ритуалы представляют большое разнообразие и, как определяет их Н. М. Асатиани (1967), являются не прямым защитным действием, как, например, чрезмерное мытье рук при боязни загрязнения, а лишь символом защиты. При этом в одних случаях можно усмотреть какую-то логическую связь между ритуалом и представляемой больным угрозой, в других — ритуал является как будто совершенно бессмысленным. Больные обычно утверждают, что они не суеверны, но ритуал придает им уверенность, успокаивает; некоторые больные все же допускают, что здесь может быть какая-то связь.

По поводу развития ритуалов можно сказать следующее: в процессе развития человеческого общества у древних народов отсутствовало правильное понимание глубоких внутренних связей между многими предметами и явлениями, их заменяли связи поверхностные, ассоциации по внешнему

сходству, по принципу — подобное связано с подобным и вызывает подобное. Так, африканский колдун, чтобы вызвать дождь, забирался на крышу хижины и лил оттуда воду. Австралийские аборигены в целях удачной охоты рисовали на песке изображения животных и пронзали их копьями. В толковании сновидений кровь означала встречу с кровными родственниками, жемчуг — к слезам, кнут — к повиновению и т. п.

Вероятно, некоторые ритуалы развиваются по сходному принципу, чему может способствовать и некоторое снижение критики у больных, хотя последние обычно и не отдают себе полного отчета в наличии подобных связей.

У других больных, где ритуалы носят совершенно бессмысленный характер, допустимо предположить, что появившаяся необычная мысль, движение, поступок, случайно совпавшие с улучшением общего состояния, наконец, просто отвлекшие внимание от неприятных представлений, ощущений, связались между собой по механизму условного рефлекса.

Рассматривая невроз навязчивости, И. П. Павлов привлекает при этом данные, касающиеся трудности переделки (у некоторых слабых типов собак) раздражителей противоположного значения; при этом первично выработанная реакция упорно держалась, несмотря на многократные предъявления раздражителя нового значения. Таким образом, эта стереотипная инертная реакция не соответствовала изменившимся реальным условиям. По этому поводу И. П. Павлов (1951) писал: «В навязчивом неврозе и паранойе мы имеем чрезмерно, незаконно устойчивые представления, чувства и затем действия, не отвечающие правильным общеприродным и специально-социальным отношениям человека и потому приводящие его в трудные, тяжелые, вредоносные столкновения как с природой, так и с другими людьми, а прежде всего, конечно, с самим собой. Но все это относится только к больным представлениям и ощущениям, а вне их сферы пациенты и мыслят, и действуют как вполне здоровые люди...». В наших экспериментальных исследованиях [Первов Л. Г., 1960], пользуясь разработанной нами методикой речевого стереотипа, мы получили особенную трудность переделки раздражителя у больных, страдающих неврозом навязчивости, и в меньшей степени — у больных истерией.

Роль ухода медсестры или фельдшера за больными, страдающими навязчивостями, заключается прежде всего в том, что они убеждают больного в возможности полного освобождения от этих бо-

лезненных явлений: «Это ваши собственные мысли и действия, и Вы сможете ими управлять, если будете тренироваться в этом. Нужно приучать себя отвлекаться на что-то другое, на разговор (хотя бы со мной), на какое-либо занятие». При наличии у больного опасений совершить антисоциальное действие ему разъясняется, что он никогда этого не сделает, так как возрастающее представление о трагических последствиях такого поступка совершенно подавит всякую возможность его осуществления.

Фобии невротические. Большинство исследователей относят фобии к навязчивостям (фобия от греческого слова «phobos» — страх).

Из навязчивых страхов (фобий) наиболее часто встречаются следующие: агорафобия — боязнь открытого пространства (улицы, площади, пустыря), оксифобия или айхнофобия — страх перед острыми предметами (возможность нанесения ими повреждений окружающим или себе), гипсофобия — страх высоты (возможность столкнуть кого-нибудь или упасть, броситься вниз самому), клаустрофобия — боязнь замкнутых помещений (может стать плохо, может возникнуть пожар и т. п.), эрейти- или эритрофобия — боязнь покраснения, антрофобия — боязнь толпы, петтофобия — боязнь общества, монофобия — страх одиночества, мизофобия — боязнь загрязнения, тафефобия — страх погребения заживо, фобифобия — страх перед страхом и др. Всего насчитывается около 350 форм фобий.

Необходимо отметить, что в ряде случаев фобии, особенно связанные с состоянием здоровья, могут трансформироваться в сверхценную идею, например при кардиофобии, канцерофобии и др., и тогда критическое отношение к ним исчезает. Эти нозофобии, т. е. страхи, связанные с представлением о наличии возможных заболеваний, кроме уже упомянутых — кардиофобии (кардиофобический синдром) — страх за свое сердце, канцерофобии (боязнь заболевания раком), включают также диссофобию (боязнь психического заболевания), нозофобию (боязнь заболевания вообще), танатофобию (страх смерти) и некоторые другие. Описаны и такие относительно редко встречающиеся фобии, как чрезмерный страх перед пауками, змеями и т. п.

Согласно нашим наблюдениям, больных фобиями можно распределить по трем группам: 1) больные с навязчивыми фобиями, характеризующиеся лишь некоторыми колебаниями в сторону улучшения или ухудшения; 2) навязчивые фобии с неоднократным переходом последних в сверхценные идеи и возвратом в исходное состояние; 3) фобии типа сверх-

ценной идеи, ненавязчивые. К последней группе, как уже указывалось, относится некоторое число больных преимущественно с нозофобиями.

Как пишет А. Г. Иванов-Смоленский (1974), «фобии и навязчивые явления нельзя отождествлять, так как только в некоторых случаях те и другие совпадают». На различия между навязчивостями и фобиями указывали также Ю. В. Каннабих (1935), Н. К. Липгарт (1974) и др.

Больная, страдающая мизофобией, часами мыла свои руки, находя все новые для этого поводы. Эта больная мыла пол только кипяченой водой и принимала другие подобные меры, опасаясь загрязнения, инфицирования болезнетворными микробами. В этом случае компонент навязчивости совершенно отсутствовал, больная была совершенно убеждена в правильности своих представлений и действий.

Больные с фобиями, особенно с нозофобиями, требуют от среднего медперсонала большого внимания. Они часто испытывают неприятные болезненные ощущения, утверждают, что их состояние ухудшилось, требуют немедленной помощи, утверждая, что иначе они могут умереть.

Если состояние беспокойства у больных выражено резко, то необходимо попытаться успокоить их, убеждая, что их состояние никакой опасности для здоровья не представляет, что они вызывают свое болезненное состояние, сами того не желая, сосредоточенностью своего внимания на представляемых ими ощущениях, усиливают их своими опасениями. Следует затем постараться отвлечь их внимание на посторонние темы. При отсутствии положительного эффекта рекомендуется проводить психотерапию дополнить за счет таких средств, как микстура Кватера, капли Морозова, корвалол, валокордин и др. Ухудшение состояния больного требует вызова врача для принятия более эффективных мер психотерапевтического и медикаментозного характера. Фобии закрытых помещений, темноты, высоты и т. п. требуют постепенной тренировки при активном участии среднего медперсонала. Вначале, например, при клаустрофобии медсестра беседует с больным в помещении с открытой дверью. На протяжении ближайших дней дверь постепенно прикрывается до полного закрытия. Затем медсестра закрывает дверь на ключ. В дальнейшем больной остается один, сперва при полуоткрытой двери, потом при закрытой и, наконец, при закрытой на ключ с внешней стороны.

Фобические состояния находятся в несомненной генетической связи с состояниями страха, к рассмотрению которых мы и переходим.

Невроз страха описывают А. М. Свядош, М. Д. Мюллер-Хегеман, Р. Лемке и Х. Реннерт и др. Невроз тревоги (страха) включен в рубрику «300.0» Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти девятого пересмотра, адаптированной для использования в СССР.

Чувство страха является обычной реакцией на какие-либо чрезвычайные обстоятельства, особенно связанные с опасностью для жизни, но чрезмерный страх может обусловить возникновение невротических и психотических симптомов.

Переживание чрезмерно выраженного страха, например, в обстановке, угрожающей жизни, у некоторых лиц может вызвать панику, когда люди, не разбирая дороги, бросаются прочь от испугавшего их предмета или явления, нередко попадая при этом в еще худшее положение. У отдельных лиц может иметь место выраженное психомоторное возбуждение с бессмысленными движениями, метанием, криками, слезами, с дезориентировкой в окружающей обстановке, с помрачением сознания — состояние, которое Э. Кречмер назвал рефлексом двигательной бури. Противоположное состояние шока было им обозначено как рефлекс мнимой смерти. Эта другая психогенная шоковая реакция — реактивный (психогенный) ступор — характеризуется возникновением полной обездвиженности, безучастием ко всему происходящему, отсутствием каких-либо попыток спастись, например, от смертельной опасности. При реактивном ступоре сознание также является в большей или меньшей степени помраченным.

Описанные шоковые психогенные реакции обычно сопровождаются рядом вегетативных проявлений (резкая бледность, расширенные зрачки, тахикардия, холодный пот, в некоторых случаях понос, рвота, недержание мочи).

Такие состояния могут продолжаться от нескольких минут до нескольких часов и даже дней с переходом в выздоровление или в другую форму болезненных нарушений.

Многие авторы отмечают развитие невротических явлений после выхода из состояния шоковой психогенной реакции, в том числе и в виде различных форм страха, связанных или не связанных с видимой причиной [Кондаш О., 1973; Кемпински А., 1975, и др.]. Об этом же свидетельствуют и наши совместные наблюдения с Ю. А. Розенблатом и Р. Х. Вельшикаевым.

Налдо полагать, что невроз страха как таковой определяется состоянием страха, не обусловленным каким-либо содержанием, страх как бы сам по себе, неопределенный.

Так, больная О. говорила: «Я боюсь, но я не знаю, чего боюсь, просто страшно!» В некоторых случаях страх как бы временно находит себе обоснование, связывается с каким-либо явлением: «Боюсь, что что-нибудь случится с сыном: так поздно, а его еще нет». «Тревожусь, как пройдет операция у мужа». Затем опять наступает состояние немотивированного страха.

Невроз страха может возникать как вследствие тяжелых психических травм, так и при относительно нерезко выраженных, но длительных конфликтных и других плохо переносимых ситуациях, особенно сопровождающихся нарушениями режима, различными астенизирующими воздействиями, а по существу всеми факторами, причастными к развитию невротических нарушений.

Случается, что какой-либо невротический симптом служит лишь толчком, ведущим к развитию невроза страха.

Больная Б., 26 лет, аспирант, поступила с жалобами на периодически охватывающее ее беспричинное чувство страха. В связи с этим испытывает состояние тревожного ожидания, беспокойства, сознание своей беспомощности перед приступом. Б.— дочь хорошо обеспеченных родителей. Вместе с отцом, направленным в командировку, несколько лет прожила за границей, окончила там местную школу. По возвращении в СССР поступила в аспирантуру, имеет высокие академические показатели. Заболевание развилось довольно остро после тяжелых переживаний — больная не справилась с порученным ей общественным поручением по обеспечению необходимыми материалами группы студентов, направленных на летнюю практику. В это же время разочаровалась в своем женихе, получив неопровержимые доказательства его непорядочности, причем инициатором их разрыва был он. Еще одна психотравма этого же периода — смерть бабушки, которую больная очень любила. Приступы страха возникали обычно, когда больная находилась одна в комнате. В связи с этим больная стала испытывать страх и перед нахождением в помещениях, особенно замкнутых (клаустрофобия). Основной страх постепенно становился все более выраженным и обрстал различными наслоениями — предположением о возможности развития психоза, опасения по поводу возникновения какого-либо неадекватного поведения и т. п.

Разбор данного заболевания показывает, что больная всегда находилась в благоприятных жизненных условиях. Была способной, общительной. Хорошо училась. Имела много друзей. Тяжелых болезней не переносила. Трагических событий, кроме вышеуказанных не отмечалось. Это состояние благополучия, сопутствующее Б. на протяжении всей ее жизни, создавало у нее уверенность в некоторой своей исключительности, в том, что она отличается от многих окружающих ее людей благодаря, видимо, своим более высоким интеллектуальным способностям. «Мне всегда все удавалось. Я всегда добивалась, чего хотела». И вот неожиданный удар по ее

уверенности в себе — оказалось неспособной справиться с относительно несложным организационным мероприятием. Второе потрясение — жених оказался не только непорядочным человеком (значит, она опять виновата, что не смогла до этого разобраться в нем, понять его психологию), но он же первый и отказался от нее — удар по ее женскому самолюбию, по уверенности в своей неотразимости. Наконец, последнее — смерть любимой бабушки, которая всегда ее поддерживала и помогала своими советами.

Таковы факторы, обусловившие у больной состояние беспомощности, растерянности, ощущение отсутствия поддержки, разочарование в самой себе: состояние, для нее совершенно незнакомое, наступившее внезапно среди полного благополучия, застигшее врасплох ее, не встречавшуюся никогда с подобными обстоятельствами, не умеющую находить выхода из таких жизненных ситуаций.

Страх здесь явился реакцией на психотравму опять-таки у данной личности, с ее особенностями, предопределившими его развитие.

Эта больная выздоровела буквально через несколько дней, в процессе рациональной психотерапии, заключавшейся в разъяснении сущности ее страха и причин, вызвавших его появление.

Причиной невроза страха могут быть и факторы соматогенного характера — инфекции, интоксикации, травмы и др., действующие астенизирующе и вызывающие нейроциркуляторные расстройства, гипоксемию и другие нарушения.

Так, А. М. Свядощ (1982) пишет, что в связи с подобными состояниями может появляться страх смерти, или страх за судьбу родных, или тревога без видимой причины. По нашему мнению, некоторые случаи невроза страха могут возникать по психофизиологическому механизму, описанному нами в разделе невроза навязчивости. Таким образом, имеются основания считать, что пережитое в прошлом чувство страха может воспроизвестись под воздействием каких-то отдельных компонентов, сходных с теми, которые проявились в ситуации, вызвавшей состояние страха в прошлом. Однако сама ситуация при этом не воспроизводится.

В подкрепление этих соображений можно привести высказывание И. П. Павлова (1951) о возможности синтеза в частях полушарий головного мозга, находящихся в известной степени торможения (см. стр. 118).

Чувство страха, появившееся, как представляется больному, без видимой причины, производит на него обычно очень тяжелое впечатление и обуславливает представление о воз-

возможности повторения этого мучительного состояния. Чувство ожидания страха создает условия для его рецидивов. Больные с неврозом страха испытывают состояние внутренней напряженности, беспокойства, нередко высказывают опасения по поводу того, что страх является признаком развивающегося у них психотического расстройства и т. п.

В целом уход за такими больными сходен с мероприятиями, проводимыми у больных, страдающих фобиями. Однако состояния страха могут достигать очень большой выраженности, при которой возможна потеря контроля над собой. Ввиду этого требуется особенно внимательное наблюдение за больными, чтобы вовремя купировать нарастающее возбуждение. Назначения в подобных случаях будут включать применение трифтазина (0,2 % раствор 0,5—1 мл 4—6 раз в сутки), френолона (0,5 % раствор 0,5—1 мл внутримышечно 1—2 раза в сутки), аминазина (2,5 % раствор 1—2 мл внутримышечно в 2—5 мл 0,25—0,5 % раствора новокаина или изотонического раствора натрия хлорида 1—2 раза в сутки).

В заключение следует подчеркнуть уже высказывавшееся ранее положение, что отдельные проявления страха могут включаться в структуру различных неврозов, так же как и другие невротические симптомы.

Ипохондрический невроз. Ипохондрия (от греческого слова «hypochondrion» — буквально «подреберье», представление о болезненном состоянии внутренних органов, расположенных ниже реберного края, — гипохондриум) большинством авторов определяется как болезненное состояние, характеризующееся чрезмерным, утрированным беспокойством по поводу состояния своего здоровья, с различной выраженностью от мнительности до бреда и сопровождающееся различными степенями плохого самочувствия.

Так, навязчивая ипохондрия выражается в виде тревожной мнительности, постоянных сомнений, навязчивой боязни заболеть неизлечимой болезнью; депрессивная ипохондрия проявляется в упорных жалобах на постоянное недомогание, боли в различных местах тела, убежденности в наличии тяжелой болезни, что сопровождается подавленным настроением.

Паранойальная ипохондрия, ипохондрический бред толкования, выступает в форме бесспорной убежденности в наличии неизлечимой болезни; **параноидная ипохондрия** — обильные сенестопатии (необычные неприятные ощущения) или сенестопатические автоматизмы с бредом воздействия. При затяжном характере этого состояния имеются основания говорить о шизофрении.

К этим явлениям приближается дисморфофобия — бред физического недостатка.

Ипохондрические переживания могут наблюдаться в клинической картине неврозов, психозов и органических поражений центральной нервной системы. В случае неврозов ипохондрическая патопластика приобретает и соответствующую окраску, например яркость, демонстративность при истерии, наличие устойчивых фобий при неврозе навязчивости и т. п. Органические заболевания центральной нервной системы в случае развития ипохондрической симптоматики нередко проявляют ее в виде разнообразных сенестопатий. Наконец, ипохондрические симптомы при вялотекущей шизофрении отличаются также сенестопатиями, характеризующимися однообразием, монотонностью. Различные ипохондрические симптомы возникают и при других заболеваниях — внутренних органов, мочеполовой системы, хронических инфекциях и т. п.

Каковы же нейрофизиологические обоснования ипохондрических состояний?

Данные К. М. Быкова и его школы свидетельствуют о том, что раздражения, идущие от внутренних органов (от висцеральных афферентных систем), достигают коры головного мозга, но в обычных условиях не осознаются, в отличие от импульсации со стороны высших органов чувств (зрение, слух и др.), а также кожи, мышц, суставов (соматосенсорная чувствительность). Тем не менее оказалось возможным выработать условные рефлексы и с любого внутреннего органа.

Развивая эти положения, В. Н. Черниговский (1967) показал, что, во-первых, площади, занимаемые в коре головного мозга представительством соматических систем, значительно больше, чем занимаемые висцеральными; во-вторых, в составе соматических нервов преобладают афферентные волокна с наиболее высокими скоростями проведения возбуждения (следовательно, это возбуждение опережает то, которое передается от внутренних органов). Таким образом, импульсы от соматических образований подавляют импульсы от внутренних органов. В известной степени на этот факт указал еще Ч. Шеррингтон (1911), отмечая, что импульсы, идущие от рецепторов внутренних органов (интерорецепторы), достигают скелетной мускулатуры с большим трудом, чем соматосенсорные. Отсюда у здорового человека отсутствие ясных ощущений со стороны внутренних органов. Как видно, в процессе эволюции наибольшее значение для организма приобретали те образования, которые сигнализировали об изменениях, происходящих во внешней среде, освобождая ко-

ру головного мозга от контроля за состоянием внутренних органов.

Однако при заболевании внутренних органов импульсация, направляющаяся от них в кору, значительно, а то и резко возрастает и начинает восприниматься сознанием — в большей или меньшей степени в зависимости от состояния самой коры. Отсюда возможность появления ипохондрических симптомов. Может быть и так, что орган уже здоров, а ипохондрические явления продолжают. В этих случаях уже в самой коре формируется очаг застойного возбуждения, подобный тому, который имеет место при синдроме фантома: больной с ампутированной конечностью не только может ощущать ее целиком, но и нередко испытывает болезненные ощущения, например, в одном из пальцев или в пятке и т. п. Очаг застойного возбуждения, имеющий определенное ипохондрическое содержание, может образоваться и при чрезмерной фиксации внимания на деятельности какого-либо органа. Тем самым благодаря наличию обратной связи между мозгом и любым внутренним органом, любым участком нашего тела не только возрастает сила ощущения, но способна изменяться и функция данного образования (вспомним о вышеуказанных висцеральных условных рефлексах).

Следует также напомнить, что при невротических состояниях нервная система становится более или менее астенизированной, что делает ее и более чувствительной. Отсюда возможность осознания раздражений, приходящих из внутренней среды организма в центральную нервную систему, которые в норме не ощущаются: перистальтика желудка, кишечника, ощущение биения сердца в спокойном состоянии и др. При ипохондрическом неврозе эти явления резко углубляются вследствие выраженной сосредоточенности внимания больного на этих ощущениях.

Как указывают Н. Ф. Суворов, В. Б. Захаржевский и др. (1980), при неврозе первично нарушается функция коры головного мозга. При этом подкорковые вегетативные центры выходят из-под ее контроля, что вызывает расстройство деятельности внутренних органов. С другой стороны, восстановление состояния коры ведет к нормализации нарушенных механизмов. Однако при действии психотравмирующих обстоятельств могут развиваться расстройства различных систем организма и без наличия невроза. Это так называемые психосоматические заболевания. В этих случаях чрезмерное напряжение нервной системы способно вызвать гипертоническую болезнь, язву желудка или двенадцатиперстной кишки, диабет и др., как видно, при уже имеющейся склонности

к этим заболеваниям. Большую роль при этом может играть сильное возбуждение сосудодвигательного центра, склонность к спастическому состоянию кровеносных сосудов, например определенных участков пищеварительного тракта и др. Конечно, не исключено сочетание невроза и психосоматического заболевания.

В подобных случаях, кроме строгого наблюдения за выполнением больным всех лечебных назначений, основное внимание среднего медперсонала сосредоточивается на разъяснении и внушении больному, что под действием проводимого лечения его состояние будет обязательно улучшаться. Больного нужно убеждать в том, что никакого существенного органического заболевания у него нет, что об этом свидетельствуют все проводившиеся исследования. Его болезненное состояние — это результат бывшего в прошлом заболевания, или нервно-психических перенапряжений, или каких-либо других вредностей, ослабивших его организм, а на этом фоне у него развились болезненные представления о наличии тяжелого соматического заболевания. Следует учесть, что в процессе лечения могут быть временные ухудшения в связи, например, с изменением барометрического давления, нарушением ночного сна, каким-либо дополнительным переживанием и др. При наличии этих обстоятельств с больным проводится надлежащая беседа разъяснительного и успокаивающего характера. Время от времени обращают внимание больного на то, что он стал выглядеть лучше, моложе и бодрее.

Депрессивный невроз. Слово «депрессия» происходит от латинского «подавленность». При депрессии наблюдается резко сниженное настроение, угнетенность, когда все окружающее представляется больному безрадостным, мрачным, безысходным.

В своем выступлении на симпозиуме, посвященном проблеме депрессий, А. В. Снежневский (1970) сказал, что депрессия относится к наиболее распространенному психическому расстройству. Он добавил также, что депрессии складываются из изменения аффекта, расстройства психической активности и нарушения соматического тонуса. При этом большая или меньшая выраженность каждого из этих факторов определяет и различные проявления депрессии, начиная с беспричинной грусти и кончая общим психическим и физическим бессилием.

Состояние депрессии в ее различных проявлениях можно разделить на 3 основные формы: депрессия при маниакально-депрессивном психозе (МДП); депрессия при циклотимии; невротическая депрессия. Помимо этого, нередко отмечают

депрессивные явления и в течении различных психозов, неврозов и других заболеваний.

По мнению М. В. Коркиной (1968), подавленное, тоскливое настроение — это обычная человеческая реакция на большое горе, тяжелые потрясения, поэтому трудно определить грань между такой реакцией и болезненным состоянием, вызванным той же причиной, поскольку различие в степени реакции, в ее силе и господстве над другими переживаниями не всегда четкое.

Исходя из этих положений логично считать, что имеются различные степени выраженности депрессивного состояния — от естественной реакции (конечно, в довольно широком диапазоне) до невротической и, наконец, психотической.

Под невротической депрессией (депрессивный невроз) понимается невротическое состояние, возникающее вследствие психической травматизации и характеризующееся переживанием этой психотравмы, с наличием угнетенного настроения. Нередко депрессия сопровождается ощущением внутренней напряженности, тревожности, с представлением о потере того, что составляло существенную часть жизни (потеря близкого человека, профессионально-общественного положения, нарушение здоровья и др.). Больные при этом в ряде случаев испытывают чувство вины по поводу того, что не обращали в свое время достаточного внимания на все эти тесно связанные с ними объекты и явления и только теперь сознают, как много это для них значило, что не представляют, как теперь будут жить. Горечь утраты усиливается невольным увеличением значимости утерянного, с одной стороны, и представлением о неполноценности дальнейшей жизни — с другой. А. М. Свядощ совершенно правильно подметил, что порой оплакивается не столько судьба погибшего, сколько участь самого оставшегося: «На кого ты нас покидаешь, что я теперь буду делать?» Растерянность в связи с произошедшим несчастьем, незнание как поступить, как жить в дальнейшем, представление об отсутствии выхода из создавшегося положения являются нарушением жизненного стереотипа.

Больные с невротической депрессией обычно астенизированы, им трудно сосредоточиться на других представлениях, кроме господствующего у них «больного пункта», но, тем не менее, способность к отвлечению у них не потеряна. Они могут беседовать на другие темы, но время от времени их мысли опять возвращаются к травмирующим их переживаниям, на глазах появляются слезы. Они нередко говорят, что жизнь потеряла для них ценность, иногда могут появляться даже мысли о самоубийстве (суицидные мысли), но они

имеют обычно преходящий характер, далеки от тенденции к осуществлению суицидного акта. Это мысли без намерения их выполнения. Тем не менее такие больные должны находиться под особым наблюдением медицинского персонала, поскольку в динамике их состояния могут наступать и ухудшения. Новая психотравма, даже объективно и не очень значительная, суммируясь с прежней, способна вызвать резкое изменение состояния больного в сторону развития реактивной депрессии с выраженным усилением угнетения, появлением тоски, возникновением суицидных тенденций.

Больные, страдающие невротической депрессией, отличаются расстроенным сном, пониженным аппетитом, испытывают зачастую неприятные болезненные ощущения в теле, особенно в области сердца, в голове.

Больные доступны психотерапии и, если невротическая депрессия имеет длительное течение, порядка нескольких месяцев, то нередко сами стараются найти выход из создавшейся ситуации — их страдания принимают привычный, можно сказать навязчивый, характер, они часто устают от этого и уже страдают в какой-то степени потому, что не могут перестать страдать. Несмотря на внешнюю безучастность, больные доступны психотерапии.

Приводим следующий случай невротической депрессии.

Больной Г., 27 лет, студент V курса физико-математического факультета, поступил в клинику по поводу общего плохого самочувствия, головных болей, трудностей сосредоточения внимания, ухудшения памяти, падения работоспособности в целом. Сон тревожный, с частыми пробуждениями. Постоянно мучает представление об уходе от него жены. В связи с этим обстоятельством и развилось депрессивное состояние, характеризовавшееся тоскливым, подавленным настроением.

Больной по характеру мягкий, недостаточно волевой, малоинициативный, уступчивый. Всегда отличался стеснительностью; вследствие этого круг знакомых был ограничен. Испытывал смущение, особенно перед девушками и молодыми женщинами. Казался себе неуклюжим, увальнем. Не был способен поддержать легкий интересный разговор, ответить остроумной шуткой, найти выход из создавшегося неудобного положения. В то же время много читал, увлекался философией, интересовался теоретическими проблемами физики и математики. В меньшей степени, но все же его привлекала жизнь современной молодежи, и он бывал в компаниях, на вечеринках, но при этом редко чувствовал себя свободно, «раскованным».

В сближении с будущей женой она играла активную роль и, по существу, женила его на себе. Она студентка этого же института, внешне интересная, общительная, веселая, с определенной жизненной установкой на достижение высоких степеней в профессиональном отношении. Это была его первая любовь, и он был целиком ею охвачен. Он находился полностью под влиянием жены, выполнял все ее требования и не видел в ней никаких недостатков. Не замечал также

и признаков нарастающего охлаждения с ее стороны. Тем более неожиданным и тяжелым был для него ее уход.

В своем прощальном письме она написала, что ей надоело быть нянкой, руководить каждым шагом, нередко выслушивать отрицательные мнения о нем ее знакомых. И вообще, она не считала его мужчиной, он невыносим и противен. Больной говорил, что она стала для него в жизни всем и что он не представляет, как он будет теперь жить без нее, не видеть ее около себя, не ощущать ее прикосновений, не слышать звуков ее голоса. Он то с душевной болью вспоминал свое счастливое прошлое с ней, то страдал, переживая обстоятельства ее ухода от него, свое настоящее положение. Больной был готов на компромисс, даже на унижение, лишь бы она была с ним. Мысль о смерти появлялась у него, особенно вначале, но как отвлеченное представление. На прямой вопрос, мог бы он совершить самоубийство, он отвечал отрицательно. «Я не смог бы оставить своих родителей, ну, и потом, если она увидела бы меня, у нее могло бы появиться отвращение». Больного можно было отвлечь от его грустных мыслей, даже вызвать улыбку, но большую часть времени он оставался в состоянии угнетения.

Больной отличался пикническим сложением, со стороны внутренних органов существенных отклонений не выявлено. Неврологически без очаговой патологии. Отмечаются тремор вытянутых пальцев, рук, век, языка; розовый дермографизм, сухожильные и периостальные рефлексы равномерно повышены, патологических рефлексов не выявлено. Некоторая неустойчивость при сенсibilизированной пробе Ромберга.

Психотерапия вначале была направлена на критический разбор поведения жены больного с целью развенчать, уничтожить тот ореол, который он ей создал. Ему говорились, что она эгоистична, любит только себя, заботилась только о себе, своих удовольствиях, ему не уделяла должного внимания, с ним никогда не считалась. Она рассчитывала, что у него имеются практическая сметка и влиятельные родственники, но практической сметки у больного не оказалось, а его дядя, действительно занимавший значительный пост в одном из министерств, вскоре умер. Как выразилась как-то жена больного, «он не умеет делать деньги». Все эти и другие доказательства ее истинной природы если больным и принимались, то на непродолжительное время, и он опять начинал утверждать, что она его любила по-настоящему, а разлюбила потому, что он действительно ей не пара. Она такая красивая, блестящая, а он ..., и тем не менее она его любила, а вот теперь он ее потерял навсегда и не в состоянии примириться с этой потерей.

В связи с отсутствием лечебного эффекта было решено пойти на компромисс. Больному удалось внушить надежду на возвращение к нему жены в том случае, если он сможет в какой-то степени себя переделать — стать более общительным, чаще бывать в обществе других людей, преодолевать

свою стеснительность, вырабатывать у себя привычку вести непринужденные беседы на различные темы, интересные большинству людей, научиться танцевать и т. п. Главное же — это его профессиональная деятельность. У него есть склонность к научной работе, и в этой области он сможет добиться больших успехов, а вместе с этим и достаточного материального обеспечения. Медсестра осуществляла постоянное наблюдение за больным. Она поддерживала с ним тесный контакт и, таким образом, имела полное представление о его настроении. В беседах с ним она следовала вышеизложенной линии психотерапии, утверждая, что он, конечно, вновь завоюет свою жену, когда несколько изменит себя. При этом подчеркивались его наличные положительные качества и выражалась уверенность, что он добьется поставленной цели.

Этот психотерапевтический прием оказался успешным. Настроение больного стало понемногу улучшаться, фон настроения повышался. После выписки из клиники больной все больше отвлекался от психотравмирующих представлений и, действительно, постепенно приобрел в какой-то степени некоторые новые особенности своего поведения. Вскоре мы потеряли его из виду, но во время последнего свидания с ним было ясно, что влечение к бывшей жене значительно уменьшилось, и это давало основание предполагать в будущем его полное затухание и появление нового чувства уже к другому человеку, но на основе более разумного подхода. Как всегда общеукрепляющая и транквилизирующая медикаментозная терапия и другие лечебные мероприятия оказали свое положительное действие.

Определяя диагноз невротической депрессии, необходимо дифференцировать ее от некоторых других болезненных форм депрессивных состояний.

Так, для выраженной психотической депрессии вообще характерны: 1) подавленное, угнетенное, тоскливое, мрачное настроение, гипотимия; 2) психическая заторможенность; 3) двигательная заторможенность (депрессивная триада). В одних случаях у больного скорбное, мученическое выражение лица, нередко с особой складкой верхнего века (складка Верагута). Он целиком погружен в свои тяжелые переживания. Считает себя глубоко несчастным человеком: материально не обеспечен, у него нет ничего своего; он болен, он никому не нужен, и никто о нем не заботится; родные его покинули; или он преступник, заслуживающий самого жестокого наказания за свои преступления. Различные маловажные промахи, ошибки в его жизни представляются больному в резко

преувеличенном виде — он якобы довел своих родных до могилы, так как не оказывал им необходимой заботы. Он никчемный работник, зря получавший деньги; ничего не понимает в своей специальности.

Он по разным поводам вводил людей в заблуждение, обманывал и лгал и т. п. В ряде случаев такой больной с отчаянием признается, что не испытывает любви к своим близким, изменился, стал совсем другим, чужим для всех; что окружающим его не понять, от этого он страдает еще больше.

В других случаях больному представляется, что изменился не только он сам (деперсонализация), но изменился и весь окружающий мир. Все какое-то незнакомое, чужое, неприятное, окрашенное в мрачные мертвые тона.

Идеи самоуничтожения ведут к представлениям о необходимости самоубийства как расплаты за свои преступления, или стремление к самоубийству обусловлено невозможностью переносить свои страдания. На высоте тяжелых переживаний больной способен совершить суицидную попытку, воспользовавшись любым удобным для этого случаем: выпрыгнуть из окна, броситься в пролет лестницы, разбить оконное стекло и осколками перерезать себе горло (сонные артерии) и т. п. Взрыв такого психомоторного возбуждения может произойти у больного, который незадолго до этого сидел согнувшись или лежал неподвижно, отвечал на вопросы едва слышным голосом и, казалось, не был способен ни на какое резкое движение. Сверхценные идеи самообвинения могут переходить в бред виновности. У некоторых больных эпизодически возникают также галлюцинации.

Основной стержень депрессии — это безысходное чувство мучительной тоски.

Соматические нарушения обычно выражаются в падении массы тела, нередко в повышении давления, увеличении содержания сахара крови, в тахикардии, расширении зрачков и некоторых других симптомах, указывающих на симпатико-тонические эффекты, сопровождающиеся большими затратами энергетических ресурсов.

Такова, с большими или меньшими вариациями, клиническая картина депрессии при маниакально-депрессивном психозе, относящемся к эндогенным заболеваниям, т. е. обусловленным не внешними причинами, а внутренними, в данном случае преимущественно нарушением функции диэнцефальной области.

Согласно проведенным исследованиям это болезненное состояние связано с наследственными особенностями, нарушением биохимических процессов, расстройством функции

эндокринной системы и др., но основная причина развития эндогенной депрессии и в целом МДП до настоящего времени неизвестна. Существенным признаком такой депрессии является ее независимость от внешних влияний. Однако она может развиваться постепенно, и в отдельных случаях толчком для ее возникновения способен послужить даже какой-нибудь внешний повод — психическая травматизация, хотя дальнейшее течение болезни идет уже по своим внутренним законам со все большим отдалением от указанного психогенного фактора. В этот период следует обратить внимание на возможность ошибки в определении депрессии невротической или психотической (МДП). В последнем случае (МДП), кроме уже указанного, нередко наблюдаются суточные колебания состояния — некоторое улучшение к вечеру, нарастающая тоска, данные анамнеза о подобных состояниях в прошлом, однотипных или перемежающихся с фазами маниакального состояния.

Последнее характеризуется тоже тремя, но совершенно противоположными признаками: 1) повышенное, прекрасное настроение с компонентом возбуждения; 2) ускоренное мышление; убыстрение темпа ассоциаций; 3) двигательное возбуждение.

Следует также учитывать и возможность наличия некоторых вариантов эндогенной депрессии, например: 1) депрессия с возбуждением — ажитированная депрессия; 2) депрессия ипохондрическая, скрытая ларвированная¹ (см. также выше), где на первый план выступают сенестопатии, вегетативно-соматические нарушения, вуалирующие основную сущность — угнетение, тоску.

Помимо этого, существует смягченная форма МДП — циклотимия. Циклотимическая депрессия также не обусловлена внешними моментами, она отличается сниженным настроением, нередко некоторой тревожностью, трудностью сосредоточения внимания, утомляемостью, падением работоспособности в целом, склонностью к самообвинению в лени, распушенности. Бывает чувство своей малоценности.

Реактивная депрессия имеет наибольшее сходство с невротической депрессией. Реактивная депрессия обусловлена психической травматизацией, и это имеет отчетливое отражение в клинической картине. Больной целиком сосредоточен на переживаниях психотравмирующих событий, но с наличием сверхценных и бредовых идей, эпизодических галлюцинаций и некоторых других психотических симптомов.

¹ От лат. larva — личинка.

Суицидные наклонности здесь не менее (если не более) выражены, чем при эндогенной депрессии.

Невротическую депрессию следует дифференцировать от неврастении или от депрессивной фазы циклотимии. В этих случаях могут возникнуть большие трудности, но при невротической депрессии основное заключается в существовании прямой связи между психической травмой и наличием осевого депрессивного синдрома. При шизофренической депрессии могут быть выявлены характерные особенности мышления, явления психического автоматизма, аутизм, эффективные нарушения, негативизм, вычурность и другие симптомы, характерные для шизофрении.

Более подробное описание депрессивных состояний обусловлено их большим значением, определяемым нередкой опасностью для здоровья и жизни больных, проявляющих суицидные тенденции. Как уже указывалось, средний медперсонал, проводящий значительную часть времени с больными и достаточно разбирающийся в депрессивных синдромах, имеет возможность с большей вероятностью подметить те начальные изменения в состоянии больного, которые могут насторожить в отношении появления суицидных намерений у больного и принять надлежащие меры по их предотвращению.

Астеническое состояние. По поводу астенического состояния имеются разные трактовки. Так, А. Крейндлер (1963), например, выделяет из неврастении астенический невроз. А. Г. Иванов-Смоленский (1974) пишет, что, по И. П. Павлову, «следует различать две формы неврастении: гиперстеническую (с патологически повышенной возбудимостью вследствие ослабления условного торможения) и гипостеническую — с повышенной истощаемостью нервного возбуждения и с патологическим преобладанием процессов безусловного, главным образом, охранительно-запредельного торможения» (см. также выше). А. В. Снежневский (1983) описывает астенический синдром, указывая, что «проявления астенического состояния разнообразны, с преобладанием то возбудимости, внутреннего беспокойства, утраты самообладания, то истощаемости, повышенной утомляемости, слезливости с сентиментальной восторженностью». Б. Д. Карвасарский (1980) проводит знак равенства между понятиями — астенические состояния, астенический синдром и астения. Это нервно-психическая слабость, входящая в клиническую картину различных нервно-психических и соматических заболеваний. Ввиду этого, по Д. Е. Мелехову (1967) и А. В. Снежневскому (1975), следует различать не просто астению, а астению невротическую, органическую, шизофреническую

и др. Наиболее часто астенический синдром отмечается при неврастении.

Таким образом, это состояние выраженной слабости, вялости, чувство утомления, недомогания, сужение круга интересов, но не эмоциональная тупость; трудность сосредоточения внимания; непереносимость громких звуков, яркого света, большого количества людей; сонливость днем. Наряду с этим в ряде случаев имеет место эмоциональная лабильность при действии значимых для больного аффектогенных раздражителей. Отмечается отсутствие влечения к действиям.

По нашему мнению, такое определение астенического состояния больше соответствует и самому понятию «астения» (от греческого — слабость, бессилие).

Больные с астеническим состоянием, естественно, требуют со стороны среднего медперсонала ухода в плане улучшения их соматики. Надлежащее питание с достаточным количеством витаминов, общеукрепляющая медикаментозная терапия, включающая препараты фосфора, железа и др., поднимающие настроение больного ободряющие обращения к нему, психотерапия в целом являются эффективным лечебным средством.

Реактивные состояния. Клиническая практика показывает, что нередко развиваются более или менее длительные состояния реактивного характера, где определяющим данное невротическое состояние является постоянное чрезмерное переживание больным имевшей место или продолжающейся определенной психической травматизации. При этом обычно отмечается эмоциональная окраска истероидного, неврастеноидного или ипохондрического типа. В отличие от психотических реактивных состояний (реактивных психозов, психогенных психозов), при невротических реактивных состояниях не отмечаются расстройства сознания, бред, галлюцинации, утрата критики.

Как пишет А. Б. Смулевич (1983), понятие «реактивные состояния» охватывает широкий круг психогенных расстройств, включающий психотические и невротические психогенные реакции. Обычно реактивные состояния возникают под влиянием психотравмирующих факторов большой силы и значимости, но при этом имеют существенное значение социальные установки данной личности, характеристика корковой динамики, конституциональные особенности, состояние здоровья в целом и др.

Больная В. находится в тяжелом реактивном невротическом состоянии. Ее 11-летняя дочь после длительного исчезновения была найдена зверски убитой и изнасилованной. Реактивное состояние

у В. стало развиваться уже в день исчезновения девочки, когда последняя не вернулась к назначенному сроку домой, а интенсивные поиски ее оказывались безрезультатными. Для В. началось ужасное время невыразимо тяжелых переживаний. Если вначале она еще на что-то надеялась, то в дальнейшем всякая надежда исчезла, и она испытывала только чувство безграничного отчаяния. Когда через неделю труп девочки был обнаружен, самые ужасные предположения В. подтвердились. В ее сознании возникали страшные картины истязаний, которые пришлось перенести ее ребенку, вплоть до мучительной смерти. Больная была целиком сосредоточена на своих переживаниях. Она постоянно плакала, и ее плач время от времени прерывался громкими рыданиями. Сознание ее было сосредоточено лишь на одном представлении — ее погибшей дочери. Она чаще односложно, как бы механически, отвечала на задаваемые вопросы. Нередко просила оставить ее в покое. Сон ее был расстроен. Она очень мало ела и пила, и то подчиняясь настоянию родных. Соматическое состояние ухудшалось. Однако, несмотря на резко выраженный невротический стресс, суицидных мыслей у больной не было. В значительной степени этому способствовало наличие у нее второй дочери 8 лет и мужа — фактор, который в дальнейшем сыграл большую положительную роль в процессе лечения больной, помещенной в психоневрологический стационар.

Особенно тяжело переживают пожилые матери-одиночки гибель своих взрослых детей, особенно если эти женщины уже находятся на пенсии и не увлечены каким-либо интересным для них делом. В этих случаях чаще встречаются и суицидные мысли и попытки к их осуществлению. При лечении некоторых таких больных положительный лечебный эффект может быть получен при организации шефства такой больной (после ее выписки из психоневрологической больницы) над двумя-тремя детьми-сиротами, находящимися в дошкольных детских учреждениях. Однако далеко не всегда такая тяжелая психическая травма, как смерть единственного ребенка, у одинокой матери может вызвать реактивное невротическое состояние.

Больная Т., 58 лет, поступила в психоневрологический стационар с жалобами на плохое самочувствие — недомогание, вялость, слабость, неприятные болезненные ощущения в различных местах тела, преимущественно в области сердца, в голове. Сон тревожный, с частыми пробуждениями.

На этом фоне при разговоре о недавно умершем сыне на глазах появляются слезы.

Больная несколько астенизирована. Сосредоточена преимущественно на своих переживаниях, ощущениях, связанных с ее плохим соматическим состоянием. Высказывает желание скорее поправиться, чтобы вернуться в свою привычную жизненную обстановку. На протяжении ряда лет живет одиноко, но этим обстоятельством не тяготится. Создала себе уютную домашнюю обстановку. Занималась чтением книг. Смотрела телевизионные передачи. Общалась с ограниченным кругом знакомых, преимущественно таких же, как она, одиноких женщин. С сыном и его семьей контакты поддерживала, но более

близки ей были узкие интересы собственной личности. При известии о скоропостижной смерти сына (от сердечного заболевания) ощутила как бы некоторое затемнение сознания, «чувство оупения». Потом, осознав произошедшее, некоторое время рыдала. Несколько успокоившись, почувствовала слабость в конечностях, особенно в ногах. С большим трудом могла передвигаться в пределах собственной квартиры. В связи с таким состоянием не могла принять участия в похоронах сына. На протяжении двух последующих недель явления астенизации, астазии-абазии уменьшились, но нарастало общее плохое самочувствие, с повышенным к нему вниманием со стороны больной. Это дало основание для изменения первоначально диагноза — «реактивное состояние по истерическому типу» на «ипохондрический невроз», из которого больная вышла в состояние полного выздоровления. В данном случае такие особенности личности больной, как эгоцентризм, эгоизм, в значительной степени определили и динамику клинической картины ее заболевания. Синдром астазии-абазии допустимо рассматривать как «бегство в болезнь», как «условную приятность или желательность» болезни, позволившие больной не принимать участия в мероприятиях, связанных с похоронами.

Неврозоподобные состояния. Обобщая ряд высказанных ранее положений, следует подчеркнуть, что под этим термином понимаются невротические явления, развивающиеся в связи с протеканием какого-либо другого заболевания — соматического, неврологического и т. п. Под их воздействием нервная система может астенизироваться и, таким образом, приобретать склонность к невротическим реакциям. В большинстве случаев при выздоровлении от основного заболевания исчезают и невротические симптомы. Однако бывают и переходы в невроз, чаще ипохондрический. Средний медперсонал должен учитывать возможность этих обстоятельств и проводить с больными надлежащую психотерапию, подчеркивая несомненность полного выздоровления.

Диэнцефальный синдром. Диэнцефальные нарушения могут быть трех видов: органического генеза, психогенного (психическая травма) и органического, спровоцированного психической травматизацией, что можно заключить на основании исследований ряда авторов [Гращенко Н. И., 1964; Шефер Д. Г., 1971; Мягер В. К., 1976., и др.].

В. К. Мягер отмечает, что неврозы и диэнцефальные нарушения имеют много общих трудно дифференцируемых симптомов. Неврозоподобные симптомы при диэнцефальных поражениях исследовались А. П. Катковниковым (1966), Б. Д. Карвасарским (1969, 1980), А. Г. Лещенко (1974) и др.

В клинической практике часто наблюдается вегетативно-сосудистый диэнцефальный синдром в виде криза. Обычно без видимой причины у больного появляется чувство общей слабости, кожные покровы бледнеют, возникают тахикардия,

затрудненное дыхание. Больной испытывает неприятные ощущения в области груди, живота, головы, нередко в виде сжатия. Появляется ощущение внутренней дрожи, иногда полуморочное состояние. Очень часто бывают беспокойство, тревога, страх смерти. Артериальное давление повышено.

В конце приступа возможны позывы на мочеиспускание, реже — на дефекацию. Приступы могут развиваться по типу симпатико-адреналовых или по типу инсулярно-ваготонических, характеризующихся брадикардией, усиленной перистальтикой со стороны желудочно-кишечного тракта, понижением артериальной давления, в конце приступа неоднократным мочеиспусканием и некоторыми другими симптомами. Страх смерти может иметь место и здесь.

Наблюдаются также и смешанные симпатико-ваготонические кризы. Повторяющиеся диэнцефальные кризы во многих случаях ведут к развитию невротических состояний, прежде всего вследствие чисто психогенного воздействия: постоянное тревожное ожидание нового приступа; затруднения, связанные с возможностью его возникновения в любой неблагоприятной ситуации, например на улице; страх смерти.

Неврологическая симптоматика при диэнцефальных нарушениях непостоянна, и ее наличие (чаще в виде отдельных микроорганических симптомов) обычно свидетельствует о перенесенных нейроинфекциях или травме. На ЭЭГ у больных с диэнцефальными поражениями часто наблюдаются медленные δ - и θ -волны со вспышками α -ритма.

Для купирования симпатико-адреналового приступа применяются: 1 % раствор пирроксана — 2—3 мл под кожу или внутримышечно; диазепам 0,5 % — 2 мл внутримышечно. В процессе лечения пирроксан назначается по 0,015—0,03 г внутрь 2—3 раза в день, диазепам — по 0,005 г 1—3 раза.

Ацефен как стимулирующее средство применяют при инсулярно-ваготонических явлениях по 0,25 г на инъекцию в стерильном изотоническом растворе натрия хлорида под кожу или внутримышечно. Приготавливается непосредственно перед инъекцией. Внутрь дается по 0,1—0,3 г 3—5 раз в день.

Вообще для снижения активности симпатической нервной системы применяются также резерпин по 0,0001—0,00025 г 2—3 раза в день; бензогексоний 2,5 % — 0,5—1 мл внутримышечно или под кожу 1—2 раза, внутрь по 0,1 г 3—6 раз; беллоид по 1 таблетке 3 раза в день.

Для снижения тонуса парасимпатической системы — амизил 1—2 мг 3—5 раз; атропин — 0,0005—0,00025 г 2—3 раза в день перед едой.

Из антигистаминных препаратов назначаются димедрол — 0,025—0,05 г 1—3 раза; супрастин — 0,025 г 2—3 раза в день и др.

Психоорганический синдром. Его называют также органическим, энцефалопатическим синдромом. Это состояние развивается в результате органического поражения головного мозга (инфекции, травмы, интоксикации, опухоли, нарушения кровообращения) и в ряде случаев характеризуется очаговыми поражениями, наличием грубой органической и психопатологической симптоматики. Некоторые проявления психоорганического синдрома могут носить невротоподобный характер, что и обуславливает изложение его здесь.

Хорошо известна триада Вальтера-Бюеля, определяющая основные особенности синдрома: нарушения памяти, расстройство внимания, повышенная аффективность.

В одних случаях резко расстраивается осмысливание, теряется ориентировка в месте и времени, нарастает аффективная неустойчивость, развивается психическая беспомощность. В других случаях на фоне триады Вальтера — Бюеля выступают явления астении с симптомом раздражительной слабости. Бывают истерические расстройства. Отмечаются состояния с преобладанием депрессии или эйфории. Встречаются также случаи с наличием бредовых идей и галлюцинаций. Течение психоорганического синдрома зависит от судьбы основного заболевания.

Психопатии. Следует подчеркнуть, что нарушения психической деятельности, начиная с самых легких невротических и кончая психозами, представляют собой результат сложного взаимодействия таких факторов, как наследственные и врожденные особенности, перенесенные и переносимые болезни, неблагоприятные условия жизни, отрицательные психогенные воздействия, состояние интеллекта, характер данной личности, ее жизненные установки.

С учетом этого кратко рассмотрим еще раздел психопатий, имеющих тесное отношение к проблеме неврозов и нередко трудно от них отличаемых, что иногда приводит к диагностическим ошибкам.

Термин «психопатия» как таковой был введен И. М. Балинским в 1886 г.¹ и означал наличие врожденных психических нарушений, стоящих между нормой и психозом и отличающихся отсутствием прогрессивности.

Классификация психопатий дискутируется.

¹ По другим данным — И. Кох (1891).

Большую роль в развитии учения о психопатиях сыграл П. Б. Ганнушкин (1933), который определил наиболее характерные особенности психопатии и показал ее динамику. Как указывает О. В. Кербиков (1968), психопатия — это форма психической патологии, которая, наряду с неврозами, относится к «малой» или «пограничной» психиатрии. Основные особенности психопатии — это патологические черты характера, неуравновешенность и дисгармония личности. «Психопатия» имеет ряд синонимов: «патологические характеры», «аномальные характеры», «патологические личности», «неуравновешенные личности» и др. По мнению П. Б. Ганнушкина, психопатия — это длительное, стойкое патологическое состояние, отмечающееся на протяжении почти всей жизни и отличающееся нарушением адаптации к среде, к окружающим, наличием патологического склада всей личности, а не отдельных ее черт, наконец, характеризующаяся малой обратимостью патологических особенностей.

У психопатов отмечается нарушение главным образом эмоционально-волевых свойств при сохранности интеллекта, но мышление при этом характеризуется выраженной субъективностью, аффективностью.

Психопатии — это рано возникшие или врожденные дисгармонии личности.

Патологическое развитие личности — это «нажитая» дисгармония личности, достигшая степени психопатии и обусловленная длительной травмирующей ситуацией.

Подобно неврозоподобным состояниям выделяются психопатоподобные состояния или синдромы, возникающие в результате общесоматических и экзогенно-органических мозговых нарушений (инфекционных заболеваний, травм головного мозга и т. п.).

В МКБ IX пересмотра (1980, с. 187) психопатии рассматриваются как расстройства личности, от которых страдает сам больной и страдают другие. Это прочно укоренившиеся, не соответствующие норме формы поведения.

Приводим перечень расстройств личности согласно классификации IX пересмотра, адаптированной для использования в СССР (с сокращениями).

- 301.0. Расстройства личности параноидного (паранойяльного) типа. Параноидная (паранойяльная) психопатия. Параноидное (паранойяльное) развитие личности.
- 301.1. Расстройство личности аффективного типа. Циклоидная (циклотимическая) личность. Аффективная психопатия.
- 301.2. Расстройство личности шизоидного типа. Шизоидная психопатия. Аутистическая личность.

- 301.3. Расстройство личности возбудимого типа. Эксплозивная личность. Возбудимая психопатия. Психопатическое развитие личности возбудимого типа.
- 301.4. Расстройство личности ананкастического типа. Ананкастическая психопатия.
- 301.5. Расстройство личности истерического типа. Истерическая психопатия. Истерическое развитие личности.
- 301.6. Расстройство личности астенического типа. Астеническая психопатия. Астеническое развитие личности.
- 301.7. Расстройства личности типа эмоционально тупых. Эмоционально тупая личность. Гебоидная психопатия.
- 301.81. Расстройство личности неустойчивого типа. Неустойчивая психопатия. Личность лабильная, неустойчивая.
- 301.82. Мозаичная полиморфная психопатия.
- 301.83. Парциальный дисгармонический психический инфантилизм.
- 301.92—301.99. Психопатоподобные состояния, обусловленные интоксикацией, системной инфекцией, нарушением обмена веществ, другими соматическими расстройствами, климаксом, инволюцией, другими причинами, неуточненными причинами.

Обобщая все вышеизложенное, можно сказать, что врожденная, или ядерная, или конституциональная, психопатия формируется под воздействием неблагоприятных условий среды, но эти условия играют лишь вспомогательную роль. При патологических же развитиях указанные факторы имеют основное значение.

Приводим некоторые описания наиболее часто встречающихся психопатий.

Шизоиды — отличаются отсутствием общительности, замкнутостью, склонностью к отвлеченным фантазиям, малопонятными для окружающих интересами, оторванным от реальной действительности. Они живут в своем внутреннем символическом мире. Отличаются недостаточной последовательностью в своих решениях и действиях, иногда причудливостью. Их поступки нередко неожиданны и не соответствуют реальной обстановке. С одной стороны, они холодны и могут быть жестокими. Им чужды переживания других людей, мало понятны их горе и радость. С другой стороны, встречаются шизоиды чрезвычайно чувствительные, ранимые. Они при прочих своих особенностях отличаются повышенной мнительностью, подозрительностью. Часто рассматривают безобидные действия окружающих как имеющие к ним определенное отношение.

Возбудимые (эпилептоидные). Психопаты этой группы характеризуются вспышками раздражения, гнева, ярости, нередко по объективно самому незначительному поводу. Поэтому их называют также взрывчатыми, или эксплозивными (от французского — взрывать). На высоте возбуждения они часто теряют власть над своим поведением и способны на

любую агрессию, в некоторых случаях вплоть до убийства. Они обычно требовательны, подозрительны, жестоки.

Астенические психопаты. Эти психопаты прежде всего характеризуются состоянием слабости. Они плохо выносят физические и психические напряжения, быстро утомляются, теряют веру в себя, отступают перед жизненными трудностями. Еще в детские годы они испытывают большую усталость, чем их сверстники, после подвижных игр, в конце школьных занятий. В дальнейшем бессонная ночь буквально может выбить их из колен. Слабость нервной системы обуславливает ее повышенную чувствительность, и такие лица обычно отличаются чрезмерной впечатлительностью, ранимостью, стеснительностью, робостью.

Психастенические психопаты. Представители этой группы имеют ряд сходных черт с астеническими психопатами, но особенно характерными для них являются тревожная мнительность, склонность к сомнениям, отрыв от реальной действительности, стремление к чрезмерному самоанализу, к бесплодному мудрствованию, к резонерству. Окружающий мир во всем своем многообразии, дающий обычно так много ярких чувственных ощущений, психастеником воспринимается без этой живой окраски, более бледно, даже в какой-то степени чуждо. Особенности психического склада психастенического психопата представляют почву для развития психастении, навязчивостей и фобий.

Истероидные психопаты. Ведущими при этой форме психопатии являются такие психические особенности, как эгоцентризм, претенциозность, эгоизм, преобладание эмоциональной жизни над рассудочной, при наличии внешне ярких, но внутренне неглубоких эмоций, подверженность первым впечатлениям, позерство, стремление к внешним эффектам, капризность, неустойчивость настроения. Стремление истеричных психопатов возвысить себя в мнении окружающих, представить себя в их глазах значительной личностью, которой они в действительности не являются, дало основание К. Шнейдеру назвать их «ищущими признания». К ним также вполне применимо выражение К. Юнга «о стремлении к могуществу малоценной личности».

Следует еще указать на группу гипотимных психопатов, отличающихся постоянно сниженным плохим настроением, нередко с чертами депрессии. Они склонны все видеть в мрачном свете, любое событие расценивать с отрицательной стороны.

Гипертимные психопаты представляют собой противоположность предыдущей группы. У них обычно пре-

красное настроение, они большей частью всем довольны, ко всему относятся благодушно, но поверхностно. Они деятельны, инициативны, за многое берутся, но не все доводят до конца. Они общительны, легко заводят новые знакомства, причем обычно без необходимого выбора.

Лабильные психопаты отличаются чрезвычайно изменчивым настроением, зависимым от самых незначительных воздействий окружающей среды и собственного самочувствия. Они целиком находятся во власти наличных ситуаций. Сюда же могут быть причислены неустойчивые психопаты, характеризующиеся выраженным слабоволием, подчиняемостью более сильным личностям, отсутствием собственных интересов, планов, целей.

Паранойяльные психопаты. Большинство исследователей считают, что основным качеством паранойяльной психопатии является создание сверхценных идей на основе эгоцентризма, эгоизма, инертности мышления, узости, односторонности интересов, недоверчивости, подозрительности, переоценки собственной личности, повышенной требовательности по отношению к окружающим.

Особо следует отметить наличие половых извращений у ряда психопатических личностей, относящихся к различным формам психопатий. Однако сексуальные извращения могут иметь место и при других состояниях, например в некоторых случаях поражений головного мозга, при определенных эндокринных нарушениях и др.

При сопоставлении с неврозами следует указать, что как при неврозах, так и при психопатиях во многих случаях существует определенная предрасположенность к развитию определенных форм заболевания при наличии неблагоприятных воздействий среды. Что это именно так, свидетельствуют факты развития различных состояний при действии сходных средовых факторов. Так, «тепличное» воспитание ребенка с избавлением его от всех трудностей жизни в одних случаях ведет к формированию истерического характера, с повышенными требованиями к действительности, а в других — определяет такие личностные особенности, как робость, смущаемость, жизненная неприспособленность. Деспотическое, жестокое воспитание обуславливает появление как личностей трусливых, склонных к раболепию, не имеющих собственного мнения, так и лиц озлобленных, раздражительных, нередко жестоких.

Допустимо полагать, что чем менее выражена биологическая предрасположенность, тем большее влияние имеют неблагоприятные психогенные факторы, вызывающие в этих

случаях более общие реакции в виде состояний раздражительной слабости и истерических реакций как общепсихологических.

Ряд таких случаев, не доходящих до степени психопатии, может быть отнесен к неврозам развития. Отмечается особенное значение наследственного фактора при ипохондрических неврозах и неврозах навязчивых состояний. Наследственная отягощенность по психопатиям имеет еще более высокие показатели. Тем не менее клиническая практика свидетельствует, что в динамике психопатий и неврозов декомпенсации происходят преимущественно вследствие психотравмирующих воздействий. Поэтому фактор психотерапии играет решающую роль в лечении как неврозов, так и психопатий. Следует еще указать на отрицательное воздействие алкоголя на течение неврозов и психопатий. Функциональное или органическое снижение устойчивости нервной мозговой ткани вследствие алкоголизации, даже однократной, может приводить к острым аффективным вспышкам или затяжным психопатологическим состояниям.

К. Леонхард (1968) развивает представления о так называемых акцентуированных личностях, отличающихся определенными, достаточно выраженными характерологическими особенностями. По мнению К. Леонхарда, неврозы в основном развиваются именно у подобных личностей.

Приводим перечисление 10 основных акцентуированных типов по К. Леонхарду:

- | | |
|-----------------|----------------------|
| 1. Гипертимные | 6. Циклотимные |
| 2. Застревающие | 7. Демонстративные |
| 3. Эмотивные | 8. Возбудимые |
| 4. Педантичные | 9. Дистимические |
| 5. Тревожные | 10. Экзальтированные |

А. Е. Личко (1979) считает, что правильнее здесь говорить об акцентуациях характера, поскольку личность — понятие более сложное. Согласно этому автору, «акцентуации характера — это крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим» (стр. 27). Акцентуация характера представляет собой почву, предрасполагающую к развитию различных психогенных расстройств — неврозов, психозов и др.

Уход за больными этой группы представляет обычно большие трудности, и поэтому знание их особенностей, их

психологии имеет очень большое значение. Естественно, что наибольшего внимания требуют состояния возбуждения, принимающие тот или иной характер в зависимости от вида психопатии, а это обуславливает и соответствующее поведение со стороны медперсонала.

Дифференциальный диагноз. В лекции «Приложение экспериментальных данных, полученных на животных, к человеку» И. П. Павлов (1951) утверждает, что «современная медицина различает нервные и душевные болезни, неврозы и психозы. Но различие это, конечно, совершенно условное. Точной разграничительной линии между теми и другими никто бы провести не мог, потому что ее нет и в действительности как можно было бы себе представить психическое расстройство без нарушения мозговой ткани, если не в структурном, то в функциональном отношении? Различие между нервным и психическим заболеванием есть различие или по сложности, или по тонкости нарушения нервной деятельности». Дальше он добавляет: «... перед нами нарушенная деятельность больших полушарий — в первом случае меньше и проще, во втором случае больше и сложнее».

Чем более характерные особенности имеет определенное явление, чем оно более четко и выразительно сформулировано, тем легче оно может быть выделено из ряда других явлений. Это относится и к вышеуказанным определениям неврозов. Приводим еще одно определение А. М. Вейна: «Невроз — психогенное заболевание, возникающее на фоне особенностей личности и недостаточности психической защиты с формированием невротического конфликта, проявляющееся функциональными нарушениями в эмоциональной, вегетативной и соматических сферах». Таким образом, здесь подчеркивается значение психогенной ситуации, особенности личности и возникновение невротического конфликта. Для целей диагностирования большую роль играет соотношение невроза и более или менее выраженной органической патологии мозга.

Автор выделяет четыре группы состояний:

1. Неврозы без признаков поражения мозга. Это так называемые «чистые неврозы», по данным автора составляющие всего $\frac{1}{3}$ от общего числа неврозов, развивающихся на фоне неврологической отягощенности.

2. Неврозы, возникшие на базе резидуальных поражений мозга. Это признаки перенесенных в прошлом черепно-мозговых травм или нейроинфекций, также некоторые симптомы врожденной неполноценности соматических систем, что косвенно может указывать и на определенную непол-

ноценность развития нервной системы. Самое существенное здесь то, что между этими стабильными, установившимися состояниями и возникновением невроза с его динамикой нет взаимосвязи.

3. Неврозы и невротические синдромы, сочетающиеся с текущими заболеваниями мозга. Здесь наряду с эпилепсией, гипоталамической недостаточностью, вестибулопатией, начальными признаками компенсированной мозговой сосудистой (чаще вертебробазиллярной) недостаточностью и др., могут возникать и невротические состояния. Принцип диагностики невротических расстройств сохраняется тот же — психогенно значимая ситуация, особенности личностного реагирования и формирование невротического конфликта. Однако органические симптомы и невротические явления здесь взаимосвязаны.

4. Псевдоневрозы (неврозоподобные синдромы). Эти состояния представляют собой поражения мозга, всегда сопровождающиеся эмоциональными нарушениями. Чаще это происходит при недостаточности глубинных структур, составляющих функциональную лимбико-ретикулярную систему. В отличие от всех предыдущих групп здесь в основе болезни отсутствует невротический конфликт.

Приведенное разделение, помимо уточнения диагностики, имеет значение и в целях применения надлежащей комплексной терапии. Психотерапия и психофармакотерапия остаются ведущими методами лечения невротических состояний. Оценивая вполне положительно представленную схему, следует, однако, сказать, что некоторые трудности остаются, что выражается в затруднении установления четких границ между отдельными группами в некоторых случаях.

Большой материал для дифференциального диагностирования представляют психосоматические расстройства. В этот раздел входят психогенные нарушения деятельности самых различных органов, тканей, процессов: психогенные невралгии, психогенные дискинезии, психогенная тошнота и рвота, функциональные запоры и поносы, психогенная дизурия, кардиофобия, канцерофобия и др. Как уже указывалось, под психосоматическими заболеваниями понимаются такие расстройства, в возникновении которых основное значение имеет психический фактор и которые, в свою очередь, могут воздействовать на состояние психики. В связи с этим следует сказать, что соотношение «духа» и «тела», «психического» и «соматического» служило темой дискуссий еще в Древнем Риме и Греции. В настоящее время психосоматическая медицина имеет два основных направления — психоаналитиче-

ское, базирующееся на учении австрийского психиатра, невропатолога и психолога Зигмунда Фрейда о бессознательном, и кортико-висцеральное, основывающееся на концепциях И. М. Сеченова и И. П. Павлова, развитых К. М. Быковым, И. Т. Курциным, Э. Ш. Айрапетьянцем, В. Н. Черниговским и др.

Согласно представлениям З. Фрейда, бессознательное представляет собой комплекс инстинктов, неосознаваемых влечений, эмоций и якобы, что особенно важно, неотрагированных аффективных представлений, конфликтов, подавленных желаний. Они «вытесняются» в «сферу бессознательного» и подвергаются амнезии, забыванию, а проявляясь при действии невротизирующих факторов, обуславливают развитие невроза, того или иного соматического заболевания — язвы желудка, гипертонической болезни, бронхиальной астмы и т. п. Большое значение придается при этом «вытесненным» сексуальным влечениям. Обычно представители психоанализа определенные психосоматические симптомы и синдромы рассматривают как символическое выражение подавленных комплексов.

Так, агорафобия является выражением боязни сексуальных приключений. Боязнь одиночества — это проявление бессознательного опасения перед возможностью онанизма. Боязнь сумасшествия объясняется проявлением замаскированного опасения перед кастрацией. Запор или олигурия выражают тенденцию задерживания, связанную со стремлением к беременности, наоборот, рвота или диарея — символическое выражение нежелательности беременности и т. п. [Фенихель О., 1945]. И. Т. Курцин (1965) пишет, что по Фрейду, в бессознательном, помимо подавленных сексуальных влечений, аффектов и идей, имеется и разрушительная, агрессивная тенденция, отражающая инстинкт смерти, что также может обуславливать соответствующие невротические проявления.

В связи с субъективизмом учения З. Фрейда, отсутствием представлений, проверенных опытным путем, наличием совершенно произвольных выводов, пансексуализма и ряда других ошибочных положений это учение почти с начала своего развития стало подвергаться ожесточенной критике, но все еще остается достаточно широко распространенным в ряде западных стран. Наряду с этим получили развитие как некоторые разновидности самого психоанализа, так и направления, отличающиеся чрезмерным психологизмом или сугубо клиническим подходом к психосоматическим расстройствам.

При всем критическом отношении к учению З. Фрейда о господствующей роли бессознательного в поведении человека, по нашему мнению, следует отметить ряд положительных данных в этих концепциях. Фрейд, пусть со своих ошибочных позиций, но попытался вскрыть закономерности этиологии, патогенеза и терапии неврозов. Он описал ряд важных клинических явлений, хотя и дал им произвольное объяснение, например, о роли детских психотравм в развитии некоторых невротических состояний и др.

Несомненно, что учение З. Фрейда оказало большое влияние на повышение интересов врачей, физиологов и психологов к проблеме неврозов, в связи с чем эта область стала подвергаться активному исследованию, что определило впоследствии и получение важных диагностических и терапевтических показателей.

Одним из ведущих симптомов возникновения и течения ряда неврозов, согласно мнению З. Фрейда, является «вытеснение» в «бессознательное» неотрагированных психотравмирующих представлений. В сфере бессознательного якобы происходит отделение от них аффекта и последний проявляется в виде различных невротических феноменов.

Как можно все это себе представить?

Конечно, в действительности нет особой области бессознательного (и связанного с ним «подсознательного») в фрейдовском плане, но есть проявления высшей нервной (психической) деятельности, более или менее сознательные и неосознаваемые вовсе. По этому поводу И. П. Павлов писал о возможности восприятия раздражений и в частях коры, охваченных торможением. Такой акт может в дальнейшем обнаружиться в сознании человека и представляется возникшим неизвестно как. При чрезвычайных событиях могут возникнуть сильное раздражение одного пункта и торможение другого. Последний изолируется от всех остальных связей, его нельзя припомнить.

Думается, что абсолютное отрицание всех положений З. Фрейда было бы неправильным. Представляется целесообразным с современных позиций учения о неврозах пересмотреть некоторые из его представлений.

Развитие учения И. П. Павлова основывалось на объективном методе исследования, на строгих проверенных научных фактах и представлениях. Физиология и медицина, понимаемые в глубоком смысле, неотделимы, говорил И. П. Павлов. На этой основе и создавалась кортико-висцеральная теория. Согласно этой теории, к психосоматической медицине относятся все заболевания, возникновение которых связано

с первичным функциональным нарушением коры больших полушарий (типа невроза или психоза) и вторичных нарушений соматической (висцеральной, вегетативной) сферы [Курдиян И. Т., 1973]. Экспериментально на животных, путем вызывания перенапряжения процессов возбуждения и торможения в коре мозга были вызваны психосоматические расстройства со стороны сердца, сосудов, желудка и кишечника; получены коронарная недостаточность, стенокардия, кардиоспазм, дискинезии желчевыделительной системы, гипергликемия, аменорея, аденоматоз, полипоз, язва желудка, атеросклероз и некоторые другие формы. Исследования Н. Ф. Суворова и В. Б. Захаржевского (1984) показывают, что одно стрессовое воздействие не вызывает психосоматического расстройства. Для его возникновения должна быть предпосылка в виде готовности к развитию патологического процесса в органе (генетическая или приобретенная). Эти данные показали возможность поражения определенного органа в зависимости от его функционального состояния в момент травматизации коры мозга и позволили лучше понимать и более точно дифференцировать и психосоматические заболевания человека. Следует отметить, что психосоматические расстройства наиболее выражено проявляются при невротических состояниях, особенно если данное расстройство является само невротической фиксацией, например кардиофобия, канцерофобия и др. В иных случаях невроз как таковой не определяется, но имеют место постоянная неврно-психическая напряженность, повышенная аффективность, тревожность, т. е. симптомы, близкие к невротическим или уже переходящие в них.

Так, В. Д. Тополянский и М. В. Струковская пишут: «Важнейшей причиной развития артериальной гипертензии оказываются не столько какие-либо экстраординарные, экстраемальные ситуации, сколько постоянная, повседневная аффективная напряженность, тревога и беспокойство». Авторы приводят также слова Е. К. Краснушкина (1946) о влиянии психогенного фактора на сосуды и превращение его через функциональное сосудистое расстройство в органическую болезнь. Р. Бауман определяет гипертонию как своеобразную адаптацию с количественным несоответствием между стрессом и реакцией, на основе первичной слабости центральной нервной регуляции.

В гл. 5 и 8 уже говорилось о соматизированной (скрытой, маскированной, ларвированной, вегетативной) депрессии. Здесь следует добавить, что при этой форме депрессии могут наблюдаться пароксизмальные соматические расстрой-

ства в виде диэнцефальноподобных кризов, приступов головных болей, аритмий. В преморбидном периоде такие больные нередко характеризуются тревожной мнительностью. В анамнезе больных в ряде случаев отмечается наличие подобных же состояний. У ближайших родственников встречаются заболевания МДП. Дифференциальный диагноз проводится в основном с ипохондрическими и депрессивными невротическими состояниями.

Существует летучее выражение, что психоз — несчастье, себя не познающее (хотя и не без исключений), по сравнению с неврозом. С подобными исключениями приходилось встречаться и в нашей клинической практике. Некоторые больные с нерезко выраженной эндогенной депрессией говорили, что они понимают беспричинность своего подавленного настроения, но бессильны его побороть. Отдельные больные в начале заболевания шизофренией отмечали, например, что все окружающее изменилось, стало каким-то чуждым, что они испытывают чувство безотчетной тревоги, беспокойства. Нередко они спрашивали, не есть ли это психическое заболевание.

А. Г. Иванов-Смоленский (1974) дал следующее краткое определение неврозов и психозов: «В то время как неврозы в большинстве случаев представляют, главным образом, краткие или длительные заострения невротических черт характера (фенотипа), резко выраженные нейродинамические сдвиги при психозах обычно совершенно затемняют, затушевывают особенности нейротипа (характера)».

Обобщая мнения ряда авторов, можно считать, что неврозы относятся к группе психогений, обусловленных воздействием психотравмирующих факторов, и разделяемой на неврозы и реактивные психозы. В отличие от реактивных психозов при неврозах сохраняется критическое отношение к окружающему и к своей болезни. В дифференциальной диагностике А. Кемпински (1975) предлагает руководствоваться осевыми симптомами невроза — страх, вегетативные нарушения, эгоцентризм и невротический «заколдованный круг», под которым автор понимает прогрессирующее возрастание невротической симптоматики вследствие чрезмерной сосредоточенности на ней больного и его борьбы с ней. Невротические расстройства также воспринимаются больным как чуждое, не свойственное нормальному организму болезненное состояние. Содержание невротических переживаний обычно обусловлено психотравмирующей жизненной ситуацией и остается с ней связанным. Поведение больных неврозами в основном может характеризоваться как упорядоченное и зависящее от реальной обстановки, в которой больной находит-

ся. Проявления повышенной эмотивности обычно не приводят к выраженным нарушениям социальных норм поведения.

Выше уже приводилось сопоставление неврозов с некоторыми органическими заболеваниями нервной системы и с эндогенной депрессией. В настоящее время особенно большое значение и выраженные трудности представляет отграничение неврозов от шизофрении, именно затяжных невротических состояний от начального периода медленно прогрессирующей шизофрении и неврозоподобной, малопрогрессирующей шизофрении.

Вяло протекающая малопрогрессирующая шизофрения характеризуется медленным течением с наличием преимущественно неврозоподобных симптомов. Постепенно развиваются апатия, вялость или наоборот, раздражительность. Отмечается падение интересов. Бывает беспричинная тревога, тоска. Повышается утомляемость. Работоспособность падает. Появляются навязчивости, фобии, ипохондрические, истерические симптомы. Все эти явления могут находиться между собой в различных сочетаниях и способны создавать внешнее представление о наличии здесь клинической картины неврозов или психопатий. Однако более углубленное рассмотрение вскрывает и иную структуру, и иные механизмы возникновения этих формирований. Так, эмоциональная тонкость переживаний утрачивается. Нарушаются родственные связи. По отношению к родным, близким людям проявляются эгоизм, грубость, недоброжелательность. Развивается отгороженность от окружающих, аутизм. Навязчивости характеризуются однообразием, инертностью, нередко с присоединением зачастую нелепых ритуалов. В ипохондрических симптомах выступают необычные сенестопатии. В ряде случаев наблюдаются также истерические симптомы. Они бедны, грубы, монотонны. Встречаются также явления деперсонализации и дереализации. Р. А. Наджаров (1985) подчеркивает наклонность больных к отвлеченному мудрствованию, характерность для них монофобий слабой выраженности компонента борьбы с навязчивостями, наличие сверхценных идей по отношению к своему здоровью, монотонной дисфорической окраски настроения, утраты единства «я», раздвоенность личности. Болезнь течет очень медленно и не приводит к глубокому эмоциональному опустошению. Клиническую картину составляют преимущественно неврозо- и психопатоподобные симптомы и синдромы. Это дало возможность уточнить диагностику и определить форму неврозоподобной шизофрении.

А. Б. Смулевич (1983), рассматривая проблему дифференциального диагноза, отмечает, что для неврозов не ха-

рактерны свойственные шизофрении сочетания обсессивно-компульсивных расстройств с фобиями и истерической симптоматикой, неврастенических проявлений с аффективными и ипохондрически-сенестопатическими. Неврозам менее свойственны отвлеченные обсессии, навязчивое бесплодное мудрствование, чаще наблюдающиеся при шизофрении. При шизофрении, по мере изменения эмоциональности, начинает преобладать рассудочное, спокойное отношение к обсессиям. При неврозах фобии относительно мономорфны, а при шизофрении многообразны, изменчивы. Не характерно для неврозов и генерализованное, широкое распространение страха (панфобии). Содержание фобий у больных шизофренией абстрактно, причудливо. Что касается отграничения психопатий от прогрессивных, эндогенных и органических заболеваний, то остро возникшие психопатические явления обычно говорят против психопатии, при которой склад личности формируется постепенно, годами. Нехарактерна для психопатии и значительная изменчивость клинической картины, не связанная с психогенными воздействиями, сопровождающаяся длительной социальной декомпенсацией. Диагноз психопатии отклоняется также при наличии рудиментарных проявлений эндогенного психоза. Диагноз психопатии исключается и при наличии психоорганического синдрома, пароксизмальных психосенсорных расстройств, нарушения сознания, выраженных вегетативных расстройств (головные боли, головокружения, обмороки). При психопатии обычно не бывает грубых расстройств влечений (пиромания, стремление к бродяжничеству и т. п.), склонности к импульсивным поступкам, назойливости, однообразного моторного беспокойства; они более типичны для органических, реже — эндогенных заболеваний с психопатоподобными расстройствами. При разграничении психопатии с шизофренией определяющими признаками при шизофрении считаются явления психического автоматизма, вербальный (словесный) галлюциноз, стойкий систематизированный («первичный») бред и расстройства мышления — ощущение пустоты в голове, шперрунги (остановки), наплывы мыслей. За шизофрению говорят все большее однообразие, монотонность навязчивостей, формирование ритуалов. Если при психопатиях аффективным реакциям предшествуют психотравмирующие факторы, соматогении, то для большинства случаев малопрогрессивной шизофрении типичны аутохтонные аффективные нарушения.

В заключение приводим современную клиническую систематику малопрогрессивной шизофрении, помещенную А. Б. Смулевичем (1987) в его книге. Выделяются шизоф-

рения с навязчивостями, истерическими проявлениями, деперсонализацией, ипохондрическая шизофрения (небредовая ипохондрия), паранойяльная, протекающая с преобладанием аффективных расстройств, бедная симптомами шизофрения.

Глава 9

ПСИХОТЕРАПИЯ

Психотерапия представляет собой лечебное психическое воздействие на психику больного человека, а через нее также и на различные нарушения соматического функционального характера. Таким образом, область применения психотерапии является весьма обширной и охватывает ряд разнообразных болезненных состояний.

Особенно широко психотерапия используется при неврозах и невротических состояниях, представляя здесь основной метод лечения. Однако и при многих других заболеваниях применение психотерапии позволяет значительно улучшить течение основного страдания. Это определяется тем, что, по существу, при любом соматическом заболевании в той или иной степени страдает нервная система. Указанные патогенные воздействия вызывают расстройство мозговой деятельности в виде нередко повышенной утомляемости, затрудненности сосредоточения внимания, некоторого снижения памяти, сообразительности, ощущения тяжести в голове, головных болей и т. п. Эти симптомы уже вторично способны вызвать (вследствие сосредоточенности на этих симптомах, придания им чрезмерного значения) угнетенное настроение, представление о большей серьезности заболевания, чем это имеет место в действительности, опасения по поводу возможных тяжелых осложнений, вплоть до смертельного исхода и т. п., т. е. развиваются псевдоневротические явления. Последние утяжеляюще действуют на основное заболевание, что создает замкнутый порочный круг.

Иными словами, в этих случаях невротические симптомы развиваются как следствие основного заболевания и в результате психической реакции на болезнь: реакции, определяемой особенностями личности данного больного. Недаром Е. К. Краснушкин (1934) писал, что «нет клиники любой медицинской специальности, где не встречались бы неврозы».

Таким образом, в психотерапии нуждаются многие больные, страдающие заболеваниями внутренних органов, хирургическими болезнями, стоматологическими, гинекологически-

ми и др., не говоря уже об алкоголизме, токсикоманиях и наркоманиях. Следует также отметить и положительный эффект психотерапии в процессе лечения некоторых состояний при психозах.

Уход за невротическими больными в первую очередь основывается на мерах, направленных на нормализацию их психического состояния. Купирование тревоги, опасений, разрешение некоторых сомнений больных, отвлечение от сосредоточенности на болезненных представлениях улучшают их настроение и положительным образом отражаются на соматическом состоянии. Таким образом, знание методов психотерапии дает среднему медперсоналу возможность в значительной мере расширить диапазон средств своего лечебного воздействия на больного. Конечно, не все в равной мере может быть использовано, но даже только одно понимание сущности определенного психотерапевтического комплекса способно обеспечить соответствующий уход за больным, находящимся под влиянием этого комплекса. Например, по советским законам применять гипнотическое внушение имеет право только врач, но средний медработник, достаточно информированный, способен обеспечить некоторые условия ухода за таким больным в постгипнотический период, если бы это потребовалось. Но об этом ниже.

Существуют разные методы психотерапии: рациональная, гипноз, аутогенная тренировка, групповая психотерапия и др.

Рациональная психотерапия. Термин происходит от латинского слова «ratio» — разум. Метод рациональной психотерапии был разработан швейцарским невропатологом П. Дюбуа (1911) и в дальнейшем подвергся значительной переработке и добавлениям (В. М. Бехтерев, В. Н. Мясищев и др.). Рациональная психотерапия основывается на разубеждении, убеждении, обращении к разуму больного, предъявлении больному различных убедительных фактов, доказательств, что приводит больного к возможности и самому делать определенные выводы, приходиться к нужным заключениям, изменяя отношение к психотравмирующей ситуации.

В дополнение к определению невроза можно сказать, что это состояние в значительной степени является результатом ошибочных представлений человека, нередко имеющих у него еще до заболевания. Эти ошибочные представления о различных сторонах жизни вступают в противоречие с действительностью, что ведет к отрицательным эмоциям, обуславливает перенапряжение нервной системы, ее астенизацию, усиление уже имевшихся ошибочных представлений и образование новых. Следовательно, изменение этих неправильных

жизненных установок, ошибочных взглядов может привести к улучшению невротического состояния и в ряде случаев обусловить полное выздоровление.

Приводим клинический случай.

Больной Ш., 36 лет, техник (незаконченное высшее образование), поступил в клинику с жалобами на головные боли, ушащенное сердцебиение, недомогание, расстроенный сон, пониженный аппетит, раздражительность, доходящую до вспышек гнева, трудность сосредоточения внимания, утомляемость, общее снижение работоспособности.

Считает себя больным на протяжении последних нескольких лет в связи с конфликтной обстановкой в семье и неприятностями на работе.

Больной был единственным ребенком. Рос и развивался нормально, но детство и юность провел в атмосфере постоянных скандалов между родителями по самому незначительному поводу. В этих ссорах он, еще будучи ребенком, также стал принимать участие на стороне то одного, то другого. В школе учился неровно. Был обидчивым, требовательным, что портило его взаимоотношения со сверстниками, но, тем не менее, он имел приятелей (но не друзей) и чувствовал себя в коллективе полноправным его членом. В институт поступил после второй попытки. Как и в школе, учился в целом средне. Завидовал товарищам, которые свободно чувствовали себя в обществе, отличались остроумием, имели успех у девушек. Пытался им подражать, но неудачно. Вследствие этого испытывал чувство горечи, обиды, тем более, что его нередко побеждали в спорах, дискуссиях. Его попытки привлечь к себе внимание как к интересному собеседнику оказывались безуспешными.

Особенно тяжелые переживания вызвала у него неразделенная любовь к одной из своих сокурсниц, которая предпочла ему другого. Постепенно вместо критического отношения к себе у него сформировалось мнение о себе как о человеке одаренном, но непонимаемом окружающими. Развилась привычка находить какие-либо дефекты у других людей, отпускать язвительные замечания в их адрес, зло подшучивать. В этом отношении он достиг известного успеха. С ним стали больше считаться, но не любили. Его вторая любовь, тоже неудачная, послужила причиной резкого усиления раздражительности и снижения интереса к будущей профессии. На очередной экзамен пошел недостаточно подготовленным, вступил в конфликт с экзаменатором, допустив ряд оскорбительных выпадов в адрес последнего, что послужило основанием для отчисления его из института (V курс). Впрочем, он и не стремился продолжать свое образование. Некоторое время работал техником, затем был переведен на должность инженера. Считал себя непонятым, обиженным. Через некоторое время встретил женщину, которая заинтересовалась им. Ей нравился его злой юмор, даже если он касался ее лично. Вскоре они поженились, а еще через год родилась дочь. С этого времени отношения между супругами стали портиться. Жене Ш. все больше «придались» его злые остроты, неуместное подшучивание, отсутствие помощи в домашних делах. Дочь подрастала и все определеннее вставала на сторону матери. В результате в семье создалась очень напряженная обстановка; на работе Ш. также недолюбливали. Ш. испытывал нарастающее раздражение, становился еще более неуживчивым, недоброжелательным; возрастало внутреннее напряжение. Невротический срыв возник, когда Ш. пришлось уступить

занимаемую должность молодому дипломированному инженеру, а самому опять перейти на должность техника.

Целью применения рациональной психотерапии в данном случае было постараться проанализировать совместно с больным его наличное болезненное состояние; разобрать причины, обусловившие невротический срыв; определив пути выхода из данной ситуации, сформировать основные жизненные установки, которыми больной должен будет руководствоваться в дальнейшем. Как видно, проблема лечения заключалась в определенной перестройке личности больного, в создании некоторого нового стереотипа, а с этим обычно связаны большие трудности, нередко значительное сопротивление со стороны пациента.

Больному было разъяснено (и он с этим, в конце концов, согласился), что его болезненное состояние является результатом внутренней напряженности, которую он почти постоянно испытывает и которая поддерживается его раздражительностью по отношению к окружающим. Были также проанализированы история жизни больного, его стремление к самоутверждению средствами, которые не были ему свойственны (роль «души общества» вместо более присущего ему совершенствования в профессиональном отношении, наконец, в области музыки, спорта, к чему у него имелись определенные задатки). Больному было доказано, что два его неудачных романа являлись результатом полного психологического несоответствия между ним и объектами его увлечения.

Отсюда следовал вывод о его подверженности первым впечатлениям, о нередком преобладании чувств над рассудком и о необходимости более внимательно оценивать жизненные ситуации. Были также прослежены постепенное нарастание озлобления больного и отрицательное влияние этого эмоционального состояния на его нервную систему, на нарастающее ее напряжение и связанное с этим истощение. Рассмотрены его конфликтные взаимоотношения с женой и дочерью. Показано, что их нередко действительно несправедливое к нему отношение являлось следствием его же ошибочного поведения. Наконец, нездоровая обстановка на работе обусловлена, с одной стороны, его неуживчивостью, с другой — нежеланием понять неизбежность его служебного перемещения.

Больной с самого начала проведения рациональной психотерапии держался заносчиво, нередко грубил, пытался иронизировать, но постепенно его настроение менялось, и в дальнейшем он уже более охотно включался в психотерапевтическую беседу. Беседы всегда проводились в доброжелательном

тоне и, как все-таки понял больной, имели целью помочь ему выйти из его неблагоприятной жизненной ситуации и восстановить свое здоровье.

В результате была установлена необходимость для больного изменения своего отношения к окружающим, выяснены возможности завершения им высшего технического образования, создания сердечной обстановки в семье, тем более, что жена и дочь охотно шли на примирение, наконец, полная возможность оживления тех интересов, к которым у больного в прошлом было определенное тяготение,—литература, музыка.

Необходимо указать на трудоемкость рациональной психотерапии в подобных достаточно сложных случаях, но, конечно, только ее применение может привести к положительному результату вследствие изменения ряда личностных особенностей больного. Так было и с Ш. Состояние его стало улучшаться (человек меняется не сразу). Используя указания лечащего врача и данные его записей в истории болезни, средний медперсонал со своей стороны принимал участие в психотерапевтическом процессе, обсуждая с больным отдельные жизненно важные для него вопросы.

Таким образом, будучи ознакомленным с основным направлением рациональной психотерапии и, в частности, проводимой врачом у определенного больного, средний медработник, беседуя с этим больным в данном психотерапевтическом плане, усиливает лечебный эффект указанного психического воздействия.

Рациональная психотерапия может быть применена к различным невротическим расстройствам вплоть до купирования таких единичных симптомов (моносимптом), как истерический паралич, например, одной руки или ноги, функциональный спазм пищевода и т. п. В этих случаях больному в понятных для него выражениях излагается причина его болезненного состояния, разъясняются его ведущие механизмы, значение самовнушения, нередко используются схемы, рисунки и т. п. Конечно, не у каждого больного рациональная психотерапия способна дать положительный результат; в целом ряде случаев более эффективным может оказаться другой метод психотерапевтического воздействия, например гипноз, аутогенная тренировка и др., с которыми она может сочетаться, но рациональная психотерапия является наиболее причинным способом изменения невротических представлений.

Гипноз. Гипнотическое внушение отличается от рациональной психотерапии тем, что при нем происходит вос-

приятие сознанием определенных внушаемых представлений без достаточной критики со стороны объекта внушения, если эти внушения не противоречат существенным интересам личности. Это происходит на фоне большей или меньшей заторможенности коры головного мозга, при наличии суженного сознания, бодрствующего пункта, осуществляющего контакт (раппорт) с гипнотизирующим лицом.

Для человека наиболее сильным условным раздражителем является слово. Слова «свет», «темнота», «холод», «тепло», «кислый лимон» и др. способны вызвать соответствующие реакции со стороны зрачка глаза, кровеносных сосудов, кожи, слюнных желез и т. д. Недаром существует выражение, что словом можно и убить, и оживить человека. Слова, связанные с расслаблением, покоем, со сном, в определенных условиях могут вызвать состояние сна или гипноза. В последнем случае это будет внушенный частичный сон с наличием бодрствующего участка суженного сознания. Поскольку сознание здесь резко сужено, слова внушения воспринимаются без достаточной критики и способны производить значительные изменения в функциональном состоянии организма.

И. П. Павлов (1951) определил внушение как «наиболее упрощенный типичнейший условный рефлекс человека».

Б. Н. Бирман (1927) впервые образовал экспериментально сторожевой пункт у собаки на условный пищевой раздражитель — тон до-256. Предварительно у собаки выработывался условный пищевой рефлекс на тон до-256, подкреплявшийся пищей. Другие соседние тоны пищей не сопровождалась, и при их действии в мозге животного возникал процесс торможения. В дальнейшем при изолированном продолжительном действии этих тормозных тонов собака засыпала вследствие распространения торможения на весь мозг. Из состояния сна ее не могли вывести даже достаточно громкие звуки, но пробуждал тон-256. Так была создана модель сна со сторожевым пунктом или модель гипнотического состояния с раппортом. Данные явления не представляют собой ничего уникального. В естественных условиях спящие тюлени, например, не реагируют на несущественные для них в данных условиях раздражители: шум волн, крики чаек и т. п., но сразу пробуждаются при тихом звуке — сигнале действительной опасности, издаваемом вожаком. Точно так же пробуждается мать даже при тихом стоне своего больного ребенка. Просыпается человек, давший себе с вечера задание проснуться в определенное время, и т. п. Во всех этих случаях в мозге образуется участок (вернее, система) повышенной

возбудимости, направленный на восприятие явления, наиболее важного для организма в данной ситуации. При начавшемся действии этого раздражителя возбуждение возрастает, распространяется по мозгу, что и ведет к пробуждению. В гипнотическом состоянии бодрствующий участок остается относительно стабильным благодаря словам внушения.

Ниже приводится примерная схема гипнотизации.

После разъяснительной беседы больному предлагается удобно расположиться в лежачем или полужающем положении, расслабиться, закрыть глаза. Врач-психоневролог произносит слова внушения несколько монотонно, приглушенным тоном, но убежденно: «Вам хорошо, спокойно. Все ваше тело расслаблено, глаза закрыты. Вы отвлекаетесь от всего окружающего, от всех своих дел и забот. Окружающий мир как бы отходит от Вас все дальше и дальше. Вам становится все спокойнее, все приятнее. Ваше тело становится все более вялым, расслабленным. Чувство какого-то особого полного покоя охватывает Вас все больше, все сильнее. Вы слышите мой голос и воспринимаете мои внушения. Сознание постепенно туманится, мысли путаются, исчезают, и с каждым моим словом, с каждым внушением Вы все глубже и глубже погружаетесь в гипнотическое состояние. Сонливость усиливается, возрастает. Становится как-то особенно приятно, как-то особенно хорошо, спокойно, бездумно, и Вы засыпаете, засыпаете, спать... спать... спать...».

При достаточной подверженности гипнотическому внушению (гипнабельности) больной засыпает.

Во вспомогательных целях нередко используются некоторые монотонные раздражители, чтобы усилить развивающийся процесс торможения, например фиксация взглядом блестящего шарика невропатологического молоточка, прислушивание к звуку метронома и т. п.

Гипнотическое состояние подразделяют на 3 стадии по А. Форелю: сомноленция (сонливость), гипотаксия (затрудненность или отсутствие произвольных движений) и *сомнамбулизм* (снохождение) — стадия, характеризующаяся наибольшей выраженностью гипнотического состояния с возможностью выполнения загипнотизированным самых разнообразных внушений. Здесь можно добиться одномоментного излечения истерических паралича, контрактуры, слепоты и др. путем прямого внушения: «Ваша нога (рука) совершенно здорова. Согните ее. Теперь выпрямите. Встаньте. Теперь идите. Идите быстрее. Поверните назад». Или: «Ваши глаза совершенно здоровы. Когда я со-

считаю до трех, Вы их откроете и будете все прекрасно видеть. Я считаю до трех: один, два, три. Откройте глаза. Рассказывайте, что Вы перед собой видите».

При наличии стадии *гипотаксии*, а тем более сомноленции, суггестия имеет другой характер. Больному внушается постепенное улучшение его состояния, например: «С каждым днем Ваше состояние улучшается. Вы уже чувствуете некоторое облегчение. Пища свободнее проходит по пищеводу» (при эзофагоспазме). Или при функциональной афонии (потеря речи): «Ваша способность говорить постепенно восстанавливается. Вначале Вы будете воспроизводить произносимые мною слова беззвучно, двигая лишь соответствующим образом губами и языком, а потом перейдете к шепотной речи, а затем и к звучной».

Внушение в гипнозе применяется преимущественно при неврозах, а также в целях общего успокоения больного, для купирования болей, при лечении от вредных привычек (особенно алкоголизм, курение), в клиниках терапии, хирургии, в акушерстве и гинекологии и в ряде других областей.

Положительный эффект гипнотического внушения зависит не только от гипнабельности больного, но также и от его обычно полусознательной установки на здоровье или на болезнь.

Выход из гипнотического состояния (дегипнотизация) производится постепенно, нередко с использованием счета до 5, 10, 15 и больше: «Теперь Вы будете постепенно выходить из гипнотического состояния по мере того, как я буду считать до С каждым счетом возрастает чувство свежести, бодрости, хорошего самочувствия. Со счетом ... откроете глаза, будете чувствовать себя очень хорошо. Выполните все данные вам внушения». В редких случаях больной не просыпается. Тогда следует взять его за кисти рук и достаточно сильно ритмично потягивать и отпускать их, говоря: «Просыпайтесь, просыпайтесь. Вы спали достаточно. Просыпайтесь». При отсутствии эффекта следует оставить больного в покое, сказав ему: «Если Вы еще хотите поспать, то спите, пока сами не проснетесь».

Для определения внушаемости разработан ряд приемов, применяющихся в состоянии бодрствования. Больной стоит со сдвинутыми ногами, слегка откинутой назад головой, с закрытыми глазами. Стоя сзади и проводя назад всеми пальцами по боковым сторонам его головы, исследующий полувопросительно говорит: «Сейчас, когда я провожу по Вашей голове руками, Вас тянет назад за ними». При выраженной внушаемости больной отклоняется назад и в некоторых случаях

может даже потерять равновесие, к чему следует быть готовым. Существует и ряд других подобных проб. Следует, однако, отметить, что положительные пробы на внушаемость не всегда соответствуют гипнабельности.

Электроэнцефалографические исследования гипнотического состояния показывают, что в начале гипнотизации возрастает α -ритм, характеризующий состояние покоя. При достижении 3-й, сомнамбулической, стадии ЭЭГ становится сходной с таковой состояния бодрствования или сна со сновидениями (парадоксальный сон). Согласно данным В. Е. Рожнова, при применении методики сверхмедленных потенциалов мозга, разработанной Н. А. Аладжаловой, в состоянии гипноза были выявлены сверхмедленные колебания с частотой 3—4 в 1 мин и соответствующие изменения стадии гипноза. В. Е. Рожнов считает, что эти явления характерны для гипноза. Излагая характеристику сверхмедленных потенциалов мозга (МЭП), В. М. Смирнов и Т. Н. Резникова указывают, что регистрация МЭП впервые была осуществлена Н. П. Бехтеревой (1965) и что эти явления связаны с активацией внимания, с эмоциями и соответствуют изменениям кожно-гальванического рефлекса (КГР). Высказывается предположение, что МЭП и КГР имеют общую церебральную основу. К. И. Платонов развил положения о гипнозе — отдыхе. Как пишет автор, в этом состоянии больной должен находиться от $\frac{1}{2}$ ч до 1 ч и более. Данное мероприятие чрезвычайно благотворно действует на нервную систему и весь организм больного. В. Е. Рожнов, исходя из этих концепций, разработал методику удлиненной гипнотерапии. Группа больных (4—6 человек) находится в гипнотическом состоянии обычно от 2 до 4 ч. Каждые 15—20 мин психоневролог заходит к ним и проводит лечебные внушения продолжительностью 2—3 мин.

Уже давно для повышения гипнабельности у маловнушаемых больных используются снотворные. В этих случаях внушение проводилось или в состоянии поверхностного наркотического сна, вернее дремоты (без потери контакта с психоневрологом), или в комбинированном наркогипнотическом состоянии. Для этого применяют обычно барбитал 0,2—0,3 г (высшая разовая доза), барбитал-натрий — 0,3—0,5 г (высшая разовая доза), или для более выраженного эффекта 10 % раствор предпочтительнее барбитала 5—8 мл, внутривенно, вводить медленно, на протяжении 2—3 мин. В СССР этот метод был разработан и введен М. Э. Телешевской.

Аблатионный («ablatio» — отнимание) гипноз по Г. Клюбиесу — это гипноз без гипнотизера, аутогипноз. Автор исходит из известных фактов спонтанного развития гипнотического состояния у лиц, случайно посмотревших, например, на блестящий предмет, имевший сходство с предметом, применявшимся врачом при их гипнотизации в прошлом, гипногенные действия нескольких написанных врачом слов внушения, отданных больному, и т. п. У большинства своих больных, нуждающихся в применении аблатионного гипноза, Г. Клюбиес добивается развития сомнамбулической стадии. В этом состоянии на протяжении ряда сеансов производится внушение, определяющее содержание гипнотического сна, вызываемого в дальнейшем самим больным, а также, что очень важно, его постгипнотические эффекты. Большое значение при этом придается факторам, служащим для вызывания или прекращения сеанса аблатионного гипноза: зрительные и звуковые сигналы, применение магнитофонной записи и др. Представлены положительные результаты применения этой формы психотерапевтического воздействия на различные невротические расстройства, а также многолетние симптоматические боли, требовавшие постоянного употребления наркотиков, при органических поражениях нервной системы, при каузалгиях, фантомных болях, привычных рвотах и др.

Гипнотическое состояние само по себе характеризуется наличием ряда показателей, аналогичным таковым в обычном сне. Так, дыхание становится более замедленным, частота сердечных сокращений уменьшается, понижается обмен веществ, а внушенные представления соответствуют сновидениям.

Благодаря резко суженному сознанию чрезвычайно возрастает концентрация внимания загипнотизированного на определенном внушаемом ему представлении, и это обуславливает возможность выраженных сдвигов в организме. Так, внушение загипнотизированному, что он съел большое количество сладкого, может выявить увеличение уровня сахара в крови, внушение выпитого большого количества воды ведет к повышению диуреза. Внушенное представление о съеденной пище, вызывающей обычно аллергические явления, способно их вызвать в действительности и т. п. Все эти данные представляют собой также объективные доказательства наличия именно гипнотического состояния. Л. Пиккенхайн подчеркивает, что гипноз и другие сходные с ним явления представляют собой особые случаи, но они демонстрируют принципиальную возможность воздействия второй сигнальной системы на

все соматические процессы, происходящие в человеческом организме.

Одним из объективных показателей сомнамбулического гипноза могут служить внушенные галлюцинации, представленные в обзоре В. А. Воскресенского.

Гипнотическое внушение с успехом применяется прежде всего при различного рода функциональных расстройствах, и в первую очередь при неврозах. При органических заболеваниях улучшение может наступить вследствие купирования психогенных функциональных расстройств. В связи с этим следует указать на высказывание А. Катценштейна по поводу значения применения гипноза в пульмонологии, гастроэнтерологии, терапии, при состояниях, характеризующихся сильными болями. Однако при этом следует учитывать, что имеется большое число негипнабельных больных, а помимо этого крайне важна установка данного больного на здоровье или на болезнь. В последнем случае необходимо попытаться изменить эти воззрения путем применения, например, рациональной психотерапии, других лечебных воздействий, наконец, если это возможно и целесообразно, в какой-то степени изменить жизненную ситуацию больного.

Средний медперсонал принимает участие в организации гипнотических сеансов, особенно при групповой гипнотерапии, ведет учет больных, обеспечивает наблюдение за ними при гипнозе — отдыхе по К. И. Платонову и В. Е. Рожнову и выполняет другие указания врача.

Научное обоснование гипноза и внушения определило их возможности и условия применения как метода лечения и как области, изучение которой позволяет еще глубже проникнуть в тайны человеческой психики, в частности в сферу неосознаваемых ее проявлений.

Внушение в состоянии бодрствования. Некоторые врачи древнего мира в какой-то мере были знакомы с невротическими состояниями и применяли к ним определенное лечение [В. П. Осипов, 1923; В. М. Бехтерев, 1929, и др.]. Так, П. Бутковский (1834) пишет, что «в 786 г. н. э. Гавриил Баптишваг, арабский врач, приобретает большую известность чрез психическое излечение паралича у наложницы калифа Гаррун-Аррашида посредством возбужденного в ней при всех придворных испуга и стыда».

Компонент внушения при общении людей обычно почти всегда присутствует и является выраженным в большей или меньшей степени. Это имеет место при беседе врача любой специальности с больным, и уже специально оформленное применяется как один из лечебных методов в психоневрологии.

А. М. Свядош (1982) проводит предварительно разъяснительную беседу в плане рациональной психотерапии, после чего применяет один из четырех вариантов внушения наяву.

В нашей клинической практике мы обычно проводим пробы на внушаемость. При резко выраженном положительном результате (невозможность расцепить пальцы рук, открыть глаза, подняться со стула) тут же императивно внушаем больному избавление от его невротического симптома. При невысоком уровне проб на внушаемость к ряду больных применяли сеансы внушения во время бодрствования, в спокойно-убеждающей манере.

И. М. Виш (1969) на основании своих исследований считает, что при сравнении положительного влияния гипноза — отдыха, внушения в гипнозе и внушения в бодрствующем состоянии на умственную деятельность наиболее эффективным оказалось гипнотическое внушение.

Аутогенная тренировка. Аутогенная тренировка позволяет снять эмоциональное напряжение, вызвать состояние покоя и нормализовать деятельность различных систем организма, нарушенную невротическим расстройством.

Понятие «аутогенная» происходит от двух греческих слов: *autos* — «сам» и *genos* — «род», «происхождение», что подчеркивает активный, самостоятельный характер этого метода.

Аутогенную тренировку разработал немецкий интернист и психоневролог Г. И. Шульц (1932), и она стала приобретать все большее распространение, особенно возросшее за последние десятилетия. Относительная простота приемов и высокая эффективность привели к тому, что аутогенная тренировка, вначале предназначенная для медицинских целей, особенно для лечения больных невротическими состояниями, в дальнейшем перешла границы медицины и в настоящее время широко применяется все более возрастающим числом и у здоровых людей.

Аутогенная тренировка создавалась не на пустом месте. В той или иной степени И. Шульц использовал древние религиозные учения йога и буддизма, отбросив их мистический компонент, создал ряд своих положений на основе рассмотрения некоторых состояний организма и прежде всего гипнотического, а также привлек современные ему данные по психотерапии и психофизиологии.

По И. Шульцу, аутогенная тренировка состоит из двух компонентов — состояния релаксации (расслабления) произвольной мускулатуры, сочетающегося с ощущением общей успокоенности, и на этом

фоне также путем самовнушения выработки определенных реакций.

В основу аутогенной тренировки положена тесная связь между центральной нервной системой и любым органом, любым участком нашего организма, причем, как уже указывалось, эта связь является обратной, двусторонней, т. е. раздражения, поступающие в центральную нервную систему с периферии, подвергаются соответствующей переработке, и новая импульсация направляется опять на периферию к исполнительным органам — рефлекторная деятельность дыхания, пищеварения и др. Следует при этом отметить, что одни из подобных физиологических явлений осознаются, регуляция других происходит ниже уровня сознания. Тем не менее путем мысленного представления определенных условий, при которых осуществляется тот или иной рефлекторный физиологический процесс, например представления о тепле, прохладе и т. п., можно добиться возникновения соответствующего ощущения и связанных с ним действительных изменений функций, в приведенных примерах — расширения или сужения кровеносных сосудов. Вспомним боязнь покраснения (эритрофобия), которая связана с представлением о покраснении лица, ощущении в нем жара; сходную с этим боязнь потения ладоней и т. п. Однако можно ряд подобных феноменов сделать управляемыми. И. И. Павлов писал, что произвольное можно сделать произвольным, но достигается это теперь при помощи второй сигнальной системы. Слово благодаря всей предшествовавшей жизни взрослого человека связано со всеми внешними и внутренними раздражениями, все их заменяет и поэтому может вызвать все те действия, реакции организма, которые обуславливают те раздражения [Павлов И. П., 1949].

По методике И. Шульца в целях достижения релаксации тренирующемуся предлагается принять наиболее удобное положение с тем, чтобы получить возможность максимального расслабления. Тренировка производится в лежачем положении или сидя в удобном кресле и даже на стуле. В последнем случае тренирующийся принимает так называемую позу кучера. В этом положении мысленно, про себя, от первого лица неоднократно (5—6 раз) произносятся формулы самовнушения, направленные на создание определенного ощущения, состояния. Сосредоточенность внимания не должна быть чрезмерной, а лишь обеспечивать спокойную концентрацию внимания на данной формуле и связанном с ней состоянии.

Число упражнений по Шульцу достигает 6, причем каждое из них требует около 2 нед тренировки.

Основное состояние, которое постепенно и последовательно вырабатывается,— это ощущение покоя, приятной тяжести, тепла, прохлады, нормализации деятельности внутренних органов. Например: «Моя правая рука тяжелая, левая рука тяжелая» до «Все тело тяжелое», «Сердце бьется хорошо и мощно», «Дыхание совершенно спокойное», «Солнечное сплетение теплое». По достижении надлежащего эффекта длинные формулы сокращаются: «Покой», «Тяжесть», «Тепло» и т. д.

Выведение себя из состояния релаксации и покоя достигается путем двукратного резкого сгибания рук в локтевых суставах, двукратного глубокого вдоха и выдоха с последующим открытием глаз.

Кроме индивидуальных тренировок, проводятся также занятия групповые — от нескольких человек в группе до 60—70; чаще практикуются группы в 8—10 человек. Вышеописанная методика получила название классической, а ее 6 упражнений стали называться стандартными. В целом на овладение этими упражнениями требуется затратить до 3 мес. С целью сокращения этого срока А. М. Свядош (1979) указывает на возможность сочетания аутогенной тренировки и внушения.

А. М. Свядош и А. С. Ромен (1966) перед тренировкой проводят упражнения по релаксации. На короткое время тренирующийся максимально сокращает мышцы рук, ног, всего тела, а затем, сосредоточенно представляя их расслабленными, расслабляет их. Перед упражнением по регуляции сердечной деятельности рекомендуется внушать ощущение тепла в груди. Если формула по вызыванию ощущения тепла или прохлады не сопровождается соответствующим эффектом, то рекомендуется мысленно представить себе, что руки, например, опущены в таз с горячей водой. Х. Клейнзорге и Г. Клюбьес (1962) предпочитают образные формулировки: «Свинцовая тяжесть», «Покой охватывает меня как огромное покрывало», «Покой отгораживает меня от всего». Указанные авторы разработали также методику аутогенной тренировки при нарушениях функции отдельных органов и систем: голова — вазомоторные головные боли, мигрени и др.; сердце — неприятные болезненные ощущения, нарушения ритма функционального происхождения и т. п.

Г. С. Беляев (1971) при проведении аутогенной тренировки большое значение придает релаксации лицевой мускулатуры и специальным дыхательным упражнениям с постепенным удлинением вдоха и выдоха. Г. С. Беляев, Л. Н. Лежепекова и И. А. Копылова (1974) предложили модифика-

цию аутогенной тренировки для стационара. Аутогенная тренировка здесь сочетается с другими лечебными приемами, а также сопровождается исполнением определенных музыкальных произведений, передачей текста по внутрибольничной трансляции и др.

Г. В. Зеневич и С. С. Либих (1965) применяют аутогенную тренировку при комплексном лечении алкоголизма и отмечают ее значительную эффективность, подчеркивая при этой свойственный ей компонент самовоспитания.

К. И. Мировский и А. Н. Шогам (1965) разработали систему активирующих, мобилизующих упражнений, обуславливающих повышение функции симпатической системы, что имеет значение при лечении гипотонии: «Плечи и спину обдаёт легкое познабливание, будто приятный освежающий душ. Все мышцы становятся упругими. По телу пробегают «мурашки». Я — как сжатая пружина. Все готово к броску. Весь напряжен. Внимание! Встать! Толчок!». Нередко при этом артериальное давление повышается с 60/45—70/50 мм рт. ст. до 110/70—130/80 мм рт. ст.

В этом плане предложены и модификации А. В. Алексеева (1969) и Л. Д. Гиссена (1969) для спортсменов. В связи с более обширным представительством в коре мозга лица и обеих кистей рук, по сравнению с другими частями тела, Д. Мюллер-Хегеман (1967) разработал специальные формулы самовнушения для релаксации этих отделов. Релаксация лицевой мускулатуры купировала нередко также хронические мигренозные боли.

В нашей модификации аутогенной тренировки в предварительной беседе кратко излагается сущность аутогенной тренировки и указания по ее проведению. В стационаре рекомендуется заниматься аутогенной тренировкой 3 раза в день — утром, еще лежа в постели, в начале тихого часа и перед ночным сном. После выписки из стационара занятия проводятся в зависимости от возможностей, в среднем 1—2 раза в день. Помимо этого, рекомендуется на протяжении дня неоднократно вызывать у себя состояние аутогенного погружения, хотя бы на несколько минут. Этот прием позволяет быстро снять внутреннее напряжение, успокоиться и в какой-то степени отдохнуть. Неоднократное вызывание таких состояний вызывает в известной степени слияние их воздействий, и, таким образом, уже снижается общая возбудимость. Тренироваться можно лежа, сидя в кресле и даже на обычном стуле. При этом необходимо выработать у себя способность полного расслабления (релаксации) произвольных мышц всего тела. Для этой цели производятся отдельные

упражнения в релаксации, начиная с ведущей руки (у правшей с правой, у левшей с левой). В положении сидя тренирующийся сосредотачивается на представлении, что его рука становится совершенно расслабленной, отяжелевшей. Взяв ее за область лучезапястного сустава другой рукой, тренирующийся медленно поднимает ее вверх, продолжая усиливать в ней ощущение расслабления и тяжести. Подняв эту руку до верхней части груди, тренирующийся отпускает ее, и она должна упасть на колени совершенно расслабленно, как плеть. По достижении достаточной релаксации, в процессе проведения ряда таких сеансов переходят к другой руке. Здесь тренировка займет значительно меньше времени в связи с уже приобретенным опытом. После этого следует заняться релаксацией ноги, одноименной с первой рукой. В положении сидя обеими руками ногу поднимают под коленом и сразу отпускают. Здесь требуется еще меньше времени, чтобы добиться желаемого эффекта. Затем следует переход к другой ноге, после чего достаточно легко вызывается путем надлежащего представления и релаксация всего тела. Поясняется, что мышечная релаксация рефлекторно вызывает успокоение и других систем организма.

В нашем варианте аутогенной тренировки тренирующимся предлагается принять наиболее удобное произвольное положение тела. Если в процессе тренировки возникнет ощущение неудобства, это положение можно заменить на более удобное. «Мучить себя не надо». Полностью расслабиться (кто как может), не ожидая окончательного результата отдельной тренировки по релаксации. Формулы самовнушения произносятся руководителем дважды от первого лица, после чего следует короткая пауза. Во время паузы тренирующиеся, в зависимости от их внутренней предрасположенности, или повторяют неоднократно данную формулу, стараясь вызвать соответствующее ей ощущение, состояние, или сразу, без использования формул, стараются вызвать у себя соответствующее формуле состояние. Работающие с формулами могут эти формулы немного изменять, оставляя в неприкосновенности сущность формулы. Уже в процессе тренировки появляется возрастающая возможность практического применения некоторых из отрабатываемых реакций: например, без предварительных упражнений сразу попытаться воздействовать на определенную функцию — вызвать нормальную деятельность сердца, ощутить тепло или прохладу и т. д.

После предваряющей беседы следуют упражнения, связанные с произвольными функциями, вызывающие релаксацию и покой, в результате чего и достигается состояние пол-

ного физического и психического покоя с осознанием этого состояния. Затем упражнения полупроизвольной функции — регуляция дыхания. После этого следуют упражнения, обуславливающие переход от полупроизвольных функций к произвольным — вызывание тепла. При выработке ощущения тепла в конечностях достигается расширение кровеносных сосудов. Этот прием в области живота также обеспечивает усиление кровоснабжения желудочно-кишечного тракта, повышение обменных процессов в его стенках, в целом нормализацию пищеварения, что подкрепляется соответствующими формулами. Таким же приемом в области сердца улучшается кровообращение в сердечной мышце, осуществляется приток питательных веществ, кислорода, нормализуется деятельность сердца. Внимание тренирующегося сосредоточивается на спокойной, хорошей работе своего сердца. Ощущение свежести в области лба и висков, а потом лица, головы и всего тела достигается путем представления о действии различных факторов, вызывающих прохладу, приятный холодок и обуславливающих сужение кровеносных сосудов.

Используются также формулы самовнушения, связанные с тренировкой спокойного разумного поведения в стрессовых условиях, в конфликтных ситуациях и др.

Ниже следует изложение сеанса. Разъяснения и рекомендации руководителя после окончания пауз даны в скобках.

1. Все мое тело расслаблено и расслабляется все больше и больше (старайтесь расслабиться как можно больше, как можно полнее, чтобы нигде не было ни малейшего напряжения). 2. Лицо — маска расслабления — релаксации (вследствие расслабления мышц головы и мимической мускулатуры лица, глаза спокойно закрыты; вследствие расслабления мощной жевательной мускулатуры, нижняя челюсть, не поддерживаемая ею, слегка опускается. Язык свободно расплывается на дне полости рта, и только передние зубы препятствуют его выпадению. Вследствие расслабления всей мимической мускулатуры лица, все складки, все морщинки лица расправляются, разглаживаются. Лицо принимает выражение спящего, так называемая маска релаксации, но спать нельзя, это тренировка). 3. Все мое тело совершенно расслабленное и приятно тяжелое (ощущение приятной тяжести — это показатель полной релаксации, полного расслабления, поэтому старайтесь расслабиться как можно больше, как можно полнее). 4. Мне ничто не мешает, никакой посторонний шум, никакие ощущения. 5. У меня полная сосредоточенность на расслаблении и покое. 6. У меня состояние полного физического и психического покоя. 7. У меня состояние аутогенного погружения, как бы погружения во внутрь себя. 8. Я погружаюсь в особый мир глубокой внутренней тишины, глубокого внутреннего покоя (состояние аутогенного погружения сходно с состоянием аутогипноза, самогипноза. В процессе тренировки это состояние возникает все быстрее, все легче и становится все более выраженным). 9. В этом состоянии моя нервная система становится все более спокойной, все более устойчивой.

10. Я всегда спокоен (спокойна). 11. Я тренируюсь в управлении своим организмом. 12. Я никогда не волнуюсь (представляет себе конфликтную, стрессовую ситуацию и свое совершенно спокойное поведение при этом). 13. Я становлюсь совершенно спокойным, здоровым, хорошо владеющим собой человеком. 14. Мое дыхание ровное, спокойное, умеренно глубокое (дыхание ровное, спокойное, несколько более углубленное; такой тип дыхания является наиболее показанным для организма). 15. С каждым выдохом дополнительная волна расслабления проходит по моему телу (с каждым выдохом тело как бы несколько оседает, расслабляясь все больше и больше). 16. Время от времени я произвожу глубокий вдох и углубленный выдох (это упражнение обеспечивает организм дополнительным введением кислорода и препятствует развитию дремоты и сна). 17. Теперь я вызываю ощущение приятного тепла в своих руках и ногах (полная сосредоточенность внимания и на этом ощущении. При этих упражнениях используете свой прежний жизненный опыт, поскольку каждый человек на протяжении жизни неоднократно испытывал ощущение приятного тепла в своих руках и ногах. Вспомните это ощущение тепла и постарайтесь вызвать его. Чем ярче воспоминания о тепле, тем выраженнее будет ощущение тепла, а с ощущением тепла связано действительное расширение кровеносных сосудов, приток к ним крови, приток питательных веществ, улучшение обмена веществ данной области). 18. Мои руки и ноги становятся все более теплыми, как будто они находятся в приятно горячей воде (представьте себе, что Ваши руки и ноги действительно погружены в приятно горячую воду и сами становятся приятно горячими). 19. От тепла кожа рук и ног розовеет, становится приятно горячей на ощупь. 20. Тепло вызывает приятную пульсацию в пальцах рук и ног (от тепла кровеносные сосуды расширяются, крови притекает к ним больше, и это вызывает все более четкую приятную пульсацию. Тепло и пульсация). 21. Мои руки и ноги совершенно теплые, приятно горячие. 22. Теперь я вызываю ощущение приятного тепла и в области живота. Полная сосредоточенность внимания и на этом ощущении. 23. Мой живот теплеет все больше и больше. 24. Как будто от теплых рук и ног потоки тепла направляются к животу и усиливают его собственное тепло. 25. Мой живот становится все более теплым, как будто на нем лежит приятно горячая грелка (в процессе тренировки образ грелки становится все более отчетливым. Она у каждого своя. Она круглая или продолговатая. Ее поверхность гладкая или ребристая. Она завернута в какую-либо материя или непосредственно касается кожи моего живота. Но она приятно горячая, эта грелка. Она щедро отдает свое тепло, и мой живот становится все более теплым. Приятно горячим становится мой живот. Это особое, самовнушенное мною тепло. Оно вызывает расширение кровеносных сосудов в стенках желудка и кишечника, приток к ним крови, приток питательных веществ, улучшение моего пищеварения). 26. Самовнушенное тепло в животе улучшает мое пищеварение. 27. Опорожнение кишечника от остатков пищи происходит все более регулярно — один, два раза в сутки. 28. Самовнушенное тепло в животе нормализует мое пищеварение. 29. Мой живот совершенно теплый, приятно горячий. 30. Теперь я вызываю ощущение приятного тепла и в области сердца. Полная сосредоточенность внимания и на этом ощущении (в левой стороне груди, в левой стороне грудной клетки появляется и нарастает приятное, спокойное тепло, тепло в области моего сердца). 31. Как будто от теплых рук и теплого живота потоки тепла направляются к сердцу и усиливают его собственное тепло (нарастающее приятное, спокой-

ное тепло в области моего сердца). 32. От тепла кровеносные сосуды, питающие сердце, расширяются — сердце получает больше питания (в процессе тренировки эта формула самовнушения становится все более понятной и эффективной, а именно: от тепла кровеносные сосуды, входящие в самую мышцу сердца, расширяются. Крови к сердцу начинает притекать больше. Кровь несет питательные вещества, витамины, кислород. Таким образом, я ставлю свое сердце в особенно благоприятные условия, и оно работает все лучше, все спокойнее). 33. Моему сердцу хорошо и спокойно в этом тепле, оно как будто купается в нем. 34. Мое сердце бьется спокойно, ритмично, хорошо (полная сосредоточенность на спокойной, ровной, хорошей работе своего сердца. Мысленное представление о его нормальной деятельности вызывает эту деятельность и в случае, если до этого она была расстроенной. Для этой цели контролируете деятельность своего сердца или по ощущению, или при накладывании нескольких пальцев на бьющееся место. Обычно это область самого сердца или одна из боковых сторон шеи, виски, подложечная область, концы пальцев рук, ног, основания больших пальцев правой или левой руки и в других местах). 35. У меня полная сосредоточенность на спокойной, ровной, хорошей работе моего сердца. 36. У меня полная сосредоточенность на расслаблении, покое, тепле, нормальной деятельности внутренних органов: легких — нормализованное дыхание, деятельности кишечника, деятельности сердца (эта обобщающая формула самовнушения не несет в себе ничего нового. Она лишь указывает на уже достигнутые Вами состояния и еще больше сосредоточивает на них Ваше внимание. Эта формула может также служить схемой при самостоятельных занятиях аутогенной тренировкой). 37. Я тренируюсь в управлении своим организмом. 38. Я всегда спокойна. Я всегда спокоен. 39. Я спокойно и настойчиво добиваюсь поставленной цели, если цель недостижима, спокойно отступаю (мысленное представление моего спокойного, разумного поведения в различных стрессовых ситуациях). 40. Я никогда не волнуюсь. 41. Я становлюсь все более спокойным, здоровым, хорошо владеющим собой человеком. 42. Теперь я вызываю ощущение приятной прохлады в области лба и висков (отрабатывая это упражнение мысленно, представляете себе обмахивание лица или прикладывание к нему платка, смоченного в приятно прохладной воде). 43. Или в жаркий летний солнечный день освежающий ветерок обдувает мое разгоряченное лицо. 44. Мое лицо находится под струей приятно холодной воды. 45. Холодные струйки бегут у меня по плечам... по спине... по груди... по всему телу. 46. У меня чувство легкого приятного озноба, нарастающей свежести. 47. Я чувствую себя все спокойнее, все лучше, все увереннее. 48. Теперь я буду выходить из состояния аутогенного погружения путем счета до 10. Со счетом 10 я открою глаза, сделаю два глубоких вдоха и выдоха, потянусь всем телом. Буду чувствовать себя спокойно, хорошо, уверенно. Начинаю счет (каждый считает по себя).

При достаточном овладении упражнениями аутогенной тренировки допустимо сокращать время проведения отдельного сеанса до 10—15 мин (вместо обычных 35—40 мин) за счет сокращения и обобщения формул самовнушения и, соответственно, более быстрого вызывания определенного состояния. Например, вместо нескольких формул, связанных с релаксацией, с покоем, можно заменить их именно этими

словами «Релаксация», «Покой» с осуществлением данного состояния. В дальнейшем точно так же можно вызвать аутогенное погружение и другие феномены. Тем не менее даже при наличии достаточно больших достижений рекомендуется время от времени проводить сеанс АТ в полном объеме.

На этом этапе можно самостоятельно конструировать собственные формулы в целях самосовершенствования, но желательно после консультации с психоневрологом. Рекомендуется и дальше расширять границы самовнушения, достигая все больших успехов в развитии гармонизации своей личности в целом.

А. Г. Панов и соавт. (1980) пишут, что такое обилие и многообразие модификаций аутогенной тренировки естественно и неизбежно, поскольку каждый психотерапевт приспособливает классическую технику к своим задачам, к своим возможностям и особенностям своей личности.

Данные физиологических и психологических исследований авторов, занимающихся аутогенной тренировкой, показали ее значительное влияние на протекание этих процессов. Так, по данным А. М. Свядоша и А. С. Ромена, путем самовнушения удавалось вызывать как замедление, так и ускорение сердечного ритма, например замедление с 68 до 46 и ускорение до 144 уд/мин; вызывать также мышечную катаlepsию; выработать рефлекс на пробуждение в определенное время, влиять на скорость простой реакции. А. Г. Панов, Г. С. Беляев, В. С. Лобзин и И. А. Копылова (1980) сообщают, что путем применения аутогенной тренировки у лиц со склонностью к артериальной гипертензии нормализуется преимущественно систолическое давление, а при склонности к артериальной гипотонии заметных изменений артериального давления не наблюдалось.

З. Г. Рейдер и С. С. Либих, А. М. Свядош и Ю. Б. Шумилова, Л. М. Ицигсон и другие показали возможность путем применения аутогенной тренировки улучшить память, добиться большей концентрации внимания, повысить в целом интеллектуальную работоспособность. Следует, однако, отметить, что далеко не все тренирующиеся способны добиться высоких результатов, а полученные положительные показатели могут находиться на разных уровнях выраженности.

А. Г. Панов, Г. С. Беляев, В. С. Лобзин и И. А. Копылова полагают, что в аутогенной тренировке элементы самовнушения не исключаются, но большое место занимает самоубеждение (аутодидактика).

Итак, что же является ведущим при аутогенной тренировке: самовнушение или самоубеждение?

Нам думается, что и то, и другое, и их сочетание. Все зависит от тех установок, которые получает тренирующийся, и от проведения самой аутогенной тренировки. Последняя может осуществляться как при полном ясном сознании, так и в состоянии аутогенного погружения — состоянии, несомненно, гипнотическом. При ясном сознании может в значительной степени присутствовать компонент самоубеждения; в состоянии аутогенного погружения ведущим является самовнушение, но не исключаются и элементы самоубеждения. Все эти соотношения могут иметь различную выраженность, отражающуюся и на ЭЭГ. Аутогенная тренировка больных проводится врачом, но отработка отдельных компонентов, например состояния релаксации, вполне может находиться в компетенции среднего медперсонала.

И. Шульц разработал еще так называемую вторую ступень аутогенной тренировки — аутогенную медитацию (от слова «размышление»).

Вторая ступень аутогенной тренировки И. Шульца имеет явное психоаналитическое направление. Она и ее модификации не получили широкого распространения.

В заключение следует подчеркнуть, что три вышеназванных психотерапевтических метода — рациональная психотерапия, гипнотерапия и аутогенная тренировка — являются основными компонентами современной психотерапии и проводятся как индивидуально, так и в группе. Помимо этого, в целях лечения применяются еще некоторые психотерапевтические воздействия.

Коллективная и групповая психотерапия. Этот вид психотерапии является чрезвычайно распространенным и эффективным; при этом используются как психотерапевтические методы, изложенные выше, так и межличностные взаимоотношения, создающиеся между членами групп. При этом одни авторы объединяют понятия «коллективная» и «групповая», другие разделяют их, считая, что при коллективной психотерапии основной лечебный эффект обуславливается положительным воздействием больных друг на друга (терапия коллективом, направляемая психоневрологом), а при ведущем значении психоневролога на группу больных должен применяться термин «групповая психотерапия».

Б. Д. Карвасарский (1985) и Г. Л. Исурина (1983) приводят описание методики групповой патогенетической психотерапии. Ее основной целью является изменение системы отношений больного. Для этого используются взаимоотношения, возникающие между участниками группы. Развиваются более адекватные межличностные взаимоотношения. Группа в ка-

кой-то степени должна быть моделью жизненных групп больного — семейной, производственной и др. Больной знакомится с переживаниями других больных и сопоставляет их со своими. Так, исчезает чувство изолированности, появляется взаимопонимание, тенденция к взаимопомощи. Больной начинает понимать, каким его представляют другие. Взаимоотношения, возникающие между членами группы, могут представлять большое значение для понимания сходных жизненных ситуаций (лидерство, зависимость, соперничество и др.). Постепенно вырабатывается привычка по-деловому относиться к обсуждаемой теме, не тратить время на общие, бесплодные рассуждения. Главной формой психотерапевтической работы является дискуссия. Обсуждаются биографии и поведение отдельных больных, конфликты, возникающие в группе и т. п. Осуществляется также разыгрывание ролей. Например, больному нужно разыграть перед группой разговор, который представляется ему затруднительным, или попросить что-либо у человека, который к этому не склонен, и т. п. В дальнейшем все это также подвергается обсуждению. Может осуществляться разыгрывание различных ролей, в частности отражающих жизненную ситуацию того или иного члена группы.

Психогимнастика — общение без помощи слов. Используется пантомима, которая повторяется другими участниками или развивается дальше. Пантомимические действия могут изображать различные ситуации, различные эмоциональные состояния — выражение радости, раздражения, обиды, сочувствия, показывать преодоление определенных жизненных трудностей и т. п. Одной из главных задач этих упражнений является тренировка понимания окружающих по их бессловесным действиям и тренировка собственной способности выражения чувств и мыслей с помощью пантомимы.

Дополнительным средством данных упражнений служит проективный рисунок. Каждый член группы в течение определенного времени (например, 30 мин) должен нарисовать на листе бумаги содержание заданной темы. Темы отличаются большим разнообразием: какой я есть, каким кажусь окружающим, моя главная проблема, кто-либо из членов группы и т. п. Как разыгрывание ролей и психогимнастика эта методика способствует пониманию трудно выражаемых словами положений и чувств.

Р. А. Зачепиский (1983) подчеркивает, что главным положением патогенетической психотерапии служит понимание психической травмы как удара по особо значимым отношениям личности. Поэтому профилактический и лечебный эффект

оказывается более высоким и при неврозах, и при соматических болезнях, если уделяется должное внимание личности больного. Этот подход основывается на созданной В. Н. Мясищевым (1960) системе патогенетической психотерапии, базирующейся на его концепции психологии отношений.

Выделяется также «семейная психотерапия» — психотерапевтические занятия с больным и членами его семьи; «массовая психотерапия» — отдельные лекции, беседы с группами больных и некоторые другие психотерапевтические мероприятия.

При всех этих лечебных мероприятиях определенная роль отводится среднему медперсоналу. Это прежде всего организация группы, разъяснение отдельным членам последней некоторых неясных для них положений проводимой психотерапии. Медсестра также указывает больным на необходимость активного участия в этом методе лечения, поскольку человек живет в социальном окружении других людей и положительное воздействие общества на данного человека представляет собой очень эффективный фактор.

Наркопсихотерапия. В дополнение к указанному выше по поводу этой проблемы следует сказать, что при наркопсихотерапии применяется сочетанное воздействие психотерапии и частичного наркоза. Последний достигается внутривенным введением барбитуратов (гексенал, пентотал, амитал-натрий и др.) и представляет собой гипноидное состояние, характеризующееся как таковое повышенной внушаемостью.

Как рекомендует М. Э. Телешевская, этот метод наиболее эффективен при лечении больных с истерическими нейросоматическими расстройствами (мутизм, гиперкинезы, парезы, фобии и некоторые другие симптомы).

Гексенал или аналогичные препараты приготавливают непосредственно перед инъекцией на изотоническом растворе натрия хлорида или дистиллированной воде. Соматически здоровым лицам вводят внутривенно от 0,5 до 2—3 мл 10 % раствора со скоростью не более 1 мл/мин. Астенизированным и пожилым больным вводится 1—5 % раствор. Внутривенное вливание производит медсестра под наблюдением врача. Внушение осуществляется на фоне наступившей эйфории с явлениями некоторой оглушенности. Частота 2—3 сеанса в неделю, всего от 3 до 15 и выше. Наркопсихотерапия может также проводиться при применении 5 % раствора барбитала — 2—5 мл внутримышечно.

Такие больные нуждаются во внимательном уходе со стороны среднего медперсонала, особенно в период после проведения данных лечебных процедур. Здесь необходимо

наблюдение за соматическим состоянием — сердечной деятельностью, дыханием, общим самочувствием и за состоянием психики — для принятия надлежащих мер в случае возникновения каких-либо нарушений.

Поведенческая психотерапия. Первая попытка применения условно-сочетательных (условно-рефлекторных) рефлексов для лечения некоторых невротических симптомов, невротического поведения была предпринята В. М. Бехтеревым (1917). Методика заключалась в сочетании индифферентного раздражителя с безусловнорефлекторным болевым, вызывающим соответствующую реакцию. В дальнейшем на этом принципе Н. В. Конторовичем (1929), И. Ф. Случевским и А. А. Фрикенем (1933) была применена методика рвотного условного рефлекса (с применением апоморфина) для лечения алкоголизма.

В настоящее время существует целый ряд приемов, в основе которых лежит торможение невротического симптома действием какого-либо активного раздражителя. Нередко при этом используется болевой раздражитель (обычно электрический ток), прерывающий невротические представления. Создаются также специальные ситуации, воспроизводящие переживания страха, отвращения и т.п., которые больной, страдающий ими, должен постепенно преодолевать [Вольпе Дж., 1958; Кондаш О., 1973; Айзенк Х., 1960; Слущкий А. С., 1979, и др.].

К этой группе допустимо причислить и так называемую косвенную суггестию — условную реакцию, вызываемую представлением больного, что с данным объективно относительно индифферентным раздражителем связан значительный лечебный эффект. Такой проблемой в 20-е годы занимались в клинике проф. И. М. Никитина. В настоящее время широко распространено применение плацебо — индифферентных веществ, имитирующих медикаменты. Например, если больной хорошо засыпает после приема снотворного, то через некоторое время прием плацебо во многих случаях дает аналогичный положительный результат (условный рефлекс). При раздаче больным лекарств поведение медсестры должно быть абсолютно одинаковым, дает ли она истинный медикамент или плацебо (если она уведомлена о наличии плацебо). Незначительные изменения мимики, вроде легкой усмешки, не совсем обычный тон голоса могут насторожить больного, изменить его реакцию.

Я. Л. Шрайбер для одномоментного купирования невротических симптомов, преимущественно истерических, предложил метод так называемой маски. Больного информи-

ругают, что ему будет применено особое лекарственное вещество большой целебной силы. С соответствующим внушением ему на рот и нос накладывают наркозную маску и накапывают некоторое количество какого-либо безвредного раствора с достаточно резким, незнакомым больному запахом (например, нашатырно-анисовые капли). Эта процедура сопровождается разговором врача с ассистирующими ему медсестрой или фельдшером на тему об эффективном лечебном воздействии применяемого метода. При этом приводятся факты купирования различных болезненных состояний и утверждается, что в данном случае также будет получен положительный результат.

В наших работах с В. В. Первой и Н. Н. Алексеевой эффект при лечении ряда невротических симптомов достигался сочетанием психотерапии с некоторыми физиотерапевтическими процедурами (гальванизация, франклинизация и др.), в отдельных случаях с одновременным введением определенных лекарственных веществ (димедрол, новокаин и др.) путем электрофореза. Ведущей здесь является психотерапия, важно отметить, что в каждом случае подбираются такие физиотерапевтические процедуры и такие медикаменты, которые сами по себе действуют в некоторой степени в необходимом направлении и поэтому особенно могут способствовать основному фактору — психотерапии.

В 1941 г. А. М. Свядош предложил для одномоментного лечения различных истерических явлений использовать наркозную маску с эфиром при соответствующей психотерапии. Больного готовят как к настоящему наркозу. Лечебный эффект при этом достигается обычно в стадии задержки дыхания, сопровождающегося острой реакцией страха. Как правило, эфир больными не вдыхается. Этот же автор для аналогичных целей разработал применение кальция — «кальциевый удар». В процессе проводимой психотерапии больному указывается, что его симптом ликвидируется, как только в теле при введении лекарства появится ощущение жара. При отсутствии соматических противопоказаний вводится внутривенно в среднем около 20 мл 10 % раствора кальция хлорида.

Игровая психотерапия. В 20-х годах нашего столетия Дж. Л. Морено разработал для лечения больных невротами метод, названный им психодрамой. Морено считал, что если больного беспокоит какое-либо тяжелое воспоминание или имеет место наличная конфликтная жизненная ситуация, то необходимо осуществить «отреагирование», пережить данное событие в особо созданной театрализованной обстановке, имитирующей реальные жизненные ус-

ловия. По сценарию или импровизированно больной играет здесь самого себя или исполняет другие роли в различных вариантах.

Метод психодрамы послужил стимулом для создания целого ряда самых разнообразных приемов игровой психотерапии, а именно: Р. А. Гарднер — театрализация рассказывания у детей-невротиков; Г. Леман — импровизация сказочных тем с исполнением соответствующих ролей; И. Е. Вольперт — имаготерапия (создание больным образа какого-либо известного литературного героя, его отождествление с ним); Л. Г. Первов — тренировка на адекватное поведение в театрализованной обстановке, имитирующей реальные жизненные условия (или мысленно, наедине), выработка спокойного разумного поведения в определенных конфликтных, стрессовых положениях, отражающих действительную ситуацию данного больного.

Эта методика основывается на биологическом и социальном основаниях. Так, детеныши многих, особенно высших, животных переживают определенный игровой период. Характерным в этих играх является как бы имитация, приближение к тому поведению, которое ожидает их во взрослом состоянии. Отсюда элементы нападения, борьбы, бегства, затаивания и т. п. Так, в процессе игры развиваются сила, ловкость, находчивость и другие необходимые качества. Нечто подобное имеет место и у детей человека. Но наряду с использованием чисто физических факторов, здесь все больше развивается компонент социального. Еще совсем маленькие дети уже со значительной достоверностью имитируют поведение взрослых людей. Детские игры отражают различные особенности жизни взрослых, как ее положительные, так и отрицательные стороны. Играющий ребенок воображает себя находящимся в определенных условиях — пилотом летящего самолета, космонавтом, отцом или матерью семейства и т. п. Таким образом, постепенно формируются некоторые психологические особенности, в частности устойчивого или нестабильного, неустойчивого поведения. В целом детский игровой период естественно переходит во все более усложняющуюся жизнь взрослого человека. Однако и во взрослом состоянии широко используются принципы игр, называемых тренировками. Будущий водитель транспорта тренируется на тренажере. На определенные сигналы он реагирует определенными действиями, в какой-то степени представляя себя находящимся в условиях реальной трассы. Точно так же студент-медик тренируется на фантоме, отрабатывая различные акушерские приемы родовспоможения, тоже в какой-то

степени представляя себя в реальных условиях. По тому же принципу репетируют артисты перед премьерой, проводятся военные маневры и т. п. Следовательно, можно тренировать себя или на какой-нибудь определенный эпизод, или на общее достаточно хладнокровное поведение при различных стрессовых обстоятельствах. Методика отличается значительной гибкостью и может применяться с участием артистов (при возможности) или родных, знакомых и даже наедине с самим собой. Разыгрывается эпизод каких-либо предполагаемых эмоционально значимых для больного событий. При этом больной должен изображать только самого себя и на всем протяжении сцены сохранять необходимое внутреннее и внешнее спокойствие. В случае возникновения эмоциональной напряженности ведущий врач или психолог прекращают эпизод, и данная сцена повторяется после соответствующих указаний о необходимости сдержанности [Первов Л. Г., 1974].

Общим с психодрамой Дж. Л. Морено является здесь создание театрализованной обстановки. Основным отличием от психодрамы, характеризующейся наличием отреагирования переживаний, в нашей методике является, наоборот, подавление эмоций, выработка спокойного отношения, собранности, хладнокровия. Разыгрывание эпизодов характеризуется достаточно широким диапазоном, от относительно простых до сложных, затрагивающих основные особенности личности. Ко всем больным применялись и другие виды психотерапии, и прежде всего рациональной, а также весь необходимый компонент лечебных мероприятий.

Значительное распространение при лечении невротических состояний имеет *музыкальная терапия* — исполнение определенных музыкальных произведений, оказывающих необходимый лечебный эффект. Музыкальная терапия обычно проводится для группы больных. *Библиотерапия* — лечение чтением специально подобранных литературных произведений. Используются также рисование, лепка и др. Многие из подобных средств имеют не только лечебное, но и диагностическое значение — больные невольно проявляют при этом свои личностные особенности, интересы, свое отношение к определенным объектам и явлениям.

Чрезвычайно важным является метод лечения трудом — *трудотерапия*. Особенно эффективна трудотерапия в тех случаях, когда она соответствует интересам больного, связана с его уровнем развития, профессиональным опытом. При всех этих методах среднему медперсоналу отводится достаточно большое место для активного участия во всех этих мероприятиях.

Так, с целью побудить больных к театрализованному рассказу медсестра или фельдшер могут сами разыграть небольшую сценку. При тренировке больного на адекватное поведение можно изобразить того человека, по отношению к которому больной должен выработать у себя спокойное поведение и т. д. Трудотерапия требует наблюдения за состоянием больных, оказания им помощи (при наличии у них затруднений), подбадривания.

Нормализация сна. Глубокий сон характеризуется отсутствием сложных форм психической деятельности, и прежде всего сознания. По И. П. Павлову, сон — это торможение, состояние активного покоя, в процессе которого происходит восстановление веществ, потраченных в период бодрствования.

ЭЭГ глубокого сна отличается медленными крупными волнами с частотой от 0,5 до 7 в 1 с и напряжением до 300 мкВ (θ - и δ -волны). В отличие от этого во время бодрствования преобладают низкоамплитудные частоты колебания. В 1953 г. Е. Азеринский и Н. Клейтман выявили фазу сна с быстрыми колебаниями ЭЭГ, сходными с бодрствованием, и обычно наличием сновидений. Эта фаза, названная парадоксальным или быстрым сном, появляется на протяжении ночи в среднем 4—6 раз и продолжается от нескольких минут до получаса. Итак, сон — это отдых, а сновидения, по определению И. М. Сеченова, — «небывалые комбинации бывалых впечатлений». У больных неврозами обычно нарушается сон, а сновидения, отражающие содержание психической деятельности, принимают характер волнующих и нередко кошмарных.

Для нормализации сна мы, наряду с другими общепринятыми мероприятиями, вырабатываем у больного рефлекс на засыпание, используя слабый монотонный раздражитель. Так, сосредоточенность внимания на темноте, возникающей при закрытых глазах, мысленное представление какого-либо относительно простого объекта, без изменения его вида и положения, — цветок, спичечный коробок, спокойное или волнуемое море и т. п.; прислушивание к тиканью будильника (не очень громкое, не очень тихое); счет: один, два, один, два (возрастание чисел вызывает растормаживание); открывание и закрывание глаз при концентрации взора на каком-либо объекте, находящемся напротив; сосредоточенность на ощущении какого-либо участка тела. Метод счета можно сочетать с закрыванием и открыванием глаз. При появлении утомления, глаза следует закрыть, а мысленно представлять себе, что они по-прежнему открываются и закрываются; счет

продолжается. Психофизиологический механизм этого феномена заключается в том, что сосредоточенность внимания на определенном явлении представляет собой зону возбуждения, вызывающую далеко распространяющееся индукционное торможение. При достаточно длительном возбуждении надлежащие нервные клетки утомляются, в них возникает процесс торможения, сливающийся с общим торможением, и тренирующийся засыпает. Но на первом этапе тренировки сосредоточенность внимания еще недостаточно устойчивая, и это вызывает ослабление напряжения возбужденной зоны и соответственно растормаживание областей отрицательной индукции, появление посторонних мыслей, представлений. Рекомендуется в первый же вечер выбрать себе наиболее субъективно подходящий раздражитель и с ним работать, постараться его не менять. При появлении посторонних мыслей, представлений с целью их подавления усиливать сосредоточенность внимания на выбранном раздражителе. По исчезновении посторонних представлений напряжение внимания снижать до минимального, позволяющего удерживать в сознании образ данного раздражителя.

Многие люди, особенно больные неврозами, с их повышенной впечатлительностью, нередко стараются понять «скрытый смысл» того или иного сновидения, разгадать его символическое значение, что оно означает в действительности. Выводы толкования чаще оказываются неблагоприятными для больного. Они снижают его настроение и, таким образом, ухудшают общее самочувствие. По мнению автора данной книги, в сновидениях отражается не скрытый символический смысл, а настроение данного человека, обусловленное его опасениями, тревогами, радостями, надеждами. Поэтому при плохом, угнетенном настроении чаще возникают сновидения, в которых спящий видит себя находящимся в какой-либо неприятной, даже опасной, ситуации или, соответственно его настроению, ему снятся мрачные пейзажи, страдания других людей и т. п. Наоборот, хорошее настроение чаще ведет к формированию приятных, радостных сновидений. Разъяснение сновидений в таком направлении будет оказывать на больных положительный психотерапевтический эффект.

Адаптивное биоуправление. Это относительно новое направление в лечении заболеваний нервной системы. Суть метода заключается в том, что больной обучается регулировать динамику своих ЭЭГ, КГР и некоторых других феноменов. Их нормализация таким способом связывается с купированием патологических реакций.

Электросон. Электросон применяется обычно при нарушениях ночного сна, для его нормализации, но может быть использован и в сочетании с суггестивной психотерапией в целях купирования различных невротических симптомов. Этот метод для своего проведения требует наличия отдельного помещения и организации особого наблюдения со стороны среднего медперсонала. Таким образом, и в этих методах существенным компонентом является психотерапия. Заканчивая этот раздел, следует сказать, что психотерапию М. М. Кабанов (1978, 1982) относит к важнейшему методу реабилитации больных. Она рассматривается с позиций психологической, социологической и др. При этом выделяется социоцентрическая установка, определяющая связь личности с социальной средой. Трудовая терапия, включающая психотерапевтический компонент, рассматривается как одна из основных форм реабилитации. Следует указать на значение таких установленных положений, как создание «терапевтического сообщества» — лечение коллективом, «лечение занятостью», участие в процессе реабилитации не только врача и психолога, но и социолога.

Глава 10

ДРУГИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Лечебная гимнастика. Проведение физических упражнений у больных неврозами не имеет противопоказаний, за исключением случаев значительного ухудшения состояния (рвоты, резкая головная боль и т. п.). Необходимо учитывать также такие особенности невротических симптомов, как функциональная тахикардия, диспноэ и др., а также наличие сопутствующих заболеваний другой этиологии — хронических болезней сердца, желудочно-кишечного тракта и других органов вне обострения и не требующих в данное время специального лечения.

Лечебная гимнастика может не только положительно воздействовать на общее состояние организма, но и улучшать нарушенную функцию. Отсюда следует необходимость строго индивидуального отношения к каждому больному и выполнения им его индивидуальных нагрузок, помимо тех общих гимнастических заданий, которые он выполняет в группе.

Лечебную гимнастику проводят высококвалифицированные инструкторы, но по их указаниям средний медперсонал обеспечивает контроль за выполне-

нием больным своих индивидуальных заданий.

Физиотерапия. Метод лечения и профилактики с применением природных факторов является одним из старейших и в настоящее время получил особенное развитие и широкое распространение. Используются как естественные факторы — солнечные лучи, воздух, вода, так и производимые искусственно — электричество, магнитные поля, лучистая энергия и др. Ниже излагаются некоторые из этих разделов.

Водолечение оказывает на нервную систему возбуждающее или успокаивающее действие, прежде всего в зависимости от температуры воды. Условно различают следующие водные процедуры: холодные — ниже 20 °С, прохладные — 20—33 °С; индифферентные — 34—35 °С, теплые — 36—38 °С, горячие — свыше 39 °С. Холодные и прохладные процедуры действуют возбуждающе; индифферентные и теплые успокаивают; горячие применяют лишь в отдельных случаях. Возбуждающее действие усиливается механическим раздражением — растиранием, приемом душа Шарко и др., а также химическим — использованием морской воды, с добавлением раздражающих кожу веществ.

Близко к водолечению стоит **бальнеотерапия** (от лат. «balneo» — баня). Этот метод заключается в лечении минеральными водами при их наружном и внутреннем употреблении.

Питьевые минеральные воды употребляются преимущественно при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, почек, нарушениях обмена веществ. Состав питьевых минеральных вод различен, и поэтому их действие отличается избирательностью.

Газовые ванны, например углекислые, а еще более сероводородные, действуют возбуждающе. Радоновые ванны, содержащие эманацию радия — радон, оказывают успокаивающий и болеутоляющий эффект.

Изложенные методы лечения могут сочетаться с пребыванием больного неврозом на курорте. В этих случаях улучшение болезненного состояния достигается и за счет положительного влияния перемены местожительства, избавления от психотравмировавшей обстановки, благотворного влияния климата (климатотерапия, морские купания) и т. п.

Однако не для всех невротических форм санаторно-курортное лечение является показанным. Как пишет А. М. Свядощ (1982), санаторно-курортное лечение показано преимущественно больным неврастенией, включая так называемые неврозы внутренних органов и половой сферы,

и больным с астеническим состоянием. Противопоказания относятся к больным с истерическими моносимптомами (например, параличи), к больным неврозом навязчивости, ипохондрическим, депрессивным неврозом, неврозом страха.

Электролечение включает в себя ряд отдельных процедур: *статический душ*, или франклиннизацию (по имени В. Франклина), которая представляет собой действие на организм постоянного электрического поля высокого напряжения (на электроды подается напряжение до 50 000 В). Показаниями для применения являются невротические нарушения сна, раздражительность, головные боли спастического характера, зуд, невралгии. Статический душ применяется как на все тело, так и местно.

Гальванизация (по Л. Гальвани) заключается в применении постоянного электрического тока низкого напряжения, порядка 70—80 В. При этом используются пластинчатые свинцовые электроды с матерчатыми влажными прокладками. Лечебный эффект сказывается в улучшении кровообращения и обменных процессов, в болеутоляющем действии. Показаниями являются невралгии, невриты, артриты.

Электрофорез заключается в воздействии на организм постоянного тока и медикаментов, которые в виде ионов вводятся этим током через кожу или слизистые оболочки. При этом положительно заряженные ионы передвигаются к отрицательному электроду, а отрицательно заряженные — к положительному. Ионы лекарственных веществ на длительное время задерживаются в коже и только постепенно поступают в кровь. Показания для применения — гипертоническая болезнь (ионы йода, магния, брома), атеросклероз (ионы йода и др.).

Дарсонвализация (токи д'Арсонваля). Метод представляет собой применение тока высокой частоты, высокого напряжения (порядка 25 000—30 000 В) и незначительной силы. Высокочастотные разряды возникают между вакуумным стеклянным электродом и телом больного. При этом рефлекторно через центральную нервную систему достигается расширение кровеносных сосудов, улучшение обмена веществ в тканях. Показаниями являются неврозы, в частности невротические боли в области сердца и др., зуд, экзема, выпадение волос, язвы, начальная гипертензия, спазмы.

Фарадизация (по М. Фарадею). Для электродиагностики и лечения парализованных или паретичных мышц применяется переменный (фарадический) ток низкой частоты (порядка 30—150 Гц). При пропускании фарадического тока через мышцу или нерв возникает сокращение мышцы, что и опреде-

ляет их электровозбудимость. Для лечения ток подается с перерывами от 30 до 60 перерывов в 1 мин — так называемая электрогимнастика. При этом улучшается кровообращение, повышается обмен веществ, восстанавливается сократительная способность мышц.

При истерических параличах и парезах фарадический ток может быть применен в качестве дополнительного внушающего фактора.

В настоящее время широко применяется аппаратура с использованием современной электронной техники, позволяющая, например, вызывать тепло на различных уровнях; так называемые пульсирующие токи Бернара, обладающие болеутоляющим и повышающим обмен веществ действием, и др.

Фототерапия (светолечение). Свет является одним из основных факторов нормального течения жизненных процессов у преобладающего числа живых существ и растений. Свет представляет собой электромагнитные колебания различной длины, испускаемые источником света отдельными порциями — квантами. Белый цвет состоит в действительности из 7 цветов — красного, оранжевого, желтого, зеленого, голубого, синего, фиолетового, в зависимости от длины волны, уменьшающейся в направлении от красного к фиолетовому, при этом соответственно возрастает и энергия кванта. За пределами видимого спектра с обеих сторон существуют невидимые для человеческого глаза волны — инфракрасные и ультрафиолетовые. Для лечения и профилактики служат солнечный свет и свет искусственных источников.

Инфракрасные и видимые лучи используются для вызывания тепла (соллюкс и др.) при лечении различных хронических воспалительных процессов, купирования некоторых болевых ощущений и др. *Ультрафиолетовые лучи* (ртутно-кварцевые горелки, кварц) при общем облучении улучшают общее состояние организма, тонизируют его, действуют бактерицидно на поверхность тела и окружающую среду. Ультрафиолетовое облучение ведет к образованию в коже витамина D, гистамина, которые относятся к биологически активным веществам, нормализующим обменные процессы и повышающим сопротивляемость организма.

Местное облучение применяется для лечения неврозов, радикулитов и др.

Некоторые другие методы физиотерапии. *УВЧ-терапия* (ультравысокочастотная терапия). При этом методе лечения создается переменное электрическое поле, образуемое током переменного напряжения с частотой порядка 40 млн кол/с. Вследствие этого в тканях возникают

колебательные движения такой же частоты. Это вызывает сосудорасширяющий, обезболивающий эффект, улучшение обмена веществ с образованием тепла. Сходное действие оказывают также *индуктотерапия* (создание переменного магнитного поля высокой частоты) и *микроволновая терапия* (образование электромагнитного поля излучения сверхвысокой частоты в пределах волн сантиметрового и дециметрового порядка).

Некоторое сходство лечебного эффекта с вышеуказанными методами дает применение *ультразвуковой терапии*. При этом используются обычно колебания кварцевой пластинки, совершающиеся с частотой порядка 1 млн кол/с.

М а с с а ж производит на организм сложное физиологическое действие. Под влиянием его расширяются кровеносные сосуды, улучшается обмен веществ, в коже образуются биологически активные вещества, оказывающие благотворное воздействие на область применения массажа и на весь организм. Повышается сократительная способность мышц. Исчезает усталость. Появляется ощущение свежести, бодрости.

Массаж может быть общим и местным. Его приемы заключаются в поглаживании, растирании, разминании, поколачивании — рублении и вибрации. Массаж применяется при определенных заболеваниях опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой и дыхательной систем, при атонии кишечника, заболеваниях обмена веществ и некоторых других.

Как уже указывалось, при неврозах нередко отмечаются неприятные болезненные ощущения в различных местах тела, чувство недомогания, усталости. Обостряется чувствительность к до того не ощущавшимся, незначительно выраженным остеохондрозу, остаточным явлением радикулитов.

Массажем занимаются специально обученные массажисты, имеющие среднее медицинское образование, но каждой медицинской сестре и каждому фельдшеру было бы полезно знать основные приемы массажа. Самим больным и их родственникам в ряде случаев дается инструкция о проведении массажа в связи с имеющимся у больного определенным заболеванием. Помощь, необходимый совет со стороны среднего медперсонала были бы здесь весьма кстати.

Значительное число изложенных физиотерапевтических методов обуславливается не только положительным воздействием ряда из них на невротические состояния как таковые, но основывается на том положении, что больные неврозами нередко страдают от разнообразных неприятных болезненных ощущений, определяемых то влияниями общеневротического порядка, то являющихся результатом субъективно чрезмер-

ного восприятия каких-либо незначительных патологических дефектов. Отсюда вытекает целесообразность применения и надлежащих физиотерапевтических процедур.

Поле деятельности для среднего медработника в области физиотерапии весьма значительно. Однако здесь необходимо быть не только компетентным в области техники, правил проведения той или иной физиотерапевтической процедуры, хотя вся работа на физиотерапевтическом отделении проводится под руководством врача. От среднего персонала требуется еще и знание ухода за больными, подвергающимися этим видам лечения. Отрицательное отношение больного к процедуре может не только свести на нет весь ее лечебный эффект, но и вызвать ухудшение состояния пациента. Одним из основных требований при проведении физиотерапии является спокойное состояние больного, исключение любой интеллектуальной деятельности — разговора, чтения и др. Некоторые больные испытывают чувство страха, напряжения в связи с применением к ним физиотерапевтических воздействий. Таких лиц необходимо успокоить, указать на лечебное значение данного метода. Некоторые больные скрывают свое беспокойство. В этих случаях по мимике, тону голоса, отдельным высказываниям, по учащенному пульсу можно догадаться о тревоге больного, вызвать его на откровенный разговор и осуществить надлежащее успокаивающее разъяснение.

Повышенная чувствительность больных невротами может приводить к тому, что их субъективные ощущения способны намного превышать степень действительных раздражений и, наоборот, наличие участков с пониженной чувствительностью допускает возникновение различных повреждений вплоть до ожогов. Исходя из этого, медсестра должна иметь достаточное представление о таких больных и обязательно проверять состояние участков тела, которые подвергались физиотерапевтическому воздействию. Медсестре следует также учитывать, что при нахождении больного в ванне давление воды ведет к сужению просвета кожных вен. В связи с этим происходит перераспределение масс крови в организме, и приток крови к сердцу возрастает. Изменяется также дыхание — вдох затрудняется, а выдох облегчается. Эти явления могут вызывать у больного неприятные ощущения, беспокойство, ухудшение его состояния. Больного требуется успокоить, сказать, что так и должно быть, чтобы он не обращал на это внимания, при отсутствии эффекта уменьшить количество воды в ванне до минимального, наконец, сообщить врачу. Случается и так, что проведение какой-либо физиотерапевти-

ческой процедуры случайно совпадает с ухудшившимся в этот момент состоянием больного. Очень часто у него возникает при этом представление, что именно данная процедура виновна в наступившем ухудшении. Больного нужно постараться разубедить в этом, а также доложить о происшедшем врачу. При отсутствии положительного результата от разубеждения данную процедуру целесообразнее отменить.

Медикаментозная терапия. По своему состоянию больные неврозами нуждаются в общеукрепляющих и успокаивающих средствах. Однако в ряде случаев возникают резкие нарушения отдельных функций, которые могут выступать в большей или меньшей степени, или сопутствующие соматические расстройства могут быть на первом месте, в связи с чем появляются совершенно новые симптомы и синдромы. Исходя из этого, медикаментозная терапия неврозов при наличии ее ведущей направленности, по существу, использует весьма обширный арсенал медикаментозных средств.

В настоящее время в большой и в малой психиатрии, к которой относятся неврозы, широкое применение имеют так называемые **психотропные средства**. Это психофармакологические препараты, воздействующие на психическое состояние, эмоциональную сферу и поведение. М. Д. Машковский (1977, 1986) считает, что наиболее целесообразно в целях практического применения делить их на: а) нейролептические средства; б) транквилизаторы; в) седативные средства; г) антидепрессанты; д) психостимулирующие средства. Используя данные М. Д. Машковского (1977, 1986), Г. Я. Авруцкого (1966, 1980), М. А. Ключева и Э. А. Бабаяна (1979), А. М. Гурлени и В. И. Талапина (1978), а также собственный клинический опыт, рассмотрим некоторые наиболее употребительные фармакологические средства, применяемые в психоневрологии.

Нейролептические средства (нейролептики); основными их представителями являются производные фенотиазина (аминазин и др.), бутирофенона (галоперидол и др.), а также резерпин.

Нейролептики обладают своеобразным успокаивающим действием, подавляют психомоторное возбуждение, аффективную напряженность, чувство страха, бред, галлюцинации и другие психопатологические явления.

М. Д. Машковский отмечает, что нейролептики угнетают адренореактивные системы гипоталамуса и ретикулярной формации мозга и понижают их чувствительность к действию адренергического медиатора — норадреналина. Нейролептики применяются преимущественно в большой психиат-

рии. Наряду с положительным воздействием на психопатологическую симптоматику, они, однако, имеют ряд противопоказаний, относящихся к заболеваниям печени, почек, сердечно-сосудистой и кроветворной систем, к гипотонической болезни и некоторым другим. Нейролептики используются в отдельных случаях и при лечении неврозов.

Первым нейролептиком, созданным для целей психофармакологии, является *аминазин*. Он служит одним из наиболее действенных средств, снижающих психомоторное возбуждение, страх, тревогу, растерянность, эмоциональную напряженность. Аминазин способен купировать галлюцинаторные и бредовые явления, оказывает антипсихотический эффект. Он также обладает противорвотным свойством, потенцирует действие наркотиков, снотворных, понижает артериальное давление, усиливает аппетит. Противопоказаниями являются болезни почек, печени, крови, отравления наркотиками, атеросклероз, артериальная гипотензия, глаукома и некоторые другие. Из побочных явлений отмечаются диспепсия, желтуха, агранулоцитоз, гипотензия, аллергические дерматиты, при длительном применении возможно развитие паркинсонизма, депрессий, психозов.

Аминазин (Aminazinum) выпускается в виде драже по 0,025, 0,05 и 0,1 г и в ампулах по 1,2 и 5 мл 2,5 % раствора. Применение: после еды по 0,025—0,075 г в сутки (в 1—3 приема), с постепенным увеличением суточной дозы до 0,3—0,6 г. При внутримышечном введении применяется 1—2 мл 2,5 % раствора в 2—5 мл 0,25—0,5 % раствора новокаина или изотонического раствора натрия хлорида 1—2 раза в сутки. Для купирования резко выраженного психотического, психомоторного возбуждения в вену вводится медленно (5 мин) 0,05—0,075 г (2—3 мл 2,5 % раствора в 20 мл 5 % раствора глюкозы).

Высшие дозы для взрослых: внутрь — разовая 0,3 г, суточная — 1,5 г; внутримышечно — разовая 0,15 г, суточная — 1 г; внутривенно — разовая 0,1 г, суточная — 0,25 г. Курс лечения от 2 нед до 4 мес и больше.

В нашей практике средневыраженные состояния возбуждения, тревоги у больных неврозами достаточно хорошо купируются внутримышечным введением 1—2 мл 2,5 % раствора аминазина. В более легких случаях подобного рода достаточно бывает приема внутрь 0,025 г аминазина.

В целях предотвращения коллапса, особенно в первые дни после инъекции аминазина, больной должен лежать 1 1/2—2 ч. При понижающемся артериальном давлении применять: кордиамин внутрь по 30—40 капель 2—3 раза в день,

подкожно, внутримышечно 1—2 мл; кофеин-бензоат натрия — внутрь по 0,1—0,2 г на прием, подкожно по 1 мл 10 % или 20 % раствора, и другие средства, повышающие давление. В случае возникновения паркинсонизма или акатизии (стремление к перемене положения тела) следует применять: циклодол (артан) внутрь по 0,0005—0,001 г в день после еды, увеличивая дозу ежедневно по 1—2 мг до суточной дозы 0,005—0,01 г; ридиол внутрь по 0,005 г 1 раз в день, увеличивая дозу не более 0,015—0,02 г в сутки, и другие препараты сходного действия.

Мы несколько расширили изложение особенностей аминазинотерапии, поскольку она имеет некоторые сходные черты с применением других нейролептиков. Следует также указать, что в настоящее время аминазин применяется преимущественно для купирования состояния возбуждения.

Левомепромазин — Levomepromazinum (тизерцин, нозинан и др.). По своему строению и фармакологическим свойствам левомепромазин близок к аминазину. Однако он менее токсичен, применяется при психомоторном возбуждении, психозах, при депрессиях, невротических состояниях, бессоннице. Согласно данным Л. Г. Эфендиевой, при лечении тизерцином невротических состояний лучшие результаты получаются у больных с астенодепрессивной симптоматикой, с симптомами повышенной возбудимости, утомления, чувством неуверенности, неприятными болезненными ощущениями в различных местах тела. Дозировка и способ введения сходны с таковыми при лечении аминазином.

При бессоннице назначают внутрь 0,025 г; при состояниях страха, тревоги — такую же дозу 3—4 раза в день; при невралгиях в суточной дозе 0,05—0,2 г. В целом левомепромазин действует более мягко, чем аминазин.

Тиоридазин — Thioridazinum (меллерил, сонапакс и др.) — по сравнению с аминазином отличается более легкой переносимостью, но и более слабым действием; он почти не имеет побочных явлений, поэтому может применяться и у тяжелых соматических больных. Тиоридазин применяется, кроме психозов, при невротических состояниях возбуждения, эмоциональной напряженности, страхе, тревоге, депрессии, колебаниях настроения. В небольших дозах он может оказывать и некоторый стимулирующий эффект.

Форма выпуска: драже по 0,01, 0,025 и 0,1 г. Применяется внутрь по 0,005—0,01 г 3 раза в день при неврозах; психозах — 0,6 г в сутки. А. М. Свядоц рекомендует назначать тиоридазин в дозе 25—100 мг за 1—2 ч до половой близости у мужчин, страдающих преждевременной эяку-

лящей. Тиоридазин тормозит ее наступление и, таким образом, удлиняет половой акт. В дозах выше 100 мг тиоридазин, так же как и аминазин, угнетает половое влечение.

Клозапин — Clozapinum (лепонекс, азалептин, ипрокс) — является одним из новых нейролептиков, обладающих выраженной антипсихотической активностью. Применяется при галлюцинаторнобредовых синдромах, психомоторном возбуждении, аффективной напряженности и расстройстве настроения, при психопатиях у возбужденных больных. Не вызывает экстрапирамидных нарушений. Обычно хорошо переносится. Возможные побочные явления — агранулоцитоз, коллапс, делирий. Назначается внутрь (независимо от времени приема пищи), начиная с 50—100 мг 2—3 раза в день, с последующим увеличением до 200—400 мг/сут. Максимальная суточная доза — 600 мг. Для поддерживающей терапии и амбулаторным больным — 25—200 мг в день. При расстройствах сна — 25—50 мг. Применяется также ряд других нейролептиков: пропазин, этаперазин, френолон, галоперидол и др.

Таким образом, одни нейролептики (аминазин, левомепромазин и др.) отличаются более выраженным антипсихотическим действием, но и нередкими побочными явлениями, особенно экстрапирамидными расстройствами; другие (тиоридазин, пропазин и др.) обладают меньшим седативным эффектом, но отличаются меньшей токсичностью и более редкими побочными явлениями. В связи с этим они чаще применяются при лечении неврозов.

Алкалоиды растений: раувольфин, резерпин — Reserpinum — в дозах 0,00025—0,0005 г в сутки (в 3—4 приема после еды), а также раунатин — Raunatinum — по 0,002 г 1—2 раза в день с постепенным увеличением до 6 таблеток в день, также после еды — могут назначаться возбужденным невротичным больным с гипертонической болезнью.

Транквилизаторы — от латинского *tranquillo* (ages) — делаться спокойным, безмятежным. Как указывает Г. Я. Авруцкий, они преимущественно действуют на невротические и неврозоподобные расстройства; уменьшают прежде всего эмоциональную напряженность, тревогу и страх.

Большинство транквилизаторов также действует релаксирующе и противосудорожно. Как и нейролептики, транквилизаторы влияют на активность глубоких структур мозга и, таким образом, меняют протекание нервных процессов. Основные транквилизаторы — это производные бензодиазепина (хлорзепид, сибазон и др.); карбаматы пропандиола (мepro-

тан, изопропан); производные дифенилметана (амизил и др.). Бесконтрольное применение транквилизаторов может привести к привыканию и другим вредным последствиям. Транквилизаторы не следует назначать до и во время работы лицам, профессиональная деятельность которых требует быстрых психомоторных реакций.

Транквилизаторы могут усилить имеющуюся подавленность настроения у больного, и такие больные требуют наблюдения со стороны среднего медперсонала. Помимо этого, у некоторых больных при первых применениях транквилизирующих средств появляются плохое самочувствие, слабость, головокружение. Прежде всего в этих случаях необходимо успокоить больного, убедить его в полной безопасности и в скором исчезновении подобных явлений. При необходимости применяются некоторые стимулирующие средства.

Синтезирована, однако, группа веществ, которая обладает меньшим транквилизирующим действием, но зато она не вызывает и выраженную мышечную релаксацию. Это триоксазин, фенибут, оксипидин и некоторые другие. Возможность их более широкого применения обусловила и их название — малые, или дневные, транквилизаторы.

Хлозепид — *Chlozepidum* (хлордиазепоксид, элениум, напотон, либриум и др.). Как указывают М. Д. Машковский, Г. Я. Авруцкий, В. Н. Пропудин и др., хлозепид подавляет состояния страха, тревоги, напряжения, беспокойства. Он также способен уменьшать состояния навязчивости. Препарат улучшает сон, вызывает мышечное расслабление, может оказывать положительный эффект при различных вегетативных нарушениях (тахикардии, лабильности сосудистых реакций, одышке и др.) невротического происхождения, при миозитах, экземе, зуде.

Форма выпуска: драже по 0,005—0,01 и 0,025 г для приема внутрь и ампулы, содержащие по 0,1 г препарата, с приложением растворителя (10 мл), для внутримышечных инъекций.

Противопоказания, как и для большинства нейролептиков и транквилизаторов, — заболевания печени, почек, миастения, артериальная гипотензия, беременность (первые 3 мес), транспортные профессии и некоторые другие.

Сибазон — *Sibazonum* (диазепам, седуксен, реланиум, валиум и др.). По своим фармакологическим свойствам диазепам сходен с хлозепидом. При неврозах сибазон назначается большей частью в дозах 0,01—0,03 г в сутки, при расстройствах сна назначается обычно по 0,005—0,01 г на ночь. Как и хлозепид, сибазон наиболее показан при неврозах

с наличием беспокойства, раздражительности, страха, навязчивостей. Таким образом, он применяется при неврастении, истерии, неврозе навязчивости, при астенических состояниях (в последнем случае применяют малые дозы — около 10 мг в сутки), при невротической депрессии, а также при психопатиях, при дизэнцефальных и неврозоподобных нарушениях (до 45 мг в сутки). В случаях психомоторного возбуждения внутримышечно вводится в среднем 10 мг (2 мл 0,5 % раствора 2—3 раза в день).

Нозепам — Nozepamum (оксазепам, тазепам и др.). По своему действию сходен с хлорзепидом и сибазоном, но менее токсичен и менее активен. Назначается в таблетках по 0,01 г до 3 раз в день. Применяется нозепам преимущественно при неврозах, неврозоподобных состояниях, психопатиях.

Феназепам — Phenazepamum. Согласно данным Ю. А. Александровского, феназепам по своей транквилизирующей и снотворной активности значительно превосходит седуксен, оксазепам, хлордiazепоксид, а его токсичность гораздо ниже. Препарат оказывает мощное транквилизирующее действие на повышенную эмоциональную возбудимость, напряженность, страх, тревогу, нарушения сна. Показаниями для его применения являются неврозы, неврозоподобные состояния и психопатии с явлениями астенизации, ипохондричности, фобий, навязчивостей, депрессией, истерическими реакциями и реактивными состояниями другого генеза, в том числе при реактивных психозах. Феназепам применяется и для купирования алкогольной абстиненции, а также как противосудорожное и снотворное средство. Феназепам назначается амбулаторно по 0,25—0,5 мг 2—3 раза в день; в условиях стационара суточная доза может быть увеличена до 3—5 мг. Максимальная суточная доза — до 10 мг.

Мепротан — Mepropanum (мепробамат, андаксин и др.). Как и у других транквилизаторов, токсичность мепротана относительно невелика. Он обычно применяется при неврозах и неврозоподобных состояниях с тревогой, страхом, внутренней напряженностью, расстройствами сна, при невротических состояниях у соматических больных, при вегетативной дистонии, кожном зуде и др. Назначается в таблетках после еды по 0,2—0,4 г 2—3 раза в день. Суточная доза — 2—3 г.

Мебикар — Mebicarum — относится к «малым транквилизаторам». Применяется при неврозах и неврозоподобных состояниях, при навязчивости и сенесто-ипохондрических синдромах, при инволюционных и сосудистых психозах с тревожно-депрессивным синдромом.

Назначается по 0,3—0,9 г 3 раза в день (независимо от времени приема пищи). Суточная доза — 1—3 г. Форма выпуска — таблетки по 0,3 г в упаковке по 10 таблеток.

Триоксазин — Trioxazin. Он относится к малым, или дневным, транквилизаторам и характеризуется подавлением страха, напряженности, беспокойства при отсутствии миорелаксирующего эффекта.

Применяется триоксазин по 0,3 г 2—3 раза в день. Противопоказания не установлены, но побочные явления иногда могут наблюдаться в виде вялости, подташнивания и др. Форма выпуска — таблетки по 0,3 г в упаковке по 20 таблеток.

Грандаксин — Grandaxinum. По своему действию сходен с триоксазином и также не вызывает миорелаксирующего эффекта. Препарат оказывает положительное влияние на вегетативную нервную систему, в частности на вегетативно-сосудистые нарушения невротического происхождения, умеренно выраженные страхи, апатии.

Способ применения: 0,05—0,1 г 1—3 раза в сутки. Форма выпуска: таблетки по 0,05 г в упаковке по 20 таблеток.

Мезапам — Mezepamum (рудотель, медазепам). Относится к дневным транквилизаторам со слабо выраженным или даже отсутствующим снотворным эффектом. Назначается в таблетках по 0,01 г 2—3 раза в день. Форма выпуска: таблетки по 0,01 г в упаковке по 50 таблеток.

Оксилидин — Oxylidinum. Применяется при неврозах и неврозоподобных тревожно-депрессивных состояниях, также связанных с расстройствами мозгового кровообращения (гипертоническая болезнь, атеросклероз с церебральными нарушениями) и при циклотимии (депрессивная фаза). Назначается по 0,02 г 3—4 раза, до увеличения разовой дозы до 0,06 г, а суточной — до 0,3, при необходимости — до 0,5 г. Подкожно и внутримышечно вводится сначала 1 мл 2 % раствора (0,02 г), затем разовая доза увеличивается до 1—2 мл 5 % раствора, суточная — до 4—6 мл 5 % раствора. При гипертоническом кризе вводится сразу 1—2 мл 5 % раствора. Форма выпуска: таблетки по 0,02 и 0,05 г и ампулы по 1 мл 2 % и 5 % раствора.

Нитразепам — Nitrazepamum (энуоктин, радедорм, могадон, неозепам и др.). Нитразепам относится к транквилизаторам, но его рассматривают также и в разделе снотворных средств. Наиболее существенным его качеством является способность вызывать сон, близкий к физиологическому. Помимо этого, нитразепам обладает выраженной противосудорожной активностью (Ю. А. Александровский). Нитразепам

широко применяется при нарушениях сна у больных неврозами и неврозоподобными состояниями, а также и в других областях клинической медицины.

Форма выпуска — таблетки по 0,005 и 0,01 г в упаковке по 20 и 10 таблеток. Назначают внутрь за полчаса до сна в дозе 0,005—0,01 г. Противопоказания — как и при других транквилизаторах: заболевания печени, почек и др. Побочные явления — сонливость, тошнота, кожная сыпь.

Седативные средства (от латинского *sedatio* — успокоение) усиливают процесс торможения или понижают процесс возбуждения. К седативным средствам относятся вещества различной химической природы — бромиды, валериана, трава пассифлоры, трава пустырника, сульфат магния и др., комбинированные препараты — валокормид, корвалол. В качестве седативных используются также в небольших дозах снотворные средства.

Натрия бромид — *Natrii bromidum*. До появления психотропных средств бром имел широкое распространение, нередко в сочетаниях с кофеином, но он применяется и в настоящее время. Показаниями являются неврозы с преобладанием раздражительности, нарушения сна, гипертоническая болезнь, эпилепсия и некоторые другие.

Форма выпуска — порошок, таблетки по 0,15 и 0,5 г. Применяют их внутрь 3—4 раза в день. Растворы и микстуры готовятся из 0,5—6 г препарата на 180—200 мл дистиллированной воды. При длительном применении возможны явления бромизма, выражающиеся в появлении насморка, кашля, слабости, снижения памяти, кожной сыпи.

Валериана, настой валерианы, *Infusum Valerianae*, настойка валерианы — *Tinctura Valerianae*. Ее препараты понижают состояние возбуждения и обладают также спазмолитическим действием. Применяется в настоях по 15 г 3—4 раза в день, в настойках по 20—30 капель, тоже 3—4 раза, в экстракте (таблетки) по 0,02 г 3 раза. Валериана входит в состав сложных препаратов валокормида (по 10—20 капель 2—3 раза), корвалола (15—30 капель 2—3 раза в день), обладающих успокаивающим и спазмолитическим действием.

К седативным средствам относится также *трава пустырника* — *Herba Leonuri* — в виде настоя из 15 г травы на 1 стакан воды, принимают по 1 столовой ложке 3—4 раза до еды, и настойки — *Tinctura Leonuri* по 30—50 капель, также 3—4 раза в день. Настойка пиона, *Tinctura Paeoniae*, оказывает успокаивающее действие. Применяется при неврозах, бессоннице, вегетососудистых нарушениях по 30—40 капель 3 раза в день.

Разнообразием действия отличается *магния сульфат*, Magnii sulfas. При парентеральном введении, например в виде 25 % раствора в количестве 10 мл внутримышечно, он оказывает седативное действие на центральную нервную систему, а также понижает артериальное давление. Большие дозы могут вызвать наркотический эффект. При приеме внутрь 10—30 г в половине стакана воды вызывает послабляющее действие.

Снотворные средства. Большое число снотворных средств — барбитуратов — представляет собой производные барбитуровой кислоты. Как пишет М. Д. Машковский (1977, 1986), барбитураты действуют тормозяще на ЦНС и характеризуются как успокаивающие, снотворные, противосудорожные препараты. За последнее время в связи с появлением транквилизаторов, снотворных бензодиазепинового ряда, барбитураты стали реже применяться из-за своих побочных явлений.

К длительно действующим снотворным средствам относятся барбитал (веронал), барбитал-натрий (мединал), фенobarбитал (люминал); со средней продолжительностью действий — барбамил, этаминал-натрий (нембутал), циклобарбитал; снотворное короткого действия — гексобарбитал.

Производные пиридина и других гетероциклических соединений — тетридин, ноксирон (дориден). В связи с появлением новых снотворных препаратов (нитразепам и др.) исключены из Государственного реестра лекарственных средств гексобарбитал, циклобарбитал, тетридин.

Препараты алифатического ряда — бромизовал (бромурал), карбромал (адалин). При назначении снотворных следует учитывать противопоказания, преимущественно связанные с заболеваниями печени, почек, с гипотензией и т. д., а также возможность кумуляции и привыкания к ним.

Барбитал — *Barbitalum* — выпускается в дозе 0,3 г; выпускается в комбинации с амидопирином 0,1 г под названием «веродон». Прием по 1 таблетке на ночь. Действие успокаивающее и снотворное. Сон продолжается до 6—8 ч.

Фенobarбитал — *Phenobarbitalum* — принимается внутрь по 0,05—0,1 г. Высшие дозы: разовая — 0,2 г, суточная — 0,5 г. Сон продолжается 6—8 ч. Препарат обладает также спазмолитическим действием, поэтому нередко принимается и при эпилепсии.

Барбитал-натрий — *Barbitalum-natrium* — принимается внутрь по 0,3—0,5 г. Подкожно и внутримышечно вводится по 5 мл 10 % раствора. Высшие дозы — под кожу и внутри-

мышечно: разовая — 0,5 г, суточная — 1 г. Длительность сна — 5—7 ч.

Барбамил — *Barbamylum* (амитал-натрий) — назначается внутрь по 0,1—0,2 г, внутримышечно вводится 5—10 мл 5 % раствора. Высшие дозы для взрослых: разовая — 0,3 г, суточная — 0,6 г. Продолжительность сна — 6—8 ч.

Этаминал-натрий — *Aethaminalum-natrium* (нембутал) — применяется внутрь по 0,1—0,2 г. Высшие дозы для взрослых внутрь: разовая — 0,3 г, суточная — 0,6 г. Продолжительность сна — 5—6 ч.

Бромизовал — *Bromisovalum* (бромурал) — в дозах по 0,3—0,6 г 1—2 раза в день. Высшие дозы для взрослых внутрь: разовая — 1 г, суточная — 2 г. Продолжительность сна — 5—7 ч.

Снотворные средства, принимаемые в уменьшенных дозах, могут давать седативный эффект.

Антидепрессанты. Трициклические антидепрессанты: имизин (мелипрамин, тофранил), амитриптилин (триптизол), азафен и др. — оказывают стимулирующее воздействие на адренергические процессы в мозге, препятствуя инактивированию норадреналина, его обратному захвату пре-синаптическими нервными окончаниями.

Согласно данным М. Д. Машковского (1986), общим свойством всех антидепрессантов при их применении является улучшение настроения и общего психического состояния больного. Однако разные антидепрессанты характеризуются и некоторыми различиями. Так, антидепрессивное действие имизина у некоторых препаратов сочетается с их стимулирующим влиянием. У амитриптилина и азафена выражен седативный эффект. У ингибиторов МАО выступает психоэнергизирующий компонент. Пиразидол проявляет седативное действие при тревожных состояниях и активизирующее при заторможенности.

При психогенных (особенно невротических) и соматогенных депрессиях применяются азафен, ингибиторы МАО, пиразидол и др. Антидепрессанты используются и при ряде соматических заболеваний — ишемической болезни сердца, дискинезии органов брюшной полости, а также нейровегетативных расстройствах, некоторые из которых можно рассматривать как «маскированные» депрессии. Следует учитывать, что имизин, амитриптилин обладают кардиотоксическим действием (в больших дозах и при длительном применении). Они же и некоторые другие обладают выраженной холинолитической активностью, что затрудняет их применение при аденоме

простаты, атонии кишечника, глаукоме, сердечно-сосудистых заболеваниях.

Необходимо указать, что положительное действие антидепрессантов проявляется обычно через 5—7 дней и больше после начала лечения. За последнее время исключены из употребления антидепрессанты ипразид, трансамин в связи с их отрицательными побочными свойствами.

Имизин — Imizipum — применяется при депрессиях различного происхождения, особенно при астенодепрессивных состояниях с заторможенностью. Он улучшает пониженное настроение, подавляя чувство тоски, безнадежности (тимоаналептический эффект) и вызывает ощущение бодрости, тенденцию к деятельности, к активности (стимулирующее действие).

Принимается внутрь по 0,025—0,1 г в день после еды (в первую половину дня) с постепенным повышением ежедневно на 0,025 г до дозы 0,15—0,25 г в день. Длительность лечения — до 4—6 нед. Затем дозу так же постепенно снижают (на 0,025 г каждые 2—3 дня) до поддерживающей дозы 0,025 г 1—3 раза в день. При резко выраженных депрессиях внутримышечно вводят по 2 мл 1,25 % раствора (0,025 г) 1—3 раза в сутки и в течение недели доводят суточную дозу до 0,15—0,2 г. При достижении стойкого эффекта дозы постепенно снижаются с переходом на прием препарата внутрь.

Высшие дозы для взрослых: внутрь — разовая 0,1 г, суточная — 0,3 г; внутримышечно — разовая 0,05 г, суточная — 0,2 г.

Амитриптилин — Amitriptylinum — действует антидепрессивно и успокаивающе. Он малотоксичен, применяется преимущественно при тревожно-депрессивных состояниях.

Форма выпуска: таблетки по 0,025 г и ампулы по 2 мл 1 % раствора. Назначается внутрь в дозе 0,025 г — 1—3 раза в день после еды с постепенным увеличением на 0,025 г ежедневно до получения стойкого антидепрессивного эффекта в пределах суточной дозы 0,15—0,25 г (в 3—4 приема в течение дня и вечером — перед сном). Затем дозу постепенно уменьшают (последний прием 0,05 г перед сном). При тяжелых депрессиях препарат вводится внутримышечно, в отдельных случаях внутривенно (медленно).

Азафен — Azaphenitum — применяется при астенодепрессивных состояниях различной обусловленности, с эмоциональной лабильностью, раздражительностью. Действие азафена антидепрессивное, стимулирующее, психотонизирующее и в то же время транквилизирующее.

Применяется внутрь по 0,025—0,05 г после еды с ежедневным увеличением на 25—50 мг в сутки (в 3—4 приема), с достижением суточной дозы до 0,15—0,2 г в сутки; затем, как и при применении других антидепрессантов, снижение. Курс лечения — до 1 1/2 мес.

По данным О. П. Вертоградской (1980), у азафена практически отсутствует побочный эффект и лишь в единичных случаях могут наблюдаться преходящие, незначительно выраженные головокружения и тошнота. Ввиду этого азафен может применяться и при тяжелых соматических заболеваниях почек, сердца и др., в том числе и у престарелых соматических больных.

Наибольшее число противопоказаний относятся к имизину — заболевания почек, печени, острые инфекции, декомпенсация сердечно-сосудистой системы, нарушения мозгового кровообращения, глаукома и др. У амитриптилина на первое место среди противопоказаний выступают глаукома, аденома предстательной железы, атония мочевого пузыря. Азафен не обладает холинолитической активностью, и поэтому его можно назначать при этих заболеваниях. Общим для всех 3 перечисленных антидепрессантов является их несовместимость с ингибиторами МАО.

Ингибиторы моноаминоксидазы. Наиболее существенные из них — производные гидразина. Эти медикаменты подавляют (ингибируют) моноаминоксидазу (МАО) — фермент, инактивирующий норадреналин и другие моноамины. Вследствие этого в центральной нервной системе происходит усиление адренергических процессов, осуществляется психоэнергизирующий эффект. Необходимо указать, что достигнутое подавление МАО продолжается до 2 нед, что и определяет применение других медикаментов, несовместимых с ингибиторами МАО, только после этого срока.

При высокой эффективности своего антидепрессивного и стимулирующего (психоэнергизирующего) действия ингибиторы МАО отличаются относительно значительной токсичностью. Последнее обстоятельство требует при обращении с ними особой осторожности, особенно это относится к ипразиду.

Ниаламид — *Nialamidum* — менее токсичен, чем ипразид, и больными переносится достаточно хорошо. Ввиду того, что он обладает, кроме антидепрессивного, еще и стимулирующим действием, применение его показано при депрессиях с заторможенностью, с явлениями астении. Ниаламид назначается внутрь в дозе начиная с 0,025 г 3 раза в день

после еды, при надобности с постепенным повышением дозы до 0,4 г и с постепенным последующим снижением.

Противопоказаниями являются заболевания печени, почек, сердца, нарушения мозгового кровообращения, состояния возбуждения. Ниаламид несовместим с другими антидепрессантами, с резерпином. К антидепрессантам четырехциклической структуры относится *пиразидол* — *Pirazidolum*, сочетающий особенности трициклических антидепрессантов и ингибиторов MAO.

Пиразидол тормозит нейрональный захват норадренолина пресинаптическими нервными окончаниями и подавляет активность MAO. Тимолептическое действие (на аффективную сферу) сочетается у него с регуляцией центральной нервной системы: стимуляция при заторможенных депрессиях и седативное влияние при тревожных. Таким образом, пиразидол назначается как при депрессии с психомоторной заторможенностью, так и при депрессиях с тревожно-депрессивными и тревожно-бредовыми компонентами.

Лечение начинается с дозы 0,05—0,075 г в день в 2 приема с постепенным увеличением ежедневно на 25—50 мг до дозы 0,15—0,3 г в день ко 2-й неделе. Как обычно, после достижения устойчивого эффекта дозы препарата снижаются. Пиразидол переносится хорошо. Вследствие отсутствия холинолитического действия может применяться при глаукоме, аденоме предстательной железы, атонии мочевого пузыря и других подобных заболеваниях. Противопоказания относятся к заболеваниям печени, почек, сердечно-сосудистой системы. Пиразидол несовместим с антидепрессантами — ингибиторами MAO.

Психостимулирующие средства являются стимуляторами функций головного мозга и обще физической активности. Это кофеин, фенилалкиламины (фенамин, меридил), психостимуляторы других химических групп — сиднокарб, сиднофен, индопан, ацефен. *Кофеин* — *Coffeinum* — и *кофеин-бензоат натрия* — *Coffeinum-natrii benzoas* — применяются для повышения психической и физической работоспособности при заболеваниях, сопровождающихся угнетением функций центральной нервной, сердечно-сосудистой систем (при отравлениях наркотиками, при спазмах сосудов головного мозга и др.). Под действием кофеина в тканях, в частности в нервной и мышечной, происходит накопление медиатора — аденозинмонофосфата, что приводит к стимуляции обменных процессов [Машковский М. Д., 1977].

Средние дозы кофеина 0,05—0,1 г 2—3 раза в день. Вышие дозы: разовая — 0,3 г, суточная — 1 г. Соответственно

для кофеина-бензоата натрия средние дозы 0,1—0,2 г на прием, под кожу 1 мл 10 % или 20 % раствора. Вышие дозы: внутрь — разовая 0,5 г, суточная — 1,5 г, под кожу — разовая 0,4 г, суточная — 1 г.

Оба препарата входят также в состав различных комбинированных средств. Сильным стимулятором ЦНС является *фенамин* — *Rhepaminum*. Он высвобождает из пресинаптических нервных окончаний норадреналин и дофамин, а также оказывает некоторое угнетающее действие на МАО. Большие или средние дозы у ослабленных больных способны вызвать истощение нервных клеток. Фенамин «подстегивает» организм, лишь мобилизуя его резервы.

Применяется внутрь в дозе 0,005—0,01 г 1—2 раза в день. Действие его длится от 2 до 8 ч.

С фенамином сходен *меридил* — *Meridilum* (риталин и др.), отличающийся менее сильным возбуждающим действием. Он назначается по 0,01—0,015 г на прием (в первой половине дня). Суточная доза — 0,01—0,03 г.

Относительно недавно синтезированы психостимуляторы *сиднокарб* — *Sydnocarb* — и *сиднофен* — *Sydnophenum*, по своему химическому строению несколько сходные с фенамином, но отличающиеся от него по действию. Они значительно менее токсичны и дают более мягкий эффект. Сиднокарб и сиднофен применяются при астенических состояниях невротического происхождения, после перенесенных инфекций, травм головного мозга и др. Помимо этого, сиднофен обладает еще некоторой антидепрессивной способностью, что позволяет применять его и при астенодепрессивных состояниях.

Применяются следующие дозы сиднокарба: 0,005 г, при необходимости с постепенным повышением у взрослых до 0,015—0,05 г в сутки. Высшая доза для взрослого внутрь: разовая — 0,075 г, суточная — 0,15 г. Для сиднофена до еды внутрь — 0,005 г 1—2 раза в день; при необходимости дозу постепенно повышают до 0,02—0,03 г в день.

Ноотропные препараты. Название происходит от греческих слов «ноос» — мышление, разум и «тропос» — стремление, средство. Это препараты, непосредственно активизирующие интегративную деятельность мозга, его умственную деятельность в целом. Улучшается кровообращение, обмен веществ. Основным представителем этой группы является пирацетам, по химической структуре имеющий сходство с гамма-аминомасляной кислотой (ГАМК).

Пирацетам — *Piracetamum* (ноотропил) — применяется при невротических и астенодинамических депрессивных состояниях с признаками адинамии, астенических и сенесто-

ипохондрических нарушений при шизофрении, при психоорганических синдромах, при острых и хронических поражениях головного мозга и др., применяя обычно по 0,4 г 3 раза в день до еды с постепенным увеличением до 2,4, иногда до 3,2 г и выше. Терапевтический эффект обычно отмечается через 2—3 нед после начала лечения. В дальнейшем дозу снижают до 0,4 г 2—3 раза. Курс лечения — от 2—3 нед до 2—6 мес.

Аминалон — *Aminalonum* (гаммалон) — гамма-аминомасляная кислота. Применяется преимущественно при сосудистых заболеваниях головного мозга (атеросклероз, гипертоническая болезнь, хроническая церебрально-сосудистая недостаточность с нарушением памяти, внимания, головная боль, головокружение после инсульта и травм мозга).

Принимается по 0,5—1,25 г 3 раза в день до еды. Суточная доза — 1,5—3 г. Курс лечения — от 2—3 нед до 2—6 мес. Формы выпуска: таблетки по 0,25 г в упаковке по 100 таблеток.

Фенибут — *Phenibutum* — является производным ГАМК. Обладает также транквилизирующим действием. Применяется при неврозах и психопатических состояниях с 0,25—0,5 г до еды до 0,75 г. Максимальная разовая доза — 0,75 г. Курс лечения — 4—6 нед. Форма выпуска: таблетки по 0,25 г в упаковке по 50 таблеток.

При невротических состояниях с астеническими и ипохондрическими синдромами, а также с явлениями навязчивости как умеренно стимулирующее средство применяется *ацефен*, *Асерфенит*. Он также положительно действует при энцефальном синдроме, нарушениях мозгового кровообращения. Форма выпуска: таблетки по 0,1 г и флаконы, содержащие 0,25 г препарата для инъекций. Назначают внутрь по 0,1—0,3 г 3—5 раз в день. Внутримышечно и подкожно — по 0,25 г на инъекцию.

Аналептики (от слова «*analeptica*» — восстанавливающие, оживляющие) — препараты, стимулирующие сосудистый и дыхательный центры продолговатого мозга, а также моторные зоны головного мозга, коразол, кордиамин, камфора; специально дыхательные analeptiki — цититон, лобелии. Из средств, действующих стимулирующе на спинной мозг, основным является стрихнин; применяется обычно как общее тонизирующее средство.

Так, *кордиамин* — *Cordiaminum*, *коразол* — *Corazolum*, *камфора* — *Camphora* — оказывают стимулирующее действие на ЦНС, на дыхательный и сосудодвигательный центры, повышают артериальное давление. Показаниями к их при-

менению служат острая сердечно-сосудистая недостаточность, шок, отравление наркотиками, снотворными, окисью углерода.

Кордиамин принимается внутрь по 30—40 капель 2—3 раза в день, внутримышечно и внутривенно вводится 1—2 мл тоже 2—3 раза; коразол — внутрь по 0,1 г 2—3 раза в день, подкожно, внутримышечно, внутривенно (медленно) по 1 мл 10 % раствора. Камфора (в капсулах) принимается внутрь по 0,1—0,2 г на прием и вводится по 1—5 мл 20 % раствора, подкожно.

Цититон — *Cytitonum*, *лобелин* — *Lobelinum* — и *бемегрид* — *Bemegridum* — оказывают возбуждающее действие на дыхательный центр. Бемегрид особенно показан при острых отравлениях барбитуратами и другими наркотиками. В этих случаях вводят 5—10 мл 0,5 % его раствора внутривенно и, если необходимо, дозу увеличивают до 50—70 мл на протяжении 15 мин. Лобелин и цититон вводят преимущественно внутривенно (можно и внутримышечно). Лобелин — 0,5 мл 1 % раствора; цититон — 0,5—1 мл.

Стрихнин — *Strychninum* — применяется в виде стрихнина нитрата — *Strychnini nitras*. Он действует возбуждающе на ЦНС, тонизирует мускулатуру, повышает обменные процессы, улучшает аппетит, усиливает пищеварение. Применяется также при лечении вялых параличей, парезов, при отравлении барбитуратами.

Противопоказаниями служат заболевания печени, почек, гипертоническая болезнь, атеросклероз, тиреотоксикоз.

Назначается взрослым внутрь по 0,0005—0,001 г, обычно в пилюлях 2—3 раза в день, под кожу — 0,5—1 мл 0,1 % раствора.

При невротических состояниях, характеризующихся явлениями умственного и физического утомления при снижении общей работоспособности, вялости, сонливости, гипотензии широкое применение имеют также различные другие средства, влияющие стимулирующе на ЦНС: плоды лимонника, корень жень-шеня, экстракт левзеи, настойка заманихи, сапарал, экстракт элеутерококка, настойка стеркулии, пантокрин и др.

Широкое применение имеют также витамины, особенно группы В; препараты, содержащие железо и фосфор, аминалон, метионин, ноотропил, липоцеребрин, церебролизин, алоэ, стекловидное тело, апилак, инсулин (преимущественно в малых дозах) и др.

При сопутствующих заболеваниях, осложнениях, кризах и т. п., что нередко имеет место вследствие повышенной нередко предрасположенности к подобным реакциям, необходи-

мо принимать надлежащие меры для купирования данного болезненного состояния. Например, при гипертонических кризах вводятся парентерально папаверин, дибазол, аминазин, магния сульфат и др.; при диэнцефальных кризах — парентерально пирроксан, папаверин, амидопирин, дибазол, седуксен; при спастических состояниях (колики желчная, почечная) — парентерально атропин, папаверин и др.; при эпилептиформных приступах — парентерально аминазин, седуксен, магния сульфат, трифтазин, галоперидол, димедрол и др.; при психомоторных возбуждениях — нейролептические и транквилизирующие средства.

Некоторые сведения об условиях хранения лекарственных средств (на основании Методических рекомендаций Ленинградского научного общества фармацевтов.— Л., 1981).

Хранение таблеток и драже должно осуществляться в сухом и, если это необходимо, в защищенном от света месте. Лекарственные формы для инъекций следует хранить в прохладном, защищенном от света месте в отдельном шкафу или изолированном помещении. Жидкие лекарственные формы (сиропы, настойки) должны храниться в герметически укупоренной, заполненной доверху таре в прохладном, защищенном от света месте. Экстракты хранят в стеклянной таре, укупоренной навинчивающейся крышкой и пробкой с прокладкой в защищенном от света месте. Мази, линименты хранят в прохладном, защищенном от света месте в плотно укупоренной таре.

Не следует забывать, что при применении некоторых лекарственных средств могут возникать побочные явления, связанные с общим или местным действием медикамента. Это нужно учитывать медперсоналу и в целях собственной профилактики. Так, например, растворы аминазина, попадая на кожу и слизистые оболочки, могут вызвать раздражение этих тканей. Среднему медперсоналу следует строго следить за тем, чтобы больные не хранили у себя каких-либо медикаментов и, естественно, не пользовались бы ими. В этом направлении необходимо проводить надлежащую просветительскую работу среди больных и их родственников. Больные и их родственники должны быть информированы о возможности привыкания к ряду лекарственных средств, в частности к снотворным, транквилизаторам, антидепрессантам, психостимуляторам и др. Употребление их без врачебного назначения должно быть полностью исключено в связи с возможностью развития токсикомании, и наркомании, вследствие бесконтрольного употребления этих средств.

Осмотр содержимого прикроватных столиков должен осуществляться тактично, с привлечением объяснения о необходимости контроля за порядком, чистотой. Следует также знать, что согласно данным Э. А. Бабаяна, основывающимся на приказах Минздрава СССР, термин «наркомания» относится к болезненным состояниям, возникающим в связи с употреблением наркотических средств, а «токсикомания» — к болезненным состояниям в связи с применением лекарственных средств и других веществ, не отнесенных к наркотикам.

При проведении медикаментозной терапии среднему медперсоналу необходимо контролировать прием больными лекарств (особенно сильнодействующих), поскольку бывают случаи, когда некоторые больные стремятся накопить достаточное количество препарата, чтобы принять потом сразу, с суицидными намерениями, или при отрицательном отношении к медикаментам стараются незаметно выбросить даже уже находящуюся во рту таблетку. О подобных явлениях необходимо информировать врача. Медсестре следует рассеять сомнения больного относительно целесообразности назначения ему того или иного медикамента, успокоить в том случае, если появилось некоторое недомогание, и, в зависимости от его выраженности и понимания его причины, принять свои меры или вызвать врача. Вообще при проведении медикаментозной терапии, особенно с употреблением сильнодействующих средств, со стороны среднего медперсонала требуется постоянное наблюдение за соматическим состоянием таких больных и их самочувствием для принятия необходимых мер.

Глава 11

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОТНОШЕНИЙ СЕСТРА — БОЛЬНОЙ

Социальные группы. К. Маркс утверждал, что человек есть общественное существо, поэтому всякое проявление его жизнедеятельности, даже и не выступающее в форме коллективного, является проявлением общественной жизни. Отдельные лица могут составлять группу. Под группой понимается человеческая общность, выделяемая на основе определенного признака.

В социальной психологии выделяются два вида групп — условные (отвлеченные) и реальные (контактные, функциональные). В последнем случае это реальная группа, объединенная реальными взаимоотношениями (бригада, школьный класс, семья и др.). Важнейшими психологическими особенностями группы являются ее состав, межличностные отношения (положительное, отрицательное, симпатии, антипатии), групповые нормы, наличие лидера или лидеров и др. В большинстве случаев люди объединяются в группы на основе определенной совместной деятельности, общих интересов и идей, совпадения мыслей.

К первоначальным трудовым группам относится семья. Именно она оказывает первое, чрезвычайно эффективное воздействие на развивающуюся личность. С позиций межличностных групповых отношений между членами семьи могут иметь место все особенности этих отношений. Большое значение для психоневролога имеет рассмотрение группы больных людей. Наиболее полную информацию об этом дает больничная палата. Ее состав определяется профилем данного лечебного заведения. Таким образом, в палатах психоневрологического стационара могут содержаться больные неврозами, психопатией при достаточной их социальности и, как исключения, больные с некоторыми психотическими симптомами. Представители последней группы обычно выявляются во время пребывания в данном стационаре и, в зависимости от своего состояния, заканчивают свой курс лечения с положительным результатом или направляются в психоневрологический диспансер по месту жительства, или переводятся в психиатрическую больницу.

Данная группа характеризуется основными особенностями, свойственными группе вообще, но фактор болезни вносит свои изменения. Так, при этом отмечаются общая эмоциональная лабильность, неустойчивость симпатий и антипатий, склонность к аффективным вспышкам у отдельных больных, проявление истерических, ипохондрических (нередко с соматической отягощенностью), депрессивных симптомов и синдромов, возможность возникновения суицидных мыслей, намерений, попыток. При общении с такой группой от медперсонала требуется максимум внимания, необходимость полного представления о личностных особенностях каждого больного и их (в некоторых случаях) совместном поведении. Нормализация поведения такой группы требует от медперсонала продуманного, психотерапевтического подхода. Депрессивных больных и страдающих истерией рекомендуется рассредоточивать по другим группам; лидеров пытаться сделать своими

помощниками в плане осуществления своего положительного воздействия на других больных, постараться заинтересовать членов группы выполнением ими определенных заданий, требующих совместной деятельности (подготовка к празднику, участие в концерте, работа в саду и т. п.).

У соматических больных нередко отмечаются нарушения их высшей нервной деятельности, обусловленные как непосредственным воздействием патогенного фактора на организм — нервную систему (инфекция, интоксикация, травма и др.), так и определяемые реакцией личности на болезнь. Н. Д. Лакосина и Г. К. Ушаков (1984) указывают, что при соматических заболеваниях наиболее часто развиваются невротические симптомы. Можно сказать, что такие больные напоминают больных ипохондрическим неврозом. Группы больных соматическими заболеваниями обычно формируются соответственно профилю данного заболевания — внутренние болезни, хирургические, эндокринологические, гинекологические и др. Однако каждая группа при этом может иметь свои отдельные подразделения, например в области внутренних болезней — сердечно-сосудистые заболевания, желудочно-кишечные, легочные и др.; хирургия гнойная, кардиоваскулярная, челюстно-лицевая и др. На фоне общей невротизации отдельные заболевания могут обусловить особенно характерные для них симптомы: например, страх смерти у онкологических больных, у больных с инфарктом миокарда, выраженными ангинозными приступами. После ампутации конечностей встает проблема трудоустройства, возможности изменения к таким больным отношения со стороны их близких («кому я нужен — калека!») и т. п. У многих из этих больных преобладают депрессивные и ипохондрические симптомы, в ряде случаев появляются суицидные тенденции. Больные невольно влияют друг на друга, положительно или отрицательно. Такие больные особенно нуждаются в участии, в надежде на лучшее будущее. Медперсонал должен приложить все усилия, чтобы поднять настроение такой группы, что будет способствовать и процессу лечения.

Психическая травма. Психической травмой называется эмоциональное воздействие, вызвавшее психическое расстройство. Понимая это утверждение в более расширенном виде, можно считать, что это психогенный фактор, в большей или меньшей степени нарушающий нормальное течение психических процессов, наносящий определенный вред данной личности. При этом психическая травматизация может вызывать или не вызывать невротические или психотиче-

ские реакции, в зависимости от характера психотравмы и особенностей личности.

Психические травмы детского возраста могут играть большую роль в формировании личности, так же как и психотравмирующее воздействие последующего периода, что в ряде случаев способствует или непосредственно ведет к заболеванию неврозами. В. Н. Мясищев, Б. Д. Карвасарский (1967), М. Э. Телешевская (1974), Л. Н. Лежепекова (1972) и др. отмечают у больных неврозами высокий уровень психической травматизации, относящийся к семейно-бытовым условиям. Производственные психотравмирующие обстоятельства играли значительно меньшую роль. В плане психотравмирующих аспектов следует еще раз подчеркнуть необходимость для медперсонала соблюдать чрезвычайную осторожность по отношению к больному, чтобы не нанести последнему вреда своими словами, своим поведением, не вызвать ятрогении (от лат. *iatros* — врач). В одних случаях ятрогения является ведущим этнопатогенетическим фактором; в других — дополнительным, отягчающим невротическое состояние, провоцирующим. Вызывает удивление и негодование, когда медицинский работник заявляет больному: «Я удивляюсь, как ваше сердце еще справляется», или: «От этой болезни средств нет, вам от нее не избавиться», или при встрече с больным: «Как, вы еще живы?». Даже как будто безобидные выражения вроде «У вас слабый пульс» или «Ваш вид мне не нравится» может у впечатлительных больных вызвать значительное ухудшение их состояния. Лучше сказать: «Вы себя переутомили, нужно внимательно выполнять больничный режим» и т. п. В любых случаях, при любом состоянии больного нужно поддержать, подбодрить его, тем более, что у самих больных в том или ином виде выступает стремление к выздоровлению. Это может проявляться и в «психологической защите».

Психологическая защита. По мнению А. Т. Филатова, А. С. Кочаряна (1986), психологическая защита представляет собой бессознательные способы снижения эмоционального напряжения, связанные с отказом от деятельности. Впервые этой проблемой стал заниматься З. Фрейд с позиций психоанализа (1900, 1905) и на первое место поставил механизм «вытеснения». Общепринятая классификация защитных механизмов пока отсутствует. В. Е. Рожнов и М. Е. Бурно (1978) предлагают различать следующие защитные механизмы (излагается с сокращениями):

1. Персонализационно-дереализационный вариант. У некоторых астеников, циклоидов, шизоидов.

2. Аффектогенно возникающая способность не отдавать себе отчета в переживаниях, вытеснять из сознания травмирующие моменты; сужение сознания. У истероидных психопатов.

3. Бессознательное стремление к «растворению» эмоционального напряжения в различных движениях, действиях. У сангвинических циклоидов.

4. Злобно-агрессивная (дисфорическая) защита. У эпилептоидов, органиков.

5. Астенический вариант — пассивно-оборонительный уход с признанием собственной несостоятельности. У психастеников.

6. Стремление отрешиться от забот, «раствориться» среди природы, чувствуя свое родство с ней. У шизоидов.

Для диагностирования защитных механизмов применяются различные психологические тесты, опросники — ТАТ и др. Об эффективности защитных механизмов можно, в частности, судить по снижению тревоги, например, используя шкалу реактивной и личностной тревоги [Спильбергер, 1972]. Э. А. Костандов (1988), рассматривая осознаваемые и неосознаваемые формы высшей нервной деятельности человека, считает, что при переживании отрицательных эмоций возбуждаются структуры лимбической системы, участвующие в организации данной эмоции. Это, в свою очередь, изменяет возбудимость нейронов коры, облегчая или подавляя их функциональную активность, что, по-видимому, лежит в основе изменений восприятия эмоциональных стимулов, в частности в основе явления и психологической защиты. С позиций учения И. П. Павлова психологическая защита, несомненно, проявление охранительного торможения в ответ на сверхсильный раздражитель.

В психотерапии применяются два основных подхода. Если формы психологической защиты адекватны личности, то они усиливаются психотерапевтическим воздействием; если не адекватны, то психотерапевтически достигаются срыв защитных механизмов и замена их сознательным отношением к своему болезненному состоянию и путям выхода из него.

Деонтология. В процессе изложения материала уже были указаны те необходимые мероприятия по медицинскому уходу, в которых нуждаются невротические больные. С одной стороны, это уход за соматическим состоянием больного, а с другой — уход психологический, смыкающийся с психотерапией, имеющий специально лечебную направленность и являющийся основным. Продолжим их дальнейшее рассмотрение.

Проблема ухода входит в понятие деонтологии. Медицинская деонтология означает учение об обязанностях и должном поведении медицинского работника по отношению к больному.

Невротические больные требуют от среднего медперсонала особого ухода, определяемого особенностями их психических реакций, характеризующихся сдвигами, состояниями психомоторного возбуждения, депрессивными колебаниями настроения, соматическими нарушениями психогенного или иного генеза.

Больные с наиболее резко выраженными невротическими проявлениями находятся в психоневрологическом стационаре, поэтому положения, связанные с уходом за ними, могут служить некоторым эталоном и для среднего медперсонала, работающего в амбулаторных условиях, а также на фельдшерских пунктах.

Как уже указывалось, только достаточные знания о сущности невротических состояний, их особенностях лечения, их соотношении с другими смежными патологическими явлениями могут обеспечить тот квалифицированный уход, в котором нуждаются эти больные. Конечно, фон, на котором происходит осуществление этого специального психоневрологического ухода, имеет тоже большое значение, и мы начнем именно с него.

Известный актер и режиссер К. С. Станиславский указывал, что театр начинается с гардероба; перефразируя это выражение, допустимо сказать, что медицинский стационар начинается с приемного покоя. Больной взволнованный, раздраженный, мучимый сомнениями или страхом, или испытывающий чувство одиночества, безнадежности, уже в приемном покое должен почувствовать некоторое облегчение. Это создается обстановкой по возможности не казенной, с тенденцией к уюту, деловым, но приветливым обращением медперсонала, возможностью без присутствия посторонних лиц дать о себе необходимые сведения.

Чем меньше отделение, в котором больной будет находиться достаточно длительное время, напоминает больницу, тем лучше, конечно, без ущерба для его специфики. К сожалению, нередко встречающиеся еще стандартные койки, однотипные унылые прикроватные столики и некоторые другие подобные аксессуары больничной обстановки вряд ли будут радовать глаз, поднимать настроение. Наоборот, нестандартная мебель, картины, цветы, аквариум или террариум, большая свободная клетка с певчими птицами отвлекают больных от их волнений, тревог, улучшают настроение. Поло-

жительное влияние оказывают также наличие настольных игр (шашки, шахматы и др.), собственная библиотека, которую можно организовать из книг, подаренных самими больными, их родственниками и медперсоналом. Такая библиотечка может успешно работать помимо общей больничной.

В отделении должны соблюдаться строгие санитарно-эпидемиологические правила — обязательная влажная уборка с употреблением 0,2 % раствора хлорной извести, в туалетах — 1 %. В связи с широким распространением самообслуживания уборку отделения производят сами больные. В частности, такая уборка может служить одним из приемов в лечении мизофобии — боязни загрязнения. В клинике проф. К. Леонхарда (ГДР) подобных больных направляли, например, в лабораторию, где они постепенно приучались мыть посуду, загрязненную мочой и калом.

Медперсонал отделения должен быть одет чисто и опрятно. Желательно, чтобы вместо стандартного медицинского халата, необходимого в специфических случаях, медсестра имела красивую форму одежды с какой-либо медицинской эмблемой. Понятно, что процедурная сестра должна быть одета в закрытый халат. Медсестра, одетая скромно, но элегантно, невольно будет вызывать у многих больных стремление быть тоже подтянутым, а это уже много значит.

Необходимо обратить внимание и на внешний вид санитарок и санитаров.

Но внешность — это форма, которая должна находиться в гармоническом соответствии с содержанием. Не будем сейчас касаться вопроса, любит ли медсестра свою профессию. Будем считать, что преобладающее большинство медицинских работников любят свою работу, а также самое основное в этой работе — заботу о больном, его здоровье, его настроения, его благополучии в целом.

Взаимоотношения больной — медсестра определяются известной зависимостью первого от последней. Больной нуждается в медсестре, а не наоборот. Помимо этого, больной должен подчиняться установленному больничному режиму, непосредственным выразителем которого является медсестра. Психологический комплекс — нуждаемость, зависимость, подчиненность — у некоторых больных создает обычно недостаточно осознаваемое ими чувство некоторой приниженности, собственной неполноценности, и отсюда нередко также недостаточно осознаваемый внутренний протест, раздражительность, тенденция к неподчинению, к конфликту.

Требуется много такта, терпения и, если можно так выразиться, «мягкой твердости», чтобы ликвидировать подоб-

ные настроения, являющиеся серьезным препятствием прежде всего для осуществления лечебного процесса. Больной — это прежде всего человек, и отношение к нему должно быть соответственное, человеческое, уважительное, не унижающее его достоинство. Называть больного следует по имени и отчеству и на Вы, не допуская обращения по фамилии или «больной» и на «ты». Доброжелательность и твердость являются основным принципом отношения к больному. Сухой, официальный тон или грубое командование недопустимы так же, как фамильярность и сюсюканье. Эти положения особенно подчеркивает медсестра М. Ф. Дьяченко (1977). Зависимость больного и его подчиненность во взаимоотношении с медсестрой есть и должны быть, но они обусловлены прежде всего интересами самого больного, и нужно добиться того, чтобы он это понимал.

Больные неврозами с их обостренной чувствительностью обычно резко реагируют на всякое проявление неискренности, фальши во взаимоотношениях с медперсоналом, поэтому при общении с ним не следует играть какую-то роль, изображая себя не тем, кто есть в действительности. Важны внутренняя доброжелательность, стремление помочь больному, а это проявляется невольно в общем выражении лица, в тоне голоса, в каком-либо жесте, во всем поведении, подчиненном необходимости адекватного реагирования на состояние больного, вне зависимости от характерологических особенностей самой медсестры.

Известный венгерский психиатр, невропатолог, психотерапевт И. Харди (1981) пишет, что главная задача медсестры заключается в уходе за больными и в занятиях с ними, подчеркивая значение психологического воздействия медсестры на больного. В настоящее время медсестра должна обладать все более сложными медицинскими, естественно-научными, а также техническими познаниями и навыками, а ее деятельность характеризуется чрезвычайным многообразием, многосторонностью. При этом создается опасность механического, формального выполнения своих обязанностей, где все очень правильно и все бездушно. Конечно, при таком подходе возникает обезличивание больных, и настоящего контакта между ними и сестрой не образуется. Возможно, однако, и другая крайность — излишне фамильярные взаимоотношения, что ведет к потере авторитета медработника, создает во время его дежурства тенденцию со стороны некоторых больных к различным нарушениям установленного больничного режима. Естественно, совершенно недопустимым является переход к флирту, к интимным отношениям. Поведение медсе-

стры ни в коем случае не должно побуждать больных к проявлению намерений подобного рода.

Контакт с больным возникает в процессе общения, когда сестра проявляет заботливость по отношению к больному, информирует его о необходимых мероприятиях, связанных с его пребыванием в клинике; следит за выполнением им лечебных назначений, утешает его, если расстроен, успокаивает при наличии у него состояния беспокойства и т. п.; по существу, медсестра мягкой и в то же время твердой рукой управляет поведением больного, стремится поддерживать у него достаточно ровное настроение, вселять в него надежду на выздоровление. Сестра также должна всегда помнить о необходимости соблюдения медицинской тайны и ни в коем случае не разглашать другим больным и иным посторонним лицам то, что доверительно сообщает ей больной, и то, что должно быть достоянием только медперсонала, связанного с процессом лечения.

И. Харди дает описание характерологических типов медицинских сестер, наиболее часто встречающихся (приводится в сокращенном изложении).

Сестра-рутинер. Тип, оставшийся в наследие от прошлого. Наиболее характерным для нее является механическое выполнение своих обязанностей. Выполняет все, что нужно для ухода за больным, но самого-то ухода и нет. Такая сестра работает автоматически, безлично, не сочувствуя больным. Она делает все, упуская из виду одно — самого больного. Именно она способна на такой абсурдный поступок, как разбудить больного, чтобы дать ему назначенное врачом снотворное.

Тип сестры, «играющей заученную роль». Такие сестры сознательно играют определенную роль, например благодетельницы, но нередко переходят допустимые границы, переигрывают, и тогда исчезает непосредственность, появляются неискренность, фальшь. Именно от таких сестер можно нередко слышать: «...напрасно я ему внушала...», «...часами его воспитывала...» и т. п.

Тип нервной сестры. О таком типе можно говорить, если эта нервозность проявляется во время работы и может отрицательно сказываться на результатах последней. Эта сестра эмоционально лабильна, раздражительна, нередко груба, склонна к невротическим реакциям. У нее недовольное, кмурое выражение лица с мимикой обиды. Такие сестры часто не выходят на работу по причине различных соматических расстройств.

Тип сестры с мужеподобной сильной личностью. Эту сестру характеризуют настойчивость, решительность, возмущение по поводу малейшего беспорядка. Больные такую сестру нередко называют «гренадером», а ее воспитанницы говорят: «Строга, но справедлива». Однако при недостатке культуры, образованности, общего развития, недостаточной гибкости такая сестра часто ведет себя с больными грубо, даже агрессивно.

Сестра материнского типа. Эти сестры выполняют свою работу с максимальной заботливостью и сочувствием к больным. Они успевают во всем, несмотря на свой возраст. Работа для них — неотъемлемое условие жизни. Чаще всего к ним обращаются: «Милая сестрица». Обычно заботой о других, любовью к людям пронизана и их личная жизнь.

Тип сестры-специалиста. Такие сестры бывают прекрасными секретарями, выполняют сложные технические задания и т. п. Иногда это очень странные люди, не интересующиеся ничем, кроме своей работы.

По нашему мнению, в наших психоневрологических учреждениях преобладает тип сестры достаточно высокой квалификации, но требующей, естественно, дальнейшего повышения профессионального уровня. Эта сестра доброжелательно относится к больным, всегда готова прийти к ним на помощь, выслушать их, дать совет, провести надлежащую психотерапевтическую беседу, эти личностные особенности в случае необходимости выражены в несколько большей или меньшей степени у разных сестер, но в целом они удовлетворяют требованиям необходимого ухода за невротическими больными. Обычно это сестры в возрасте за 27—30 лет, уже обладающие достаточным профессиональным и жизненным опытом.

Уход за невротическими больными на различных этапах лечения. На начальном этапе, при поступлении больного в лечебное учреждение, осуществляются первые контакты сестры с больным. Они получают друг о друге первые впечатления, которые могут играть большую роль в их дальнейших взаимоотношениях. Изредка случается, что эти первые впечатления неблагоприятны, и тогда в дальнейшем требуется много усилий от сестры, чтобы изменить мнение больного, а в некоторых случаях требуется буквально несколько ласковых слов и доброжелательная улыбка, чтобы расположить к себе недовольного первым приемом больного.

В процессе дальнейшего лечения, при налаженных контактах сестра осуществляет уход за больными, сообразуясь

с динамикой изменений невротического состояния, с его ухудшениями и улучшениями, действуя с достаточной самостоятельностью в рамках определенного лечащим врачом направления.

На конечном этапе у некоторых больных возникают опасения, связанные с необходимостью вступления в самостоятельную жизнь, в ряде случаев с предстоящим им преодолением жизненных трудностей, принятием необходимых решений и т. п. Больного охватывают сомнения, нерешительность, страх — сможет ли он справиться, выдержать. Другие больные могут сосредоточиться на представлениях о возможности рецидива их болезненного состояния. Больной боится покинуть клинику, где он стал чувствовать себя хорошо и спокойно. Многих больных перед выпиской на некоторое время отпускают домой с целью адаптации к условиям, от которых они отвыкли, или их выходы осуществляются эпизодически или регулярно в процессе всего лечения. Врачи и медсестры проводят беседы с родственниками больных, с администрацией и сотрудниками предприятий и учреждений, где больные работают, с целью создания для больного более благоприятного к нему отношения, в ряде случаев для улучшения условий его работы. Тем не менее не всем удается в достаточной степени приобрести должную уверенность в своих силах. Наряду с врачом медсестра продолжает подготавливать больного к выписке, доказывая неосновательность его опасений и вселяя в него спокойствие и мужество.

Совершенно недопустимы в присутствии больных разговоры между медработниками по поводу вопросов, касающихся больных, сделанных им назначений и других проблем профессионального характера, обмен информацией о личных делах, выяснение взаимоотношений, конфликты. Деловая, спокойно-доброжелательная обстановка на отделении является законом.

Неотложные мероприятия при различных невротических состояниях, особенности ухода за больными. Случается, и не так уж редко, что в психоневрологический стационар попадают больные не по профилю. Это могут быть инициальные (начальные) стадии психозов, имеющие неврозоподобную симптоматику и расцениваемые вначале в некоторых случаях как невротические. Возможен психоз, возникающий на фоне существующего невротического состояния и генетически с ним не связанный. Могут иметь место эпилептиформные или даже истинные эпилептические приступы, которые в направляющем медицинском учреждении ошибочно расценили как диэнцефальные. Редкие эпилептиформные приступы могут

вообще не диагностироваться, и больной может не знать о их существовании или не придавать им значения. Наблюдаются и другие психотические и соматические заболевания, то выявляемые в процессе проводимых исследований, то развивающиеся исподволь, то возникающие внезапно. В психоневрологический диспансер и в фельдшерский пункт такие больные направляются вполне закономерно. Допустимо сказать, что во многих подобных случаях средний медработник первый удар принимает на себя. Необходимо быстро определить состояние больного, наметить план мероприятий, если требуется, вызвать врача, до его прихода обеспечить больному максимальную помощь. Какие же могут встречаться неожиданности? Наиболее часто в психоневрологическом стационаре бывают истерические припадки различной выраженности, от истерического припадка с криками, рыданиями, разбро-санными демонстративными телодвижениями до проявлений «интимного» страдания в виде тихого плача и скорбной позы.

Об отличии истерического припадка от эпилептического, возможность которого также не исключается, уже говорилось выше. Целесообразно еще раз подчеркнуть, что истерический припадок обычно обусловлен психической травмой. При этом важно отметить, что эта травма в отдельных случаях может и не предшествовать непосредственному припадку, а быть более или менее отставленной во времени — реакция на воспоминания. Или припадок возникает вследствие постепенного нарастания возбуждения, при наличии психотравмирующей ситуации, имеющей хроническое течение. При приступе дизэнцефального характера — осуществление мероприятий, указанных ранее в соответствующем разделе. В случае наличия при этом истерических симптомов (слезы, метания, выразительные движения, страх смерти) психотерапевтическое воздействие — как при истерическом припадке.

При эпилептическом припадке вследствие кратковременности его протекания все мероприятия направлены в основном на предотвращение возможных повреждений, которые сам больной может себе произвольно причинить. Поэтому следует подложить под тело, особенно под голову, что-либо мягкое, например сверток одежды, между коренными зубами, если это возможно, вложить шпатель или ручку ложки, обернутые бинтом, платком, в крайнем случае угол простыни, одеяла. Необходимо также расстегнуть пуговицы, распустить поясной ремень. В случае непрекращающихся припадков (*status epilepticus*) последовательно — клизму из 50 мл 3—4 % раствора хлоралгидрата; гексенал 10 % раствор — 10 мл внутримышечно (по 5 мл); сульфат

магния 25 % раствор — 10 мл внутримышечно. При отсутствии эффекта — 2,5 % раствор аминазина 4 мл внутримышечно.

В случаях психомоторного возбуждения (аффективные вспышки у психопатов, мотивированное или немотивированное возбуждение при психозах) с явлениями помраченного сознания с агрессивными тенденциями или склонностью к самоизувечиванию больного иммобилизовать в кровати, подойдя к нему сзади и с боков (2—3 человека). Если больной вооружен — идти на него с разных сторон, защищая себя подушками, матрацем. Внутримышечно ввести аминазин 2—5 мл 2,5 % раствора или тизерцин — 2—4 мл 2,5 % раствора, трифтазин — 3—5 мл 0,2 % раствора. Применяется также 6 % раствор хлоралгидрата — 20 мл в клизме.

Суицидные намерения (тенденции к самоубийству) и попытки реализации этих мыслей чаще всего встречаются при психозах, особенно у больных шизофренией, инволюционной депрессией, острым алкогольным делирием (белая горячка), но могут иметь место и у больных неврозами, эмоционально неустойчивых, психопатов. У истероидных личностей суицидные попытки чаще имеют демонстративный характер, с целью привлечь к себе внимание, добиться для себя какой-либо выгоды. Однако в некоторых случаях такая попытка может случайно осуществиться. Серьезные попытки лишить себя жизни бывают при невротической депрессии и как импульсивный акт у эмоционально лабильных личностей при различных невротических состояниях. У одних больных, относящихся к описанной категории, может быть только представление о бесцельности своего существования, отсутствие интереса к жизни с наличием депрессивного фона или без него. У других больных на этой основе возникают уже мысли о смерти, но без тенденций к их осуществлению. Третья группа характеризуется составлением планов, различных способов лишения себя жизни. Наконец, больные, входящие в четвертую группу, способны осуществить суицидные намерения при любом удобном случае. Так постепенно возрастает степень риска суицида. Однако в связи с неожиданно возникающими новыми психотравмирующими обстоятельствами или внезапным воспроизведением, казалось бы, уже подавленного тяжелого переживания может нередко обостриться болезненное состояние и осуществиться суицидное намерение. Так, больной, казалось бы, уже вышедший из состояния депрессии, в сопровождении двух медработников проходил мимо

окна. Внезапно он разбил стекло и осколком его перерезал себе горло. Тут же упал и, умирая, прошептал: «Хочу жить!»

Среднему медперсоналу следует все это учитывать, внимательно наблюдать за поведением больных, изменениями их настроения, их высказываниями, чтобы вовремя принять необходимые меры по предотвращению осуществления подобных тенденций, при необходимости немедленно вызвать врача. Большое значение при этом имеет психотерапия, как и во всех других случаях, при которых возможен больший или меньший психический контакт с больным. Для снижения аффективной напряженности назначается аминазин внутрь до 0,075 г или 1—3 мл 2,5 % раствора внутримышечно. Также применяются левомепромазин от 0,025 до 0,4 г/сут внутрь или 2—3 мл 2,5 % раствора внутримышечно, диазепам (седуксен) по 2 мл 0,5 % раствора внутримышечно или 0,01 г внутрь.

Больным, уже совершившим суицидную попытку, но в отношении к которым имеется надежда на спасение их жизни, немедленно оказывается медицинская помощь. Так, при самоповешении необходимо слегка приподнять тело повесившегося, перерезать веревку, на которой он висит, и, опустив его на твердую кушетку или на пол, быстро снять петлю, очистить рот от слизи, вывести язык и приступить к реанимационным мероприятиям (искусственному дыханию рот в рот, наружному массажу сердца).

При отравлении, в частности медикаментами, чаще нейролептиками, снотворными, произвести промывание желудка через зонд; используют 12—15 л воды температуры около 20 °С порциями по 300 мл. До и после промывания дать внутрь активированный уголь с водой в виде кашицы (по 1 столовой ложке) для адсорбции ядов.

При нанесении себе ранений и других повреждений производится первичная обработка раны, при необходимости — иммобилизация, введение сердечных и иных надлежащих медикаментозных средств. Во всех этих случаях — при острых нарушениях кровообращения и дыхания, отравлениях, травмах, отсутствии сознания и др. — вызывается бригада «скорой медицинской помощи» или специализированная бригада «скорой медицинской помощи» в зависимости от состояния больного.

К больным, обнаруживающим расстройства сознания, агрессивные тенденции, суицидные наклонности и другие сходные нарушения, необходимо немедленно вызывать врача. За ними устанавливается строгий надзор.

заключающийся в непрерывном наблюдении за больным, осуществляемый с постоянного поста медсестры или санитарки. Больного сопровождают в туалет, контролируют прием им лекарств, не позволяют закрываться с головой одеялом, проверяют, нет ли у него предметов, которые можно было бы использовать для нанесения повреждений, закрывают двери, окна и т. п. Больных, назначенных к переводу в психиатрический стационар, не следует обманывать, что их везут куда-либо на консультацию, на исследование. Следует объяснить, что они направляются в другую больницу, где им будет проведено лечение, которое им необходимо, но которое в данном стационаре не проводится.

Описанные выше случаи встречаются относительно нечасто, но они все же имеют место, и к ним необходимо быть готовым. При наличии мучающих больного неприятных болезненных ощущений и психоневрологического характера, помимо назначенной ему лекарственной и иной терапии, можно, продолжая и подкрепляя психотерапию, проводимую врачом, объяснить, что он действительно испытывает эти ощущения, но они резко усилены вследствие повышенной чувствительности нервной системы, а повышенная чувствительность обусловлена ее ослаблением в результате перенапряжения — постоянной сосредоточенности внимания на психотравмирующей ситуации. Следует добавить, что внутренние органы больного совершенно здоровы (если это действительно так), если же нет и больной об этом знает, то пояснить, что данное органическое нарушение выражено относительно незначительно (поскольку, действительно, в психоневрологическом стационаре нет более или менее серьезных соматических больных), что расстройства той или иной деятельности организма носят функциональный характер. Все эти разъяснения следует вести на языке, доступном данному больному.

У больных с навязчивыми страхами нередко возникает чрезвычайно беспокоящее их представление, что они могут действительно осуществить какое-либо антисоциальное действие — кого-либо ударить, устроить поджог и т. п. Больного следует успокоить, объяснив, что такое действие совершенно исключается, больной никогда его не совершит вследствие того, что при малейшей тенденции к этому резко возрастает связанное с ним представление о последствиях подобного поступка и данное представление благодаря своей мощности подавит первое представление.

При навязчивых сомнениях — выключены ли мною электричество, газ в квартире, закрыта ли на ключ

входная дверь и т. п.— целесообразно посоветовать больному на каждом подобном действии максимально сосредоточивать свое внимание и мысленно или вслух проговорить: «Выключено; больше к этому не возвращаюсь» и т. п.

Причиной реактивных состояний чаще бывает какая-либо потеря — разлука с любимым человеком, потеря больших материальных ценностей, незаслуженная обида, унижение (в данном случае потеря собственного достоинства, снижение авторитета) и др. В подобной ситуации следует исходить из нарушения жизненного стереотипа. Какое-то существенное звено его выпало или нежелательно изменено. Следовательно, нужно убедить больного в возможности восстановления утраченного или его замены или при полной невозможности и того и другого усилить интерес к одному или нескольким оставшимся звеньям. Конечно, при всем этом требуется достаточная мобилизация активности больного.

Труднее дело обстоит при наличии депрессии. Эти больные менее доступны психотерапии, но все же заботливый уход, обязательным компонентом которого является психическое воздействие, оказывает благоприятное влияние на невротическое состояние. Следует подчеркнуть большое значение здесь применения антидепрессантов в возрастающих дозах.

У больных истерическим неврозом необходимо выявить их целевую, обычно недостаточно осознаваемую установку, «условную приятность» (см. стр. 74). В зависимости от реальных обстоятельств эту установку нужно попытаться или совершенно ликвидировать как абсолютно невыполнимую, например установку больной на не полагающуюся ей по закону повышенную пенсию, в другом случае пойти ей навстречу. Например, у больной развился функциональный паралич обеих ног, как показал анализ, вследствие необходимости все свое время отдавать ребенку, при игнорировании мужем ее требований о помощи. Беседа с мужем врача, а затем медсестры повлияла на него в положительном смысле, изменила его отношение к жене и ребенку в лучшую сторону, и больная стала быстро поправляться.

Астенизированным, ослабленным больным необходимо внушать бодрость, уверенность в себе; объяснять, что у них привычные слабость, вялость, чувство недомогания. Это состояние нужно постепенно изменять, выполняя понемногу задания возрастающей трудности в физическом и интеллектуальном плане. Необходимо побуждать больного, чтобы он принимал пищу в достаточном количестве,

занимался вначале легкими физическими упражнениями, имел некоторые обязанности по отделению, скажем, в отношении помощи в уборке, обязательно выходил на прогулку.

Как показывает наша клиническая практика, у больных, боящихся пользоваться транспортом, находиться в замкнутых помещениях или, наоборот, на больших открытых пространствах, в основе лежит не страх перед данным местом как таковым, а страх перед возможностью возникновения выраженного болезненного приступа в условиях, где отсутствуют возможности оказания немедленной медицинской помощи. Если возникшее случайно плохое самочувствие совпало с нахождением больного в каком-либо определенном месте и появилось чувство беспомощности, то по механизму условной связи у некоторых мнительных людей такой приступ может повториться в аналогичных условиях. Больные обычно это не осознают и считают, что само определенное местонахождение действует на них каким-то непонятным роковым образом. Разъяснение им сущности их болезненного состояния имеет большое положительное значение.

Следующий этап — это тренировка. Больной в сопровождении медсестры, а затем самостоятельно приучается к спокойному пользованию транспортом, переходу через открытые пространства и т. п.

Как уже указывалось, больные, страдающие психастенией, как бы несколько отгорожены от окружающего мира; реальная жизнь воспринимается ими несколько отвлеченно, что порождает у них нередкие сомнения в правильности своих действий, чувство неуверенности, стремление к постоянным самопроверкам. От медсестры в очень большой степени зависит занять этих больных вначале какой-либо относительно несложной практической деятельностью, а затем постепенно ее усложнять, а также привлекать этих больных к обсуждению каких-либо насущных практических дел, развивая у них тем самым навыки практического действия. Еще раз допустимо напомнить, что все эти мероприятия производятся по согласованию с врачом, но дают большой простор для проявления творческого подхода самой медсестре. В процессе психотерапии, проводимой врачом, невротические больные могут жаловаться на недостаток воздуха. В этих случаях медсестра может объяснить больному, что легкие при выдохе полностью не спадаются. В них всегда остается остаточный воздух. При вдохе вновь поступающий воздух смешивается с остаточным. Больные вследствие своей повышенной чувствительности, в отличие от здоровых,

ощущают это в виде неполного вдоха или выдоха и нередко поэтому опасаются задохнуться.

Существуют также больные, испытывающие затруднения при прохождении пищи по пищеводу. Отсюда нередкие опасения больного о наличии у него раковой опухоли. Больному в этом случае следует разъяснить, что прохождение пищи по пищеводу сопровождается его мышечными сокращениями. Сосредоточенность внимания на этих ощущениях обычно усиливает и мышечные сокращения и ощущения. Уже одно понимание этих явлений действует успокаивающе. При боязни подавиться и вследствие этого умереть больному разъясняется, что при прохождении пищи по пищеводу рефлекторно закрывается вход в дыхательное горло. Одновременное глотание и дыхание невозможны.

Еще одна группа больных — это астеничные ослабленные личности, конституционально или астенизированные в процессе жизни. Они склонны отступать перед жизненными препятствиями, отличаются робостью, стеснительностью. Благодаря этому они часто не занимают то положение, которое могли бы занимать по своему интеллекту, знаниям, способностям. Медсестра может сыграть очень большую роль, вводя этих больных в круг их соседей по отделению, следя за тем, чтобы они больше общались с окружающими, выступали бы на вечерах художественной самодеятельности больных. Кстати сказать, в организации таких вечеров, праздновании общенародных праздников, а также личных — дня рождения отдельных больных и других подобных событий — медсестра принимает активное участие, но только как руководитель; всю основную работу должны выполнять сами больные. Такая занятость их, отвлечение от тягостных воспоминаний, болезненных представлений имеют большое терапевтическое значение. От внимания медсестры не должны ускользнуть и взаимоотношения больных между собой, их психологическая совместимость или несовместимость; наличие в данной группе больных (чаще находящихся в одной палате) самовывдвигающегося «руководителя» — «лидера» и некоторые другие вопросы.

Все вышеизложенное не должно давать повода представлять себе такую деятельность медсестры превосходящей ее силы и возможности. В большинстве случаев ее беседы с больными не отличаются особенно большой продолжительностью, но имеют значительное информативное содержание. В дальнейшем для многих больных достаточно напоминания об имевшем место разговоре и побуждения выполнять данные советы и рекомендации, что может осуществляться буквально

на ходу. Помимо этого, только некоторые больные нуждаются в особом внимании со стороны медсестры. Для целого ряда больных достаточно данных им указаний врача, но медсестра, естественно, должна быть осведомлена об этих указаниях с целью осуществления контроля над выполнением их. В своем общении с больными средний медперсонал должен учитывать и возможность ятрогении, т. е. ухудшение состояния больного вследствие психотравматизации со стороны медработника. Это относится чаще к каким-либо неосторожным высказываниям по поводу диагноза больного, сомнений в отношении возможности выздоровления, сожаления в связи с неблагоприятными анализами и т. п. Случайно оброненное слово, несоответствующий тон голоса, мимика, жест — все это может быть воспринято невротичным больным как доказательство серьезности положения. Латинское выражение, относящееся к медицинскому работнику — *Non posere* (не вреди), будет здесь вполне кстати.

В амбулаторной психоневрологической сети работают участковые сестры-обследовательницы, патронажные сестры. Они осуществляют в основном наблюдение и уход за психически больными, находящимися в домашних условиях, и имеют контакт в учреждении, где некоторые из этих больных работают. При необходимости участковая медсестра может провести аналогичное мероприятие и по отношению к больному неврозом. В отдельных случаях такая обязанность возлагается на медсестру психоневрологического стационара.

Обыденная работа среднего медперсонала в психоневрологическом стационаре состоит в наблюдении за невротическими больными, раздаче им лекарств, побуждении их к выполнению режима отделения и, самое главное, уходе за ними, который в данных условиях имеет то своеобразие, что уход этот имеет прежде всего психологический аспект.

Дежурная медсестра должна тонко улавливать настроение больных, особенности их поведения, отвечать на вопросы, разъяснять возникающие у них сомнения, по заданию лечащего врача осуществлять некоторые психотерапевтические мероприятия. Конечно, для подобной работы она должна достаточно хорошо разбираться в отдельных нозологических формах нервно-психических заболеваний, знать основные данные и некоторые особенности каждого больного, по существу, всем своим уходом за больным усиливать тот лечебный эффект, который достигается лечащим врачом. Если медсестра скажет несколько одобрительных слов по поводу прописанного больному медикамента, отметит положительное действие назначенной физиотерапевтической проце-

дуры, достаточно компетентно сможет дать при этом необходимые дополнительные разъяснения, с похвалой отзовется о предписанных упражнениях по самотренировке, то результат этих воздействий, несомненно, значительно повысится. Особенно результативно это будет у повышенно мнительных, склонных к сомнениям больных, а также отличающихся внушаемостью. Да и во всех остальных случаях это принесет только пользу.

Находясь постоянно с больными, медсестра может выявить какую-либо важную особенность из анамнеза или из наличного поведения больного, неизвестную врачу. Однако для этого нужно знать, в каком направлении повести расспрос и на что обратить внимание в поведенческом плане, т. е. опять требуется необходимость специальных знаний и настоящего делового содружества лечащего врача и среднего медперсонала.

Важно своевременно заметить изменение состояния больного — его взволнованность, удрученность, растерянность, выяснить причину, не всегда прямо задавая основной вопрос: что с Вами, как Вы себя чувствуете? В зависимости от личностных особенностей и невротического состояния в некоторых случаях лучше начать разговор с какой-либо посторонней темы.

Основное правило: никогда не следует травмировать больного, но и не быть чрезмерно оптимистичным, если данных для этого нет. Например, можно сказать: «Вы обязательно поправитесь, если будете выполнять все врачебные назначения, а Вы некоторыми из них манкируете». Или: «Я замечаю, что Вы часто поддаетесь своему грустному настроению, а Вам необходимо от него отвлекаться, принимать участие в общих разговорах, в работе по отделению, в совместных занятиях. Расскажите-ка мне, что Вам особенно понравилось в последней книге, которую вы прочитали, в кинофильме и т. п.» Иными словами, следует попытаться отвлечь больного, втянуть в интересную беседу, попутно дать полезный совет и, таким образом, изменить настроение, направить его мысли в необходимую сторону. Опять-таки в одном случае в зависимости от ситуации следует соблюдать полную серьезность, в другом — улыбнуться, в третьем — пошутить и т. п. Еще одно важное обстоятельство — нужно понимать состояние больного и сделать все возможное, чтобы ему помочь, но необходимо избегать «вчувствования» в его переживания, «входить в его образ», так как в этом случае могут последовать потеря контроля над своими эмоциями, утрата ведущего положения как медика. Иными словами, не

обязательно болеть той же самой болезнью, чтобы понять болеющего ею человека.

Пост дежурной медсестры находится обычно в таком месте, откуда она может видеть большую часть отделения и незамедлительно принять надлежащие меры, если в этом имеется необходимость. Вот одна больная уже некоторое время сидит в одиночестве с опущенной головой. Надо пойти и выяснить, в чем дело. А вот двое больных, находящихся в отдалении, говорят между собой в несколько повышенном тоне — медсестра прислушивается: может быть, это начало конфликта? и т. д. Ну, а все, что замечено и сделано, нужно записать в дневник отделения и добавить свои собственные соображения по тому или другому пункту. Помимо дежурной медсестры, в отделении трудится старшая медсестра. В ее обязанности входит снабжение медикаментами, перевязочным материалом, хирургическим инструментарием и т. д. Старшая медсестра нередко включается непосредственно в работу дежурной медсестры. Сестра-хозяйка заботится о чистом постельном и носильном белье и выполняет ряд других дел; буфетчица занимается вопросами питания; санитарки (младшие сестры) ответственны за чистоту и порядок и выполняют ряд других поручений — сопровождение больных на некоторые процедуры, непосредственный санитарно-гигиенический уход за отдельными больными, нуждающимися в этом, и др. Отделение возглавляет врач — заведующий отделением, непосредственно подчиняющийся главному врачу клиники неврозов. В отделении работают также врачи-ординаторы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подытоживая все вышеизложенное, следует сказать, что невроз — это заболевание, определяемое функциональным нарушением высшей нервной (психической) деятельности, вызванным психогенным путем, т. е. психической травматизацией. Это — болезненное нарушение межличностных отношений, изменение отношения больного к окружающим и к самому себе. Как показали работы павловской школы, невроз легче развивается у ослабленного организма, будет ли эта слабость врожденной или приобретенной. Отсюда значение перенесенных или наличных вредностей — инфекций, интоксикаций, травм, врожденной дефицитарности и некоторых других патологических факторов. Таким образом, не вызывая невроза, сами по себе эти агенты способствуют развитию невроза в некоторых случаях, как будто бы

в обыденной обстановке, без воздействия, казалось бы, психотравмирующей ситуации. Для значительно ослабленной нервной системы, сочетающейся с повышенной впечатлительностью и, что особенно важно, с определенными психологическими установками, самые обыденные раздражители могут приобретать значение сильных и сверхсильных и действовать невротизирующе. Невротическое состояние при наличии уже имеющихся соматических нарушений, если последние имеют место, обычно усугубляется еще различными вегетативными расстройствами вследствие функционального нарушения центральной нервной регуляции. А. М. Вейн (1981, 1982) придает отдельным микроорганическим изменениям в области глубинных структур мозга большое значение. Он указывает, что такая церебральная недостаточность нередко встречается при неврозах, особенно при истерии, и может влиять и на другие проявления невроза, в частности на вегетативные и гуморальные.

Следует подчеркнуть, что психическая травматизация, обуславливающая конфликт, может вызвать невроз, но длительный эмоциональный стресс без наличия конфликтной ситуации обычно не ведет к неврозу, а может обуславливать развитие психосоматического заболевания — гипертонической болезни, тиреотоксикоза, бронхиальной астмы и др.

Мы можем добавить наше мнение, что психическая травматизация может также вызвать психосоматическое заболевание без наличия невроза.

В лечении невротических больных ведущим фактором является психотерапия, однако наличие целого ряда сопутствующих и вызванных нарушений со стороны нервно-соматической сферы требует применения и самых разнообразных средств и методов современной терапии. Проблема ухода за невротическими больными рассматривается в аспекте деонтологии, определяющей отношение и обязанности медицинского работника к больному и изменение некоторых этических установок последнего [Кабанов М. М., 1974]. Из этого следует заключить, что данный уход будет тем совершеннее, чем большими профессиональными знаниями обладает медицинский работник и чем он более заинтересован в результате приложения этих знаний к уходу за больным.

Особенности ухода за невротическими больными существенно отличаются от такового в других областях медицины и требуют от среднего медработника прежде всего понимания болезненного состояния психической деятельности пациента, причины, вызвавшей это состояние, представления о личностных особенностях больного и необходимости инди-

видуального подхода к нему, где привычное представление об уходе значительно расширяется, включая в себя основной компонент ведущего психического воздействия с учетом особенностей конкретного больного.

Настоящая книга не учебник, а лишь пособие, имеющее целью показать читателю в несколько более расширенном и углубленном виде некоторые разделы учения о неврозах и невротических состояниях. Автор пытался создать более или менее целостное представление о нервной системе, ее функциях, ее расстройствах, лечении и уходе за невротическими больными.

В процессе изложения материала был затронут ряд смежных проблем, приведены некоторые современные данные, побуждающие читателя к более глубокому самостоятельному продумыванию рассматриваемого вопроса. Ссылки на отечественных и зарубежных авторов позволят читателю получить представление об исследователях и их работах в рассматриваемых областях психоневрологии и смежных дисциплин.

Приложение

ОПРОСНИК ПО Л. Г. ПЕРВОВУ¹

Автором разработана методика исследования некоторых ведущих психических особенностей больных неврозами; их наличного состояния и преморбидного (доболезненного) периода. При этом используется упрощенный способ математической обработки. Опросник состоит из двух разделов. Каждый раздел состоит из 10 основных показателей (определений); например, в I разделе — показатели истероидности, ипохондричности, депрессии и др.; во II разделе — показатели гипертимии, гипотимии, преобладания образного конкретного мышления и др. Каждый такой показатель составляется из 10 вопросов и ответов на них; например, по показателю истероидности — есть или нет наклонность к слезам, рыданиям, ощущение спазма («комка») в горле; яркость, образность представлений; эмоциональность переживаний и др. Общее число вопросов и ответов составляет 100. Каждый вопрос имеет порядковый номер, а ответ определяется наличием резко выраженной данной психологической особенности, средней выраженностью и слабой, соответственно отмечается по трехбалльной системе одним (+), двумя (++) или тремя (+++) плюсами. Отсутствие данного признака отмечается знаком минус (-). По окончании исследования подсчитывается общее число плюсов по каждому показателю в отдельности (по истероидности, неврастеноидности и др.). Максимальное число плюсов отдельного показателя равно 30 (исходя из 10 ответов на вопросы каждого показателя), практически число плюсов бывает обычно меньше 30. По числу плюсов можно судить о выраженности данного показателя.

При исследовании зачитывается каждый вопрос, а на отдельном листе бумаги записываются его порядковый номер и оценка — один, два, три плюса или минус. Исследование проводится совместно с больным, или после соответствующей инструкции больной осуществляет его самостоятельно. Конечно, дальнейшая обработка (подсчет плюсов и минусов), надлежащие сопоставления с другими показателями производятся медицинским работником или психологом.

Понятно, что какая-либо отдельная, общая особенность может встречаться при разных показателях, а также сходные вопросы в одном показателе (для уточнения их общей особенности). Данная методика была применена к большому числу больных неврозами и способствовала диагностированию невротических состояний. Наглядность результатов особенно выступает при сопоставлении ряда полученных чисел подсчетов по каждому показателю или представлении их в виде диаграммы.

Отдельные синдромальные показатели: а) наличного и б) преморбидного (доболезненного) состояний

<i>I раздел (а и б)</i>	<i>№ по порядку</i>
1. Эпилептоидность	1—10, включительно
2. Неврастеноидность	11—20
3. Ипохондричность	21—30
4. Истероидность	31—40
5. Депрессия	41—50
6. Фобии невротические и страх без опре-	51—60

¹ При участии В. В. Первой.

деленной причины	
7. Психастеноидность	61—70
8. Шизоидность	71—80
9. Навязчивости	81—90
10. Паранойальность	91—100

II раздел (а и б)

№ по порядку

1. Гипертимия	1—10, включительно
2. Самообладание. Активное торможение по И. П. Павлову	11—20
3. Интравертированность по Х. Дж. Айзенку	21—30
4. Конкретное образное мышление. Относительное преобладание 1-й сигнальной системы по И. П. Павлову	31—40
5. Гипотимия	41—50
6. Жизненная активность. Сила раздражительного процесса по И. П. Павлову	51—60
7. Отвлеченное абстрактное мышление. Относительное преобладание 2-й сигнальной системы по И. П. Павлову	61—70
8. Вредные привычки	71—80
9. Подвижность основных нервных процессов по И. П. Павлову	81—90
10. Экстравертированность по Х. Дж. Айзенку	91—100

I раздел (а и б)

1. Чрезмерная длительность переживаний. 2. Чрезмерное стремление к порядку, к аккуратности. 3. Предупредительность, ласковость по отношению к окружающим. 4. Любовь к коллекционированию. 5. Гневливость. 6. Бережливость. 7. Наклонность не прощать обиды. 8. Застреваемость внимания, трудность переключения с одного дела на другое, с одной темы на другую. 9. Приступы с изменением сознания. 10. Стремление во всем, даже в мелочах, настаивать на своем.

11. Раздражительность. 12. Утомляемость. 13. Чувство недомогания. 14. Неприятные болезненные ощущения в различных местах тела. 15. Расстроенный сон. 16. Вспышки гнева. 17. Ухудшение памяти. 18; а) снижение полового влечения; б) половая слабость. 19. Снижение работоспособности. 20. Плохое настроение. 21. Представление о наличии у себя тяжелого органического заболевания. 22. Ощущение внутренней напряженности. 23. Общая слабость. 24. Сомнения в правильности установленного диагноза. 25. Минительность. 26. Опасения по поводу исхода болезни. 27. Недовольство проводимым лечением. 28. Состояние безнадежности в связи с плохим самочувствием. 29. Чувство разбитости. 30. Неприятные болезненные ощущения в области сердца, в голове, в области живота и других местах тела.

31. Художественные наклонности, в частности участие в художественной самодеятельности. 32. Обмирания, обмороки. 33. Наклонность к фантазиям. 34. Судорожные припадки. 35. Повышенная впечатлительность (подверженность первым впечатлениям, чувству). 36. Наклонность к слезам, рыданиям. 37. Ощущение спазма («комков» в горле). 38. Повышенное восприятие произведений искусства (театр, кино, художественная литература; возможность «вхождения в образ»). 39. Яркость, образность представлений, воспоминаний, эмоцио-

нальность переживаний в целом. 40. Преходящие расстройства различных функций (нарушения речи, зрения, слуха, движений, чувствительности, деятельности кишечника и др.).

41. Отсутствие интереса к жизни. 42. Сознание своей вины. 43. Сосредоточенность на своей неблагоприятной жизненной ситуации. 44. Мысли о самоубийстве. 45. Чувство тревоги. 46. Наличие отрицательного отношения со стороны окружающих. 47. Чувство одиночества. 48. Представление о своей неполноценности. 49. Сознание отсутствия выхода. 50. Угнетенное, тоскливое настроение.

51. Боязнь замкнутых помещений, открытых пространств, темноты и т. п. (при наличии указать, что именно). 52. Беспокойство за состояние своего здоровья. 53. Боязнь нового. 54. Опасения за благополучие близких. 55. Беспокойство при общении с людьми. 56. Страх смерти. 57. Боязнь жизненных неудач. 58. Опасения по поводу возможности возникновения тяжелого заболевания. 59. Страх без видимой причины. 60. Состояние тревожного ожидания без видимой причины.

61. Наклонность действия подменять рассуждениями. 62. Сниженная двигательная активность (отсутствие влечения к физкультуре, спорту). 63. Использование каких-либо представлений, действий, приемов, якобы предохраняющих от нежелательных событий. 64. Боязнь перемен. 65. Сниженный интерес к противоположному полу. 66. Сомнения, нерешительность. 67. Тусклость, бедность внешних впечатлений. 68. Наклонность к излишнему рассуждательству, особенно в сторону отвлеченных тем. 69. Отвлеченность от реальной жизни (недостаточное ее понимание). 70. Навязчивые мысли, действия.

71. Обманы чувств (иллюзии, галлюцинации). 72. Недоброжелательность со стороны окружающих. 73. Необычные вкусы, желания, влечения (при наличии перечислить). 74. Отгороженность от реальной жизни. 75. Изменение характера (если да, то с какого времени). 76. Затрудненность вчувствования в переживания других людей. 77. Необычные ощущения, воздействия (при наличии перечислить). 78. Создание своего внутреннего мира, отличного от реальности. 79. Холодность во взаимоотношении с окружающими. 80. Равнодушие, апатия.

81. Навязчивые мысли. 82. Навязчивые действия. 83. Непреодолимая потребность прикосновения к определенным предметам. 84. Навязчивый счет. 85. Неотвязные воспоминания. 86. Назойливые представления о предстоящих событиях. 87. Постоянно повторяющееся мытье рук. 88. Невозможность подавления назойливых мыслей. 89. «Защитные мысли», якобы предотвращающие неприятности. 90. То же «защитные действия».

91. Наклонность к ревности. 92. Частые конфликты. 93. Наличие способностей, талантов. 94. Зависть со стороны окружающих. 95. Бескомпромиссность. 96. Препятствия со стороны окружающих в достижении жизненно важных целей. 97. Борьба за свои права. 98. Постоянное стремление к установлению правды, справедливости. 99. Частые обращения с жалобами в различные инстанции, в том числе судебные. 100. Наклонность к изобретательству.

II раздел (а и б)

1. Повышенное настроение. 2. Беззаботность. 3. Склонность к риску. 4. Неразборчивость в знакомствах. 5. Неусидчивость. 6. Самоуверенность. 7. Вспышки раздражительности. 8. Отходчивость. 9. Повышенная активность. 10. Поверхностность увлечений.

11. Быстрое засыпание. 12. Терпеливое отношение к боли. 13. Хладнокровие в стрессовых, опасных, конфликтных ситуациях. 14. Продолжительный глубокий сон. 15. Спокойное отношение к виду ран, крови. 16. Подавление волнующих воспоминаний. 17. Спокойное поведение при длительном ожидании. 18. Подавление вредных влечений, желаний. 19. Способность отключения от волнующих опасений. 20. Торможение своих отрицательных эмоций, чувств при конфликтных обстоятельствах.

21. Сосредоточенность на достижении определенной цели. 22. Стеснительность. 23. Избирательность знакомств с узким кругом людей. 24. Сдержанность. 25. Робость. 26. Обусловленность переживаний преимущественно событиями внутреннего мира. 27. Необщительность. 28. Глубина переживаний. 29. Избирательность интересов к окружающему. 30. Замкнутость.

31. Хорошая зрительная и слуховая память (а также другие виды памяти). 32. Преобладание чувств при принятии различных жизненных решений. 33. Подверженность первым впечатлениям. 34. Выраженное воздействие различных видов искусств (театр, кино, музыка, живопись и др.). 35. Наклонность к необдуманным решениям. 36. Яркое представление о прошлых событиях, переживаемых как бы повторно. 37. Участие в художественной самодельности, в театральных постановках. 38. Выраженность образного яркого конкретного мышления. 39. Переживания драматических эпизодов (театр, кино, художественная литература, рассказы очевидцев) скорее как участником событий, чем зрителем, наблюдателем. 40. Яркие конкретные образные переживания будущих событий.

41. Неудовлетворенность своим положением. 42. Неуверенность. 43. Плохое самочувствие. 44. Недовольство окружающим. 45. Чувство разочарованности, особенно по отношению к себе. 46. Сниженная активность. 47. Апатия. 48. Подавленное настроение. 49. Представление о бесцельности существования. 50. Впечатлительность.

51. Хороший аппетит. 52. Высокая сексуальная потенция. 53. Преодоление соблазнов при стремлении к определенной цели. 54. Двигательная активность (физкультура, спорт). 55. Правильное, адекватное поведение при неожиданностях, в стрессовых обстоятельствах. 56. Преодоление жизненных препятствий. 57. Способность к длительной напряженной деятельности. 58. Активное продвижение к поставленной жизненной цели. 59. Сохранение работоспособности к концу рабочего дня. 60. Сохранение работоспособности в неблагоприятных жизненных условиях (волнения, бессонные ночи и другие нарушения режима, дополнительные нагрузки и т. п.).

61. Стремление жить по определенному графику, плану. 62. Педантичность, с склонностью к точному выполнению всех формальностей. 63. Критическое отношение, особенно к себе. Склонность к самоанализу. 64. Преобладание рассудка над чувством. 65. Наклонность преимущественно к точным дисциплинам (математика, физика, химия, например в школе). 66. Эмоциональное равнодушие к искусству (музыка, театр, кино, художественная литература и др.) при возможном интересе к его теме. 67. Наклонность к замене образных представлений словами. 68. Нередкие затруднения при решении самых обыденных вопросов. 69. Наклонность к рассуждениям, к философствованию. 70. Наклонность к отвлеченному мышлению, к общим представлениям, к обобщениям.

71. Онанизм. 72. Жестокость. 73. Курение. 74. Нарушения социального поведения. 75. Зависть. 76. Употребление алкоголя (и других наркотиков). 77. Мстительность. 78. Неряшливость. 79. Не-

честность, лживость. 80. Сексуальное влечение к представителям своего пола.

81. Быстрый темп деятельности (быстрая речь, быстрые движения). 82. Способность выдерживать спешку, не совершая при этом ошибок. 83. Быстрая ориентировка в незнакомом до того обществе. 84. В незнакомой местности. 85. В новых жизненных условиях в целом. 86. Скорость реагирования в целом на различные воздействия (принятие решений, выполнение заданий; двигательные реакции, например поймать мяч). 87. Способность своевременного переключения, без промедления, с одного дела на другое. 88. Незамедлительность перехода от деятельности к покою и обратно. 89. С одной темы на другую. 90. Быстрота засыпания и пробуждения.

91. Общительность. 92. Импульсивность. 93. Эмоциональность. 94. Отзывчивость. 95. Мнительность. 96. Разговорчивость. 97. Неустойчивость настроения. 98. Интерес к окружающему. 99. Открытость своих чувств, переживаний для окружающих. 100. Активность.

Таким образом, на основании данных опросника выявляются невротические симптомы, свойственные определенным невротическим состояниям и способные формировать более простые мономорфные или более сложные полиморфные невротические структуры. Например преобладание числа плюсов по определенной шкале ипохондричности или истероидности и др. дает основание для установления определенного диагноза, имеющего, конечно, относительный, вспомогательный характер, поскольку только полное клиническое обследование больного может дать окончательное заключение по этому вопросу. В более сложных ситуациях у больного может иметь место проявление относительно отдельных невротических симптомов, например наличие шизоидных или истероидных черт на преобладающем фоне шкалы неврастеноидности и т. п.

Следует отметить, что поскольку определяющим каждую шкалу является число плюсов по ней, характеризующих и количественные, и качественные значения данного симптома, то минусы допустимо игнорировать, если только нет намерения сопоставить их число с числом плюсов.

Важным вопросом является установление наличия или отсутствия данного симптома не только в настоящее время (а), но и в преморбидном доболезненном периоде (б). В подобных случаях можно получить представление о динамике — являются ли данные симптомы поздним образованием или представляют собою результат уже имевшихся в прошлом невротических нарушений.

Раздел II посвящен определению характерологических особенностей. Здесь также выявляется наличное состояние (а) и данные преморбидного периода (б). В целях большего облегчения работы по этому разделу, приводятся некоторые дополнительные пояснения, хотя определения указанных понятий в разделе даны, также как и более ранние разъяснения:

1) гипертимия — это почти постоянно хорошее, приподнятое, радостное настроение, с ощущением бодрости, силы, наличием повышенной активности; преобладающим является оптимизм, уверенность в преодолении имеющихся жизненных препятствий; мышление и речь обычно ускорены; шкала самообладания;

2) активное торможение по И. П. Павлову — это способность подавлять, затормаживать свои отрицательные эмоции, достаточно терпеливо переносить длительные ожидания, боль, сохранять относительное спокойствие в конфликтной, стрессовой ситуации и т. п.; при этом следует отметить наличие именно активного подавления

надлежащих эмоций, а не безразличное отношение к проходящим явлениям;

3) интравертированность по Х. Дж. Айзенку — склонность к сосредоточенности на своих внутренних переживаниях, без их внешних проявлений; замкнутость;

4) конкретное образное мышление — относительное преобладание 1-й сигнальной системы по И. П. Павлову (см. описание художественного типа по И. П. Павлову); основное здесь — целостное восприятие окружающего мира, без особой склонности к анализу, к дроблению; следует подчеркнуть значение первых впечатлений, относительное преобладание эмоциональной жизни над рассудочной;

5) гипотимия — обычно сниженное, меланхолическое настроение, нередко сочетающееся с общим плохим самочувствием, недомоганием, вялостью; отношение к жизни пессимистическое; склонность к неверию в свои силы, к унынию; жизненная активность понижена; стимулы к достижению жизненно важных целей выражены недостаточно;

6) жизненная активность — сила раздражительного процесса по И. П. Павлову; сила раздражительного (или возбуждательного) процесса нервной системы определяется способностью нервных клеток находиться в состоянии сильного и длительного возбуждения; это состояние является достаточно устойчивым по отношению к различным астенизирующим воздействиям; у человека сильный раздражительный процесс определяет способность к преодолению жизненных трудностей, к достижению жизненно важных целей; работоспособность существенно не снижается даже при неблагоприятных воздействиях — стресс, нарушения режима, перенапряжения и др.;

7) Отвлеченное абстрактное мышление относительное преобладание 2-й сигнальной системы по И. П. Павлову (см. описание мыслительного типа по И. П. Павлову); наиболее существенным при этом является склонность в жизни руководствоваться не чувствами, а рассудком; это способность к анализу происходящих событий, к формированию на этой основе выводов, заключений, обобщений; это возможность логического осмысления сложной жизненной ситуации, с путями выхода из нее;

8) вредные привычки — это мысли и действия, часто повторяющиеся и принимающие поэтому автоматизированный привычный характер; они причиняют больному определенный вред, что не всегда он осознает в достаточной степени; к наиболее общепринятым относятся алкоголизм, курение, нарко- и токсикомании; могут быть вредные привычки, связанные и с другими особенностями поведения;

9) подвижность основных нервных процессов по И. П. Павлову — эта особенность определяется возможностью быстрого переключения возбуждательного процесса на тормозный и обратно, например, быстрый переход от деятельности к покою, от покоя к деятельности; отсюда быстрота засыпания и пробуждения, способность быстрой ориентировки в незнакомой до того жизненной ситуации, в адаптации к незнакомому до того обществу, способность сохранять высокую работоспособность в условиях спешки и т. п.;

10) экстравертированность по Х. Дж. Айзенку — это открытость, доверчивость, склонность посвящать посторонних людей в свои личные дела, переживания, что обычно сочетается с доброжелательностью, приветливостью.

Приводим примеры исследований.

Больная М., 32 лет, бухгалтер. Диагноз: неврастения ситуационная. Астено-депрессивный синдром. Больна в связи с тяжелыми

переживаниями, вызванными репрессиями по отношению к ее родным и отразившимися на ее собственном социальном положении (1956 г.).

Неврастеноидность			Депрессия			Фобии невротические		
№ п/п	оценка ответов (а)	(б)	№ п/п	оценка ответов (а)	(б)	№ п/п	оценка ответов (а)	(б)
11	++	—	41	++	+	51	++	—
12	++	+	42	—	—	52	—	—
13	—	—	43	+++	+	53	+++	—
14	+++	—	44	+	—	54	+++	+++
15	++	+	45	+++	±	55	++	—
16	+++	—	46	++	—	56	+++	+++
17	+++	—	47	++	+	57	+++	—
18	+	—	48	+++	+	58	+++	+++
19	++	+++	49	+++	—	59	+++	+
20	+++	+	50	+++	+	60	++	—
Сумма	21	5	Сумма	22	6	Сумма	24	7

У этой больной значительно выступают также показатели ипохондричности — 19 и 7. Показатели obsessions равняются 11; в преморбидном периоде их не было вовсе. Из характерологических особенностей на первый план в преморбидном периоде выступают относительная уравновешенность сигнальных систем (почти равное количество плюсов), достаточное активное торможение, некоторая склонность к интравертированности, достаточная жизненная активность, удовлетворительная подвижность основных нервных процессов по И. П. Павлову. В настоящем болезненном состоянии эти показатели сдвинуты в сторону астенизации.

Сопоставление полученного цифрового материала показывает, что выраженность отдельных невротических шкал примерно одинакова, за исключением низкого уровня шкалы obsessions (11 и 0), однако клинически данная больная более тяжело переживала симптомы депрессии. Это еще раз подчеркивает необходимость индивидуального подхода, поскольку «каждый больной болеет по-своему».

В заключение еще раз обращается внимание на сущность данного метода исследования. С его помощью выявляется наличие или отсутствие определенного симптома. Если он есть, то определяется его выраженность.

Введение	3
Часть первая. Общая психоневрология	8
Глава 1. Анатомия и физиология нервной системы	8
Центральная нервная система	9
Периферическая нервная система	13
Кровоснабжение центральной нервной системы	15
Электрические явления в головном мозге	16
Глава 2. Высшая нервная или психическая деятельность	16
Глава 3. Некоторые данные общей психологии	23
Глава 4. Основные неврологические данные	29
Основные симптомы, обусловленные поражениями определенных отделов нервной системы	30
Симптомы поражения высших (корковых) функций	44
Глава 5. Основные положения психопатологии	45
Глава 6. Методы исследования	55
Глава 7. Клиническое обследование больного	63
Часть вторая. Невротические больные и уход за ними	68
Глава 8. Неврозы и уход за невротическими больными	68
Глава 9. Психотерапия	123
Глава 10. Другие методы лечения	152
Глава 11. Социально-психологические аспекты отношений сестра — больной	175
Заключение	195
Приложение. Опросник по Л. Г. Первову	198