

А.М. Свядош

Неврозы и их лечение

**Москва
«Книга по Требованию»**

А11 **А.М. Свядоц**
Неврозы и их лечение / А.М. Свядоц – М.: Книга по Требованию, 2023. – 300 с.

ISBN 978-5-458-38274-8

Первое издание книги "Неврозы и их лечение", вышедшее в 1959 г, полностью разошлось в короткий срок. В 1961 г оно было издано на испанском языке в Буэнос-Айресе (Аргентина) и Монтевидео (Уругвай) Второе издание существенно переработано и дополнено. Заново написаны разделы об этиологии и патогенезе неврозов (к трактовке этиологии к патогенеза привлечены концепции информации, вероятностного прогнозирования и др.), клинике неврастении, в том числе нарушений функции внутренних органов, о неврозе навязчивых состояний и психастении, общих принципах терапии неврозов, рациональной психотерапии, внушении во время естественного и гипнотического сна, самовнушении, аутогенной тренировке, психофармакологии, санаторно-курортном лечении и т. д. Введен новый раздел о клинике функциональных нарушений половой деятельности мужчины и женщины и методах терапии половых расстройств. В качестве особой формы описан невроз страха. Введены разделы, посвященные коллективной или групповой психотерапии, методу прогрессивной мышечной релаксации, методу негативного воздействия, лечению катарзисом, психодраме по Морено, протренинге, новым приемам условнорефлекторной терапии

Эта книга является репринтом оригинала, который мы создали специально для Вас, используя запатентованные технологии производства репринтных книг и печати по требованию.

Сначала мы отсканировали каждую страницу оригинала этой редкой книги на профессиональном оборудовании. Затем с помощью специально разработанных программ мы произвели очистку изображения от пятен, клякс, перегибов и попытались отбелить и выровнять каждую страницу книги. К сожалению, некоторые страницы нельзя вернуть в изначальное состояние, и если их было трудно читать в оригинале, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг – не самое лучшее решение для восстановления текста в его первоизданном виде, однако, наша цель – вернуть читателю точную копию книги, которой может быть несколько веков.

Поэтому мы предупреждаем о возможных погрешностях восстановленного репринтного издания. В издании могут отсутствовать одна или несколько страниц текста, могут встретиться невыводимые пятна и кляксы, надписи на полях или подчеркивания в тексте, нечитаемые фрагменты текста или загибы страниц. Покупать или не покупать подобные издания – решать Вам, мы же делаем все возможное, чтобы редкие и ценные книги, еще недавно утраченные и несправедливо забытые, вновь стали доступными для всех читателей.

значимостью информации для данного индивидуума, т. е. зависит не от количественной, а от семантической стороны сообщения. Поэтому известие об измене мужа или насмешка по поводу внешности может явиться тяжелой психической травмой для одного, но не для другого. Или, например, у частного предпринимателя может развиваться картина невроза при виде пожара, уничтожающего его имущество и превращающего его в нищего. При этом болезненное состояние будет вызвано не интенсивностью света, не термическим действием тепловых лучей, а тем, что вид пылающего имущества несет информацию о наступающей нищете. Если имущество выгодно застраховано или пламя охватило только имущество конкурента, то вид пожара у данного лица болезни не вызовет. В отличие от этого ожог при близком соприкосновении с пламенем наступает независимо от того, горело ли застрахованное или незастрахованное имущество.

Воспитание человека, его жизненный опыт, взгляды, идеалы, его идеология, обусловленные влиянием социальной среды, определяют значимость, а в связи с этим и патогенность для него той или иной информации, влияют на характер психической переработки, которой эта информация подвергается.

Семантическая теория информации, учитывающая значимость сообщения, до сего времени недостаточно разработана. Однако и сейчас можно было бы различать информацию (J): общую ($J_{об}$), значимую ($J_{зн}$) и нейтральную ($J_{н}$).

В этом случае $J_{зн} = J_{об} - J_{н}$.

Значимой является информация, влияющая на вероятность удовлетворения потребностей (достижения цели). При этом в зависимости от того, увеличивается или уменьшается эта вероятность, информация будет оказывать положительное или отрицательное эмоциональное воздействие. Согласно формуле А. А. Харкевича:

$$J_{зн} = \log_2 P_1 - \log_2 P_0 = \log_2 P_1/P_0$$

где P_0 — вероятность достижения цели до получения информации; P_1 — вероятность достижения цели после получения информации. Значимость при этом измеряется в битах.

Давно подмечено, что сильное психотравмирующее действие могут оказывать неожиданные неприятные сообщения, к которым человек не подготовлен. Поэтому, прежде чем передать человеку такое сообщение, его стараются как-то подготовить; например, не сообщают сразу о внезапной смерти близкого человека, а говорят, что он очень тяжело заболел, что его состояние очень плохое. Степень неожиданности информации может быть определена по формуле Шеннона:

$$J = \sum P_i \log P_i$$

где J — информация; P_i — вероятность одного из исходов.

Для понимания механизма действия неожиданных психических травм много ценного может дать и концепция вероятностного прогнозирования.

Ряд накопившихся экспериментальных данных и повседневных наблюдений свидетельствует о том, что в мозгу как человека, так и высших животных протекают процессы прогнозирования и сличения реально наступившей ситуации с прогнозируемой ситуацией (Н. А. Бернштейн, И. Ф. Фейгенберг). Они позволяют организму лучше подготовиться к будущим событиям и поэтому имеют большое биологическое значение.

В поведении животных и человека, пишет И. М. Фейгенберг (1963), можно найти много примеров, вероятностного прогнозирования. Ласточка, ловящая насекомое, не догоняет его,

повторяя нуть его полета, а летит «наперерез» — не на насекомое (т. е. на раздражитель), а в некоторую точку пространства, где в соответствии с прошлым опытом ласточки она вероятнее всего окажется одновременно с насекомым. Всякое неожиданное изменение ситуации и ведет к тому, что наступает **рассогласование** между имеющей место в данный момент ситуаций, отраженной органами чувств, и той ситуацией, которую ожидал, прогнозировал (предвидел) организм. Чем больше рассогласование (несоответствие) между фактически возникшим сигналом и тем, что прогнозировалось, тем большее количество информации несет этот сигнал, тем более патогенным он может оказаться.

Электроэнцефалографические исследования говорят о том, что в осуществлении процессов вероятностного прогнозирования участвуют ретикулярная формация, лимбическая система, в частности миндалина, гиппокамп, поясная извилина (И. М. Фейгенберг). Работы П. К. Анохина об акцепторе действия, Е. И. Соколова о нервной модели стимула и К. Прибрама о единице ТОТЕ содержат интересные попытки анализа физиологических механизмов поведенческих актов с учетом процессов прогнозирования.

Все эти данные представляют интерес для понимания механизма патогенного действия «неожиданных» шоковых психических травм.

Эмоции могут возникать под влиянием как безусловнорефлекторных, физиогенных, так и условнорефлекторных, психогенных раздражителей. Например, чувство страха может вызываться гипоксемией мозга, т. е. физиогенно, и может быть вызвано устным или письменным сообщением соответствующего содержания (психогенно), т. е. под действием информации (А. М. Свядощ).

По И. М. Фейгенбергу, процессы вероятностного прогнозирования и сличения, протекающие в мозгу, играют существенную роль в возникновении эмоций, вызванных действием информации. Так, реакция испуга возникает при рассогласовании между фактической ситуацией и прогнозируемой; реакция страха — в результате сличения прогнозируемой ситуации с той ситуацией, которая соответствует потребностям организма; разочарование — при рассогласовании между ожидаемым (прогнозируемым) приятным событием и действительностью.

Чувство радости, как нам кажется, появляется тогда, когда возникает рассогласование между прогнозированным индифферентным или неприятным событием и наступившим приятным событием. Поэтому, например, подарок стараются сделать неожиданным (сюрприз), так как неожиданность усиливает чувство удовольствия или радости.

Комплекс соматических изменений при эмоциях по своему происхождению родствен ориентировочной реакции — он возникает в результате работы аппарата сличения. Отклонение хода событий от прогнозируемого организмом ведет к ряду изменений, мобилизующих организм на перемену стратегии поведения, подготовляющих его к действию с возможными большими затратами энергии. При этом происходит увеличение в крови количества адреналина, сахара, учащение пульса, повышение артериального давления, приводящее организм в состояние «боевой готовности».

Особенно значима для человека информация, вызывающая необходимость принять решение, что делать теперь, как действовать дальше, т. е. затрагивающая его будущее. Пока решение не принято, не выбрана твердая линия поведения («стратегия поведения», по И. М. Фейгенбергу), сохраняется эмоциональная напряженность, а вместе с тем и возможное психотравмирующее действие ситуации. С другой стороны, после того, как принято твердое решение, что делать дальше, и прекратились поиски выхода из сложившейся, даже тяжелой, ситуации, наступает разрядка эмоциональной напряженности.

При судебно-психиатрической экспертизе лиц, совершивших особо тяжкие деяния, нам с этим не раз приходилось сталкиваться. Например, нами был освидетельствован плотник М., 34 лет, не обнаруживший признаков психического заболевания и ранее не судимый.

Ночью с целью ограбления он проник в дом, где по его расчетам имелись деньги, и зарубил топором спавшего мужа, его беременную жену, проснувшихся двоих детей (дети знали его в лицо), а также соседа, пришедшего им на помощь. Деньги были ему нужны, так как свои вещи он пропил и после трехдневного запоя не на что было опохмелиться. Ожидая суда в тюрьме, он был внешне спокоен. Артериальное давление не было повышено, пульс — не учащен «Я знаю, что меня ждет,— сказал он нам,— и тут уже ничего не поделаешь».

В состоянии сильного душевного волнения он находился, пока скрывался от задержания и пока не была абсолютно доказана его вина. Когда же ему стало ясно, что теперь он ничего не

может сделать для своего спасения, что искать выход бесполезно, он стал внешне спокойным и смирился со своей участью.

Психической травмой обычно является не то, что обращено только в прошлое, а то, что угрожает будущему, порождает неопределенность ситуации и поэтому требует принятия решения, как быть в дальнейшем. Например, даже если заболевание является реакцией на, казалось бы, только происшедшее событие — потерю близкого человека, уход из семьи одного из супругов или полученное оскорбление, психотравмирующее действие в значительной мере определяется значением этих событий для будущего. Оплакивается порой не столько судьба погибшего, сколько участь самого оставшегося («На кого ты нас покидаешь!», «что я теперь буду делать!»). Не случайно, когда, желая утешить в связи с постигшим несчастьем, обычно рисуют перспективы выхода из сложившейся ситуации и намечают линию поведения в дальнейшем («Вы молодая, интересная женщина, вы устроите свою личную жизнь», или «У вас есть дети, которым вы нужны, вы должны жить для них»).

Незнание, как поступить в данных условиях, является, по В. П. Симонову, основной причиной эмоции. Последние рассматриваются им как компенсаторный механизм, восполняющий дефицит информации, необходимой для достижения цели (удовлетворения потребности). Ярость компенсирует недостаток сведений, необходимых для организации борьбы, страх — для организации защиты, горе возникает в условиях острейшего недостатка сведений о возможности компенсации утраты. Недостаток сведений, вызывающий эмоции, может привести и к неврозам.

Часто патогенными оказываются события, ведущие к возникновению конфликта, не разрешимого для данного человека, т. е. приводящие к сосуществованию противоречивых стремлений. Так, у одной нашей больной невроз возник после того, как она узнала об измене мужа. Она не могла простить ему этого и хотела уйти от него, но в то же время не могла решиться на это, так как хотела сохранить семью ради детей. У другой больной невроз появился в связи с тем, что она заставляла себя оставаться на работе, которая ей не нравилась (всегда шла на работу с неохотой). В основе патогенного действия этих травм лежит столкновение (сшибка) нервных процессов. К нему могут приводить и ситуации, при которых происходит нарастание эмоциональной напряженности под влиянием частых колебаний событий то в одну, то в другую сторону (например, жена то обещает вернуться к мужу, то вновь отказывается от этого решения, и так несколько раз).

Патогенными могут стать и до того индифферентные раздражители, если они приобретут новое информационное значение, совпав по времени с тем или иным временным изменением в организме (страх, рвота и т. п.) и начнут воспроизводить эти изменения по механизму условного рефлекса.

Экспериментально такая возможность была впервые доказана Н. А. Подкопаевым опытами, в которых введение апоморфина под кожу собаки многократно совпадало по времени со звучанием органной трубы. В конце концов звук трубы превратился в условный сигнал рвотной реакции, полученной вначале с помощью апоморфина.

Изучая экспериментальные невроты у животных, И. П. Павлов отмечал, что выраженное нарушение нервной деятельности наступало не сразу, а спустя день и больше. Невроты у человека также могут иногда возникать не сразу, а спустя некоторое время после вызвавшей их психической травмы под влиянием последующей психической переработки психотравмирующих событий, постепенного уяснения значимости происшедшего. При этом возможно, что в

случаях запоздалой реактивности играют роль добавочные раздражители, усиливающие патогенное действие первого, а также усиление его действия - вследствие присоединения влияния следов ранее действовавших раздражителей. Иногда оставившие след переживания могут обнаружиться (растормозиться) через много лет после действия вызвавшего их раздражителя под влиянием новых условнорефлекторных раздражителей, сходных с действием первоначальных, и привести, например, к возобновлению фобии. Переживания могут актуализироваться также при астенизации организма, вызванной теми или иными причинами. Последнее наблюдали мы (1948) у раненых в остром периоде, Е. С. Авербух — у больных гипертонической болезнью, Schneider — у заболевших инфекционными болезнями.

Экспериментальные неврозы легче всего могут быть вызваны у животных с сильным неуравновешенным и слабым типом нервной системы, но могут возникать и при сильном уравновешенном инертном и сильном уравновешенном подвижном типе.

У человека, по мнению И. П. Павлова, можно отметить те же четыре типа нервной системы, что и у животных, но при этом надо учитывать взаимоотношение у него сигнальных систем и коры с подкоркой¹.

Обе сигнальные системы, а также кора и подкорка функционируют, по И. П. Павлову, в неразрывной связи, в постоянном взаимодействии друг с другом. Однако у некоторых лиц одна из сигнальных систем может преобладать над другой. Лиц, у которых первая сигнальная система и подкорка преобладают над второй, И. П. Павлов называл «художниками». Они «захватывают действительность целиком, сплошь, сполна, живую действительность, без всякого дробления, без всякого разъединения».

Неврозы могут возникнуть у людей с любым типом нервной системы. При среднем типе легче развивается неврастения, при художественном — истерия и при мыслительном — психастения.

Лица с сильным типом нервной системы и достаточной подвижностью нервных процессов заболевают неврозами только под влиянием очень сильной или чрезвычайно длительной психической травматизации. При прочих равных условиях неврозы легче возникают у лиц со слабостью, а также неуравновешенностью или низкой подвижностью нервных процессов, резким преобладанием одной из сигнальных систем над другой и преобладанием

¹ Б. М. Теплов справедливо указывал, что неправильно было бы считать одни типы нервной системы «хорошими», другие — «плохими». Типы характеризуют разные способы уравновешивания организма со средой, а не разные степени совершенства нервной системы. Например, слабость нервной системы, являясь следствием ее высокой реактивности и чувствительности, в известных условиях может быть положительным качеством.

Даже некоторые психопатические черты характера, как замечает Leonhard, при нерезкой выраженности могут стать ценными качествами человека. Психастенические черты характера в нормальной выраженности могут проявиться в виде высокого чувства долга, добросовестности. У эмотивных лиц при неблагоприятных условиях может возникнуть депрессия с суицидальными мыслями, но их эмотивность иногда смягчает окружающую обстановку. Истериические личности могут стать рентными невротиками или патологическими лжецами и мошенниками. Однако легкие истериические черты могут улучшить приспособляемость к внешней среде, не говоря уже о том, что могут оплодотворить некоторые художественные дарования, особенно актерское искусство. У них живая эмоциональность и развитое наглядно-образное мышление. Лиц, у которых отстает первая сигнальная система и подкорка и преобладает вторая сигнальная система, И. П. Павлов называл мыслителями. Это люди, которые воспринимают окружающую деятельность сухо, отвлеченно, абстрактно. Лица, у которых ни одна из сигнальных систем не преобладает над другой, могут быть отнесены к среднему типу.

подкорки над корой. Поэтому невроты особенно легко возникают, если имеется стойкое нарушение в соотношении основных свойств высшей нервной деятельности, взаимодействии сигнальных систем, коры и подкорки. Это наблюдается при психопатиях, психопатизации, а иногда при патологическом развитии личности.

Под психопатиями мы будем понимать аномалии личности характеризующиеся дисгармонией, главным образом со стороны эмоционально-волевой сферы при относительной сохранности интеллекта, протекающие не прогрессивно. Включать в эту группу мы будем лишь состояния, в возникновении которых главная роль принадлежит либо врожденным (наследственно обусловленным) особенностям нервной системы, либо нарушениям ее функции, развившимся под влиянием невыясненных внешних факторов, действовавших внутриутробно или в раннем детском возрасте. Психопатические личности — люди с аномалией, уродством характера, страдающие от его особенностей сами или заставляющие страдать других. Естественно, что в формировании их характера играют роль и воздействия внешней среды.

О психопатизации личности мы будем говорить в тех случаях, когда состояния, клинически сходные с психопатиями, возникают у здорового до того человека под влиянием травм мозга, инфекций (энцефалитов) и тому подобных вредных факторов. Если основное заболевание не протекает прогрессивно, явления психопатизации имеют тенденцию с годами сглаживаться. Психопатизацию, возникшую главным образом под влиянием неправильного воспитания или формирования личности¹, мы будем относить к патологическому развитию личности или патохарактерологическому развитию. При ней часто обнаруживаются зафиксированные формы реакции на тот или иной раздражитель.

Таким образом, одно и то же явление, например, слабость тормозного процесса, может быть врожденным у психопатической личности, вызванным инфекцией (в случае психопатизации личности после перенесенного энцефалита), и быть следствием недостаточной тренировки тормозного процесса из-за неправильного воспитания (при патологическом развитии личности). Хотя границы между этими состояниями не всегда легко провести и возможны их сочетания, принципиальная разница между ними очевидна.

Различные неблагоприятные воздействия (недосыпание, инфекции, интоксикации, психическая травматизация² и т. п.) у психопатизированных личностей могут привести к заострению ранее имевшихся характерологических особенностей, т. е. вызвать у них состояния декомпенсации. Так, могут усиливаться тревожно-мнительные черты характера или увеличиться возбудимость.

Наступившее заострение характерологических особенностей относится к проявлениям психопатии или психопатоподобного состояния, а не к невротам. К проявлениям психопатии относятся также реакции, непосредственно вытекающие из ненормальных характерологических особенностей. О невротизме, в частности и у психопатических личностей, мы говорим в тех случаях, когда

¹ Некоторые авторы называют это «педагогической запущенностью» — «социопатией»

² Психическая травматизация в этих случаях действует как общесоматическая вредность, ведя к общему диффузному нарушению нервной деятельности, например ослаблению тормозного процесса.

психическая травма обуславливает появление качественно новых, вызванных ею болезненных симптомов, например, фобий, истерических параличей, глухонемой, т. е. признаков новой болезни, неукладывающейся в рамки психопатии, или психопатоподобного состояния. Характерологические особенности заболевшего имеют значение для возникновения невроза. Например, такие черты характера как ревность, мнительность, боязливость, повышенная озабоченность своим здоровьем, повышенное чувство справедливости, гордость, тщеславие, могут сделать человека особенно чувствительным к тем травмам, которые задевают эти его особенности, и способствовать их патологической переработке, оставляя его резистентным к другим воздействиям. Как отмечает В. Н. Мясищев, повышенная впечатлительность и сензитивность особенно предрасполагают к неврозам. Нередко психопатическая личность вследствие своих особенностей создает конфликтную ситуацию (этому могут способствовать дисфории), которая и свою очередь ведет к неврозу.

Благоприятствовать возникновению неврозов могут и длительно сохраняющиеся аффективно окрашенные группы представлений, отражающие какое-либо глубокое, обычно травмирующее психику переживание (Bleuler предлагал называть их комплексами). Они образуют «больной пункт», очаг патологического инертного возбуждения и могут сделать человека особенно чувствительным к тем психотравмирующим воздействиям, которые к этому пункту адресуются. Таким «больным пунктом» могут явиться представления о своем действительном или мнимом физическом недостатке, вреде здоровью, якобы причиненном онанизмом, и т. п.

Состояние нервной системы ко времени действия психической травмы играет большую роль в возникновении заболевания. Появлению неврозов способствует все то, что астенизирует нервную систему. В связи с этим предрасполагают к возникновению заболевания могут травмы мозга, инфекции, интоксикации, различные заболевания внутренних органов и желез внутренней секреции, мозговые заболевания, а также длительное недосыпание, переутомление, нарушение питания и длительное эмоциональное напряжение. Все это может привести к тому, что раздражители, не являвшиеся до того сверхсильными и не вызывавшие заболевания, могут стать таковыми, воздействуя на ослабленные клетки мозга.

Имеет значение и то, что когда человек себя физически хорошо чувствует, он более уверен в своих силах, радужнее смотрит на будущее. Он легче принимает решения, как быть в связи с возникшей жизненной трудностью. При астенизации, вызванной истощением или тому подобными причинами, эти же трудности могут казаться непреодолимыми, стать психотравмирующими. В связи с астенизацией могут подвергнуться переоценке и бывшие в прошлом неприятные события, которые, таким образом, приобретают психотравмирующее значение.

Данным о роли психической травматизации и астенизации организма в этиологии неврозов, казалось бы, противоречат наблюдения над заболеваемостью гражданского населения в военное время. В годы войны резко возрастает психическая травматизация и ухудшаются условия жизни значительной части населения. Поэтому, казалось, должна была бы резко увеличиться заболеваемость неврозами. Однако во многих странах обнаружилось парадоксальное явление: заболеваемость неврозами, требующими госпитализации или приводящими к утрате трудоспособности, в годы войны не только не увеличилась, но, наоборот, уменьшилась. Это подметил еще Esquirol

более 100 лет назад, Dietz в североамериканскую войну 1861—1865 гг., Lunier во время франко-прусской войны 1870 г., Шефранов, Герман, Gottstein, Bonhoeffer, Stiefler в первую мировую войну.

Это же наблюдалось во время второй мировой войны, в частности в городах, подвергавшихся воздушным налетам: Ленинграде (Т. Я. Хвиливицкий и И. Ф. Хвиливицкая), Москве (О. В. Кербиков), городах Норвегии (Saethre) и Англии (Hemphill, Vernon, Lewis, Gillespie и др.)¹. По О. В. Кербикову, по сравнению с довоенным 1940 г. на 10 000 жителей Москвы в 1942 г. число поступлений больных с реактивными состояниями (включая неврозы) в стационары уменьшилось на 3%. В 1940 г. первичная обращаемость в нервно-психиатрические диспансеры Москвы по поводу неврозов и реактивных состояний на 10 000 населения составляла 16,4, в 1942 г.— 13, в 1943 г.— 16,1, в 1944 г.— 18,3, в 1945 г.— 17,4 и в 1946 г.— 11,7². Таким образом, несмотря на огромный рост психической травматизации в Москве в первые, самые трудные годы войны (1942 и 1943), обращаемость в московские диспансеры по поводу неврозов не только не увеличилась, но даже несколько уменьшилась, а в 1944 г., когда близость победоносного окончания войны стала очевидной, немного повысилась, оставаясь все же близкой к обращаемости в довоенный период.

При оценке приведенных выше данных следует учесть, они отражают не снижение заболеваемости, а только уменьшение обращаемости больных неврозами. Обращаемость может не в полной мере отражать заболеваемость. Несомненно, что в годы войны часть больных неврозами с не резко выраженными нарушениями, особенно, когда причина заболевания была очевидна (например, гибель близкого человека, боязнь воздушных налетов), не обращалась к врачам. Несомненно, однако, и то, что эмоциональное напряжение, оказывая стимулирующее влияние на нейроэндокринную систему, тем самым может благоприятствовать предупреждению заболеваемости неврозами. В пользу этого говорит и то, что больные неврозами сравнительно хорошо переносили трудности военного времени и что под влиянием напряжения того периода их психическое состояние нередко улучшалось (В. Н. Мясичев, 1945; А. М. Свядощ, 1952; Pherson, Brown и др.). Так, по данным Pherson, в Англии в первые годы второй мировой войны среди лиц, страдавших неврозами до войны, в военных условиях 25% выздоровели, у 25% наступило обострение и у 50% не было заметных изменений.

Наследственные факторы не играют ведущей роли в возникновении неврозов. Они могут иметь лишь косвенное значение, поскольку в той или иной мере определяют основные типологические особенности нервной системы заболевшего. Иначе говоря, например, врожденная слабость нервной системы или недостаточная подвижность нервных процессов могут способствовать возникновению невроза. Отсюда понятно, что иногда (крайне редко) в семьях встречаются сходные картины неврозов, которые нельзя объяснить только общностью психотравмирующего воздействия, индуцированием или подражанием. Это в первую очередь относится к фобиям, С. Н. Давиденков описал больного, страдавшего боязнью покраснеть, вспотеть и тиком. Сестра матери

¹ Исключение составляют лишь данные Cotton и Ebough (1946), нуждающиеся в подтверждении. Согласно этим данным, гражданское население Японии во время второй мировой войны реагировало на начавшиеся бомбардировки метрополитана резким увеличением истерических и невротических реакций, обнаружившим со временем тенденцию к нарастанию.

² Журнал невропатологии и психиатрии, 1957 № 11, стр. 1343.

этого больного страдала навязчивой боязнью пота, одна из ее дочерей — боязнью покраснеть, а сестра самого больного — боязнью разрыва сердца. Подобные случаи в начале XX столетия описывали Kraft-Ebing, Bleuler и др.

Tienpää в Финляндии, исследовав 125 пар однояйцевых близнецов, обнаружил, что неврозами болел один или оба близнеца из 21 пары. При этом болел неврозом один из близнецов в 9 и оба близнеца — в 12 случаях. Если болели неврозом оба близнеца, то в 96% случаев отмечались фобии или навязчивости. Имеются указания, что в семьях больных психастенией чаще, чем среди населения, встречается шизофрения и маниакально-депрессивный психоз. По Kammerer, заболевание неврозом обоих однояйцевых близнецов наблюдается очень редко; несколько чаще, чем у остальных людей, у них бывает лишь психастения (по терминологии автора, невроз навязчивых состояний), для возникновения которой имеют большое значение преморбидные характерологические особенности личности. С этим нельзя не согласиться. Случаи истерии чаще встречаются в семьях больных истерией, чем среди населения вообще. По Kraulis, свыше 6% родственников больных истерией лежало в больницах по поводу истерии; у 15% детей таких больных отмечались истерические припадки. При оценке этих данных следует учитывать возможность подражания формам реагирования на те или иные (Неблагоприятные воздействия среды, а также возможные неблагоприятные условия формирования личности в семье больного истерией. Однако наследственные факторы, влияя на типологические особенности нервной системы, могут играть тем самым роль и в создании предрасположения к истерическим реакциям.

По Brown, невроз страха чаще наблюдается в семьях больных неврозом страха, истерия — в семьях больных истерией, психастения (обсессивный невроз по терминологии автора) — в семьях больных психастенией, чем в семьях здоровых лиц. Случаи психических заболеваний в семьях больных неврозами, по Ey и Henric, встречаются в 4, а по нашим данным — в 2 раза чаще, чем среди населения вообще.

Неврозы возникают у женщин несколько чаще, чем у мужчин, возможно, в связи с тем, что семейные и бытовые невзгоды для женщин обычно более значимы, чем для мужчин. Неврозы встречаются как у маленьких детей, так и у взрослых в любом возрасте, чаще всего от 15 до 25 лет и в инволюционном периоде.

Неврозы являются одним из распространенных заболеваний. Иногда вспышки этого заболевания могут носить массовый характер (психическая эпидемия). С неврозами приходится встречаться не только психиатрам и невропатологам, но и врачам всех других специальностей. Больные неврозами составляют $\frac{1}{3}$ всех больных в Лондоне (Taylor). По наблюдениям Hopkins, занимающегося общей практикой в Лондоне, больные неврозами, включая лиц с так называемыми психосоматическими расстройствами, составляют 42,8% всех больных. Сходные цифры (47,6%) приводит и другой английский врач Pougher. По данным Bonda, свыше 3% населения США страдает тяжелыми неврозами. По Posamanick, около 9% жителей Балтимора (США) болеет неврозами, психопатиями или психосоматическими расстройствами.

Согласно официальным статистическим данным, приведенным майором Appel, из числа призванных на военную службу с января 1942 г. по июнь 1945 г. в США было забраковано по поводу нервно-психических заболеваний 1 700 000 человек (12% всех освидетельствованных); из них у 31% наблюдались неврозы

и у 21% — психопатии. За это же время в армии США было 1 000 000 поступлений в госпитали по поводу нервно-психических заболеваний. Из них неврозы составляли 64%, психозы — 7%, психопатии, олигофрения, неврологические и прочие заболевания — 29%. С 1 января 1942 г. по 30 июня 1945 г. 41% всех демобилизованных из армии США по медицинским показаниям страдал нервно-психическими заболеваниями, из них 70% — неврозами. Больные неврозами составляли 85% больных госпиталей отборных экспедиционных сил армии США во время первой мировой войны (Rhein и Hall) и 61 — 68 % — в нервно-психиатрических госпиталях англо-американских войск во время второй мировой войны (Appel, Ballard и Miller, Torrie и др.).

По официальным статистическим данным, приведенным В. Л. Горовым-Шалтаном (1949), среди всех болезней нервной системы, наблюдавшихся у военнослужащих Советской Армии во время Великой Отечественной войны, число неврозов равнялось 26,6%; по нашим данным (1948, 1952) — 10% от общего числа больных, поступивших в полевой нервно-психиатрический госпиталь.

Б. Дмитриев, суммируя сведения из многих стран мира, указывает, что на 1000 населения максимальные показатели в 1956—1965 гг. для психозов — 10,9 — 14,3, для неврозов — 52,6—60,0, т. е. больных неврозами в 4—5 раз больше, чем больных психозами.

Итак, неврозы — одно из наиболее частых нервно-психических заболеваний. Основной причиной является действие психотравмирующих раздражителей, определяющееся той информацией, которую они несут. Для возникновения болезни огромное значение имеют не только врожденные типологические свойства нервной системы и состояние ее к моменту действия психической травмы (например, астенизация над влиянием экзогенных вредностей), но и взгляды, установки личности, возникшие в процессе ее формирования, определяющие ее отношение к тем или иным событиям внешней среды; способность к критической оценке воспринимаемого, позволяющая определить «стратегию поведения» даже в сложной ситуации; умение преодолевать жизненные трудности, находить выход из затруднительного положения.

Глава вторая

ОБЩИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ НЕВРОЗОВ

По И. П. Павлову, общим патогенетическим механизмом, лежащим в основе

неврозов, является перенапряжение процесса возбуждения, торможения или их подвижности. Перенапряжение процесса возбуждения может наступить под действием сверхсильных, шоковых психических травм, торможения — если последнее подвергается очень длительному или очень сильному напряжению. Перенапряжение подвижности нервных процессов является одной из наиболее частых причин развития некрозов. Алкоголизм отца, вызывающий у ребенка борьбу противоречивых чувств — любви и ненависти к отцу, жизнь с нелюбимым человеком при подавлении чувства любви к другому, необходимость пребывания в опасной для жизни ситуации вопреки желанию и другие конфликты между долгом и желанием, влечением и ситуацией, препятствующей его удовлетворению, также, как указывалось, могут вести к сшибке нервных процессом и неврозу.

У человека перенапряжение нервных процессов ведет к нарушению силы возбудительного и тормозного процессов или их подвижности и развитию гипнотических фазовых состояний различной экстенсивности и интенсивности. При этом нарушения могут либо диффузно захватывать кору, либо быть преимущественно выражены в том или ином «большом пункте», той или иной функциональной системе, которая испытала на себе психотравмирующее воздействие или была ослабленной к моменту действия патогенного раздражителя. Эти механизмы лежат в основе патогенеза ряда симптомов, наблюдаемых при неврозах. На них, а также на механизмах внушения и «условной приятности болезненного симптома» мы остановимся при описании клиники отдельных форм.

Работы нейрофизиологов дают основания полагать, что эмоции связаны преимущественно с деятельностью лимбической системы — так называемого висцерального мозга. К нему относятся гипоталамус, передние ядра таламуса, перегородка, свод мозга, маммиллярные тела, миндалевидное ядро и образования древней коры (венечная борозда, гиппокамп, грушевая доля). «Висцеральный мозг» имеет важные функциональные связи с новой корой, в частности лобными, височными и теменными долями, взаимодействие с которой имеет значение в генезе как эмоций, так и неврозов.

Хотя раздражение многочисленных точек, расположенных в различных отделах мозга, вызывает пассивно-оборонительные реакции у животных, накапливается все больше данных о существенной роли переднего отдела гиппокампа и латерального ядра миндалин в генезе чувства страха. Выяснение роли отдельных образований мозга в генезе состояний страха и тревоги у больных неврозами является задачей будущего. Возможно, что некоторые формы фобий и невроза страха связаны с нарушением регуляторной деятельности лимбической системы.

Много ценного для физиологии эмоций дало изучение глубоких структур мозга человека методом вживленных электродов (Н. П. Бехтерева, Heath, G. Jacobsen, Walter и др.). Проведенные по этому методу исследования М. Смирнова (1966, 1967) в лаборатории, руководимой Н. П. Бехтеревой, показали, что различная информация, вызывающая эмоциональные реакции личности, приводит к характерным изменениям динамики постоянного потенциала в некоторых глубоких структурах мозга (таламус, субталамус, покрышка, гиппокамп, миндалина и др.). При этом наибольшие изменения возникают тогда, когда информация затрагивает личность, ее нравственные основы, самооценку. Значительные сдвиги постоянного потенциала наблюдались и при вызывании эмоционально окрашенных воспоминаний, если содержание их не утратило актуальности и значимости к моменту исследования.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что деятельность глубоких структур мозга меняется по-разному в зависимости от содержания воспринятой информации.