

Министерство здравоохранения СССР  
Управление по внедрению новых лекарственных средств  
и медицинской техники

---

**ГЛОССАРИЙ**  
**ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ И СИНДРОМЫ**  
**ДЛЯ УНИФИЦИРОВАННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ**  
**ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ**  
**НЕВРОЗАМИ**

Методическое письмо

Составили Б.Д. Карвасарский и Ю.Я. Тупицын  
на основе работ сотрудников клиники неврозов и  
психотерапии Ленинградского научно-исследовательского  
психоневрологического института им. В.М. Бехтерева

Москва, 1974 год

## Введение

В течение последних десятилетий наблюдается отчетливая тенденция к изменению клинической картины неврозов, характеризующаяся значительным уменьшением частоты так называемых классических их проявлений, в особенности при истерии. При этом возрастает число неврозов со сложными вегетативно-висцеральными нарушениями.

Несмотря на то, что литература за последние годы существенно пополнилась исследованиями по отдельным аспектам учения о неврозах, вопросы унификации их клинических проявлений продолжают вызывать значительные трудности. До настоящего времени не существует общепринятых описаний основных невротических форм и синдромов, что приводит к различной оценке их клинического содержания, затрудняет проведение дифференциальной диагностики и осуществление широких и сопоставимых эпидемиологических исследований.

Актуальность работы по унификации клинической оценки состояния больных неврозами определяется и тем, что в практике здравоохранения лечебная помощь страдающим неврозами часто оказывается не только психиатрами, но и невропатологами, психотерапевтами, терапевтами и врачами других специальностей, не имеющими достаточной подготовки по психопатологии и нередко односторонне акцентирующую внимание на отдельных методах лечения (гипнотерапия, аутотренинг и др.) без достаточного учета клинических проявлений болезни.

Трудности и расхождения в диагностике неврозов и пограничных состояний отчетливо выявились на специальных диагностических совещаниях, проведенных по программе Всемирной организации здравоохранения в 1971–1972 гг. как в нашей стране, так и за рубежом (Базель, Токио, Ленинград, Москва).

На состоявшемся в 1971 г. в Ленинграде диагностическом совещании по неврозам были подтверждены позиции советских психиатров о необходимости отграничения не-

вров как заболеваний, возникновение, течение, компенсация и декомпенсация которых определяются преимущественно психогенными факторами.

В международной классификации болезней 8-го пересмотра, принятой в нашей стране с 1970 г., для неврозов отведен раздел 300, который содержит следующие шифры: 300.0 – невроз страха, 300.1 – истерический невроз, 300.2 – фобии невротические, 300.3 – обсессивно-компульсивный невроз, 300.4 – депрессивный невроз, 300.5 – неврастения, 300.6 – деперсонализационный синдром, 300.7 – ипохондрический невроз, 300.8 – другие неврозы, 300.9 – неуточненные неврозы.

Приведенная классификация вызывает ряд критических замечаний, и прежде всего в связи со смешением в ней форм и синдромов неврозов. Кроме того, в настоящее время отсутствуют достаточно убедительные как теоретические, так и клинико-практические обоснования для выделения в качестве самостоятельных таких форм неврозов, представленных в Международной номенклатуре, как невроз страха и ипохондрический невроз. Если в интересах сближения позиций отечественных и зарубежных авторов и представляется возможным говорить о неврозе страха как самостоятельной форме, то нельзя вместе с тем не отметить, что к ней можно было бы относить лишь те редко встречающиеся клинические картины, которые полностью исчерпываются тревогой и страхом, без достаточно четкой фабулы. В то же время на основании клинического опыта видно, что у больных неврозами подобные состояния наблюдаются крайне редко, чаще всего как весьма кратковременный эпизод в инициальной стадии невроза. Недоучет этого обстоятельства привел бы к неоправданно широкому использованию шифра 300.0 и к неизбежным диагностическим ошибкам. Нередко к неврозу страха неправильно относят дебюты эндогенных психозов, органических заболеваний нервной системы с преимущественной дисэнцефальной локализацией и некоторые сосудистые заболевания головного мозга.

Клинически мало оправдано отнесение фобий невротических (шифр 300.2) и обсессивно-компульсивного невроза (шифр 300.3) к отдельным формам неврозов. По существу, в клинике они выступают как синдромы невроза навязчивых состояний. Следует отметить, что фобический синдром встречается значительно чаще, чем обсессивно-компульсивный. Как правило, обсессивно-компульсивный синдром сопровождается фобическими образованиями, выраженными в большей или меньшей степени, изолированные формы обсессивно-компульсивного синдрома являются проявлениями психопатий психастенического круга, некоторых эндогенных психозов и органических заболеваний головного мозга.

Совершенно не оправдано выделение деперсонализационного синдрома в ряду других форм неврозов. За исключением отдельных крайне редких случаев деперсонализаций чисто невротической природы, этот синдром выступает как проявление сомато-психической деперсонализации при некоторых органических поражениях центральной нервной системы, маниакально-депрессивном психозе и шизофрении.

Трудно согласиться и с выделением ипохондрического невроза (шифр 300.7). Правильнее говорить об ипохондрическом синдроме, который встречается при всех основных формах неврозов. В тех случаях, когда ипохондрия составляет основную клиническую картину и отличается терапевтической резистентностью, обычно при тщательном психопатологическом анализе устанавливается сенесто-ипохондрический синдром или ипохондрическое развитие в рамках психопатий, патологических развитий личности и органических заболеваний мозга.

Шифры, указанные в данном глоссарии, не основаны на Международной классификации болезней 8-го пересмотра, а приняты для использования внутри страны с учетом необходимости отражения в диагнозе не только формы, но и ведущего синдрома невроза. Для обозначения формы невроза в глоссарии имеются следующие

шифры: истерический невроз – 400.1, невроз навязчивых состояний – 400.2, неврастения – 400.3. Синдромы неврозов шифруются в порядке приведения их в глоссарии от фобического синдрома – 401.0 до головных болей – 416.0. Таким образом, астенический синдром 405.0 в рамках истерического невроза будет обозначаться шифром 405.1, а при неврастении – 405.3.

Отдавая отчет в трудностях и некоторой условности, неизбежной при любой клинической классификации, авторы при составлении настоящего глоссария в спорных случаях основывались на критерии клинического опыта.

Глоссарий состоит из трех разделов, в которых последовательно рассматриваются основные формы неврозов, классические, преимущественно психопатологические, невротические синдромы, психогенные соматические расстройства и другие специфические нарушения психогенной этиологии при неврозах.

Намеренно более подробно в глоссарии изложены психогенные висцеральные нарушения, расстройства сна и головные боли, то есть те нарушения, которые недостаточно описаны, являются наиболее частыми в современной клинике неврозов и представляют значительные трудности в дифференциальной диагностике их со сходными клиническими картинами при соматической патологии. Дифференцированный клинический анализ этих нарушений определяет и более четкий план их эффективного лечения.

Можно было бы в большей мере дополнить статический принцип классификации характеристикой динамики течения. Существенный интерес представило бы также более тщательное рассмотрение особенностей преморбидной личности и в целом той почвы, на которой возникает невроз. Однако эти важные характеристики могут быть учтены в классификации лишь при дальнейшем изучении динамики неврозов, степени облигатности преморбидных личностных особенностей и соотношения психогенного и физиогенного в патогенезе невроза.

### Истерический невроз . . . . . 400.1

Существующие в литературе описания истерии обычно отражают классические представления о клинике этой формы невроза. Однако изменения клинических проявлений истерии в последние десятилетия создают определенные трудности в диагностике заболевания. Убедительный дифференциальный диагноз истерии должен основываться на трех основных критериях: клиническая картина, особенности личности и своеобразие патогенной конфликтной ситуации.

Чрезвычайно сложная и пестрая симптоматика истерии схематично может быть сведена к нескольким группам болезненных проявлений, к которым следует относить психические расстройства, моторные, сенсорные и вегетативно-висцеральные нарушения.

В то время такие психические нарушения при истерии, как психогенные амнезии различной степени выраженности, истерические галлюцинации и сумеречные состояния, в клинике неврозов за последнее время стали встречаться значительно реже, гораздо большее практическое значение приобрели эмоционально-аффективные расстройства, фобии, астения и ипохондрические проявления.

Истерические эмоционально-аффективные расстройства чаще всего выступают в виде колебаний настроения, снижения его, страхов. Общими особенностями указанных нарушений, как правило, являются небольшая глубина, демонстративность, наигранность переживаний и совершенно определенная ситуативная их обусловленность. Своеобразие фобий и астении при истерии отмечены в разделе основных невротических синдромов.

К двигательным нарушениям при истерии относятся судорожные припадки, параличи и парезы, в том числе и такая своеобразная их форма, как астазия-абазия, гиперкинезы, контрактуры, блефароспазм, афония и мутизм.

Из сенсорных нарушений и расстройств чувствительности наиболее характерными для рассматриваемой формы

невроза являются истерическая слепота, глухота, потеря обоняния, вкуса и нарушения чувствительности в виде гипестезий, анестезий, гиперестезий и парестезий.

Несмотря на то, что двигательные, сенсорные и чувствительные симптомы высокоспецифичны, а некоторые из них даже патогномоничны, дифференциально-диагностическая ценность их снижается в связи с относительным уменьшением их частоты в клинике современной истерии. Многие авторы не без основания указывают, что при истерии выразительно-демонстративные клинические проявления в виде судорожных припадков, параличей, нарушений, симулирующих патологию органов чувств, уступают место вегетативно-висцеральным расстройствам, которые в значительной степени обусловлены склонностью больных к задержке внешних проявлений резких эмоциональных реакций, с преобладанием формы реагирования в виде интимного страдания.

К числу вегетативно-соматических клинических проявлений истерии следует отнести нарушения сердечной деятельности, дыхания, желудочно-кишечного тракта, вегетативные и сексуальные расстройства. Указанная группа нарушений вызывает наибольшие затруднения при отграничении истерии от других форм неврозов и специально описывается в следующих разделах глоссария.

При установлении диагноза истерии, кроме рассмотрения клиники, существенное значение приобретает учет личностных особенностей больных. Больные истерическим неврозом отличаются повышенной чувствительностью и впечатлительностью, внушаемостью и самовнушаемостью, неустойчивостью настроения. Будучи эгоистичными и эгоцентричными, они склонны привлекать к себе внимание окружающих, что является проявлением одной из основных тенденций истерической личности – требования признания.

Отмеченные особенности условно могут быть представлены как первичные, вторичные и третичные личностные образования. К первым относятся эгоцентризм и аффективность, следствием которых являются частые пережива-

ния и неудачи, приводящие в свою очередь к претенциозности, с одной стороны, и неуверенности в себе – с другой. Третичными личностными образованиями, возникающими на основе первых двух, являются склонность к ухищрениям и различным уловкам для достижения цели, а также лживость, симуляция, театральность, позерство, демонстративность.

Крайне важно подчеркнуть, что, наряду с больными истерией, личность которых практически исчерпывается отмеченными чертами, в современной клинике неврозов встречаются больные с этой формой невроза, структура личности которых характеризуется не только совокупностью указанных ядерных и облигатных особенностей, но и включает в себя также другие черты. Чаще это отдельные черты психастенического типа, такие как неуверенность в себе, нерешительность, тревожная мнительность. В других случаях это проявления некоторой шизоидности, которая выступает в виде высокой сензитивности, сочетающейся с эмоциональной холодностью, трудностью контактов и др.

В отличие от истероидной психопатии описанные личностные особенности у больных истерическим неврозом характеризуются меньшей выраженностью, не приводят к снижению социально-этического уровня больных и всегда являются следствием влияния прижизненных факторов, выступающих в виде определенных вариантов неправильного воспитания. С одной стороны, это обстановка изнеживающего воспитания, беспринципной уступчивости больному, когда ему «все позволено», неоправданное подчеркивание существующих и несуществующих достоинств, положительных качеств, что приводит к неадекватному завышению уровня притязаний. В дальнейшем такие лица лишаются способности тормозить свои желания, противоречащие общественным требованиям и нормам. Особенности характера, присущие истерии, могут формироваться, с другой стороны, в иных условиях, в обстановке грубо-деспотического, подавляющего воспитания. При этом типе воспитания начинают преобладать недоверчивость, озлобленность, тенденция противопоставить себя окружающим.

Отмеченные личностные особенности больных истерией обуславливают весьма характерный для этой формы невроза тип патогенного конфликта, который следует иметь в виду в качестве третьего критерия при диагностике истерической формы невроза. Этот конфликт определяется чрезмерно завышенными претензиями личности, всегда сочетающимися с недооценкой или полным игнорированием объективных реальных условий. Его отличает превышение требовательности к окружающим над требовательностью к себе и отсутствие критического отношения к своему поведению.

## **Невроз навязчивых состояний . . . . . 400.2**

Из всего многообразия фобий в клиническую картину невроза навязчивых состояний чаще включаются следующие виды навязчивых страхов (фобий):

кардиофобия – навязчивый страх за состояние своего сердца, канцерофобия – навязчивый страх заболевания раком, танатофобия – навязчивый страх смерти, лиссофобия – навязчивый страх сумасшествия, оксифобия – навязчивая боязнь острых предметов, агорафобия – навязчивая боязнь открытых пространств (площадей, широких улиц), клаустрофобия – навязчивая боязнь закрытых помещений, гипсофобия – навязчивый страх высоты, мизофобия – навязчивый страх загрязнения, эрейтофобия – навязчивый страх покраснения.

Если некоторые из фобий при неврозе навязчивых состояний встречаются преимущественно в изолированном виде (такие как мизофобия, эрейтофобия), то другие выступают в различных сочетаниях, причем первично возникшая фобия приводит к развитию в динамике невротического состояния вторичных, третичных и т.д. навязчивых страхов. Так, например, кардиофобия обуславливает появление клаустрофобии, агорафобии, или к первично возникшей лиссофобии присоединяется навязчивый страх острых предметов.

Относительно более редким, но весьма типичным клиническим проявлением невроза навязчивых состояний являются обсессии.

К ним относятся навязчивые мысли, воспоминания, сомнения, движения и действия, которые, помимо навязчивого компонента, характеризуются сознанием их болезненности и критическим к ним отношением.

Одной из весьма распространенных разновидностей навязчивых действий являются ритуалы. Ритуалы – это навязчивые движения и действия, которые всегда сопровождаются навязчивыми сомнениями, опасениями и страхами. Они проводятся больными вопреки разуму для предупреждения мнимого несчастья и имеют защитный, охранительный характер. Обсессии могут встречаться в различных сочетаниях у одного и того же больного. Следует отметить, что в широкой клинической практике нередко отмечается сочетание фобий с обсессиями, то есть речь идет о различных вариантах обсессивно-фобического или фобически-обсессивного синдрома.

Клиническая картина невроза навязчивых состояний не исчерпывается лишь обсессивно-фобическими проявлениями. В ней всегда представлены и общевротические (или как их часто называют неврастенические) симптомы, к числу которых относятся повышенная раздражительность, утомляемость, трудность концентрации внимания, нарушение сна и другие. Эти симптомы могут достигать значительной степени интенсивности и выступать при неврозе навязчивых состояний как сопутствующий астенический синдром.

Так же как и при истерическом неврозе, убедительная дифференциальная диагностика невроза навязчивых состояний требует, помимо учета клинической картины этого заболевания, привлечения и двух других критериев – особенностей личности и специфики психогении.

Невроз навязчивых состояний как отдельная форма развивается не только при наличии психастенических черт характера, таких как неуверенность в себе, нерешительность, мнительность, боязливость, но и у лиц без таковых;

в этих случаях при внимательном изучении больных выявляются своеобразные особенности их личности в виде сочетания повышенной впечатлительности и чрезмерной чувствительности при склонности к задержке внешних проявлений своих эмоций, что приводит к постоянной фиксации больных на значимых для них сложных жизненных обстоятельствах. Этому также способствует в значительной степени склонность больных к самовнушению.

Приведенные выше особенности личности больных неврозом навязчивых состояний являются обычно результатом неправильного воспитания в обстановке чрезмерной опеки, оберегания, запугивания, подавления самостоятельности и лишения собственной инициативы. Особое значение имеет предъявление противоречивых требований. Чаще подобное воспитание способствует формированию чувства собственной неполноценности, противоречивых жизненных установок и приводит к отрыву их от жизни, формированию нереальных, далеких от действительности моральных принципов. Противоречивые внутренние тенденции, выражающиеся в борьбе между желанием и долгом, между моральными принципами и личными привязанностями, представляют собой типичную основу для возникновения невроза навязчивых состояний. В этих случаях личность колеблется в борьбе двух противоположных тенденций: если одна из них становится доминирующей, продолжая встречать противодействие другой, создаются благоприятные возможности для возникновения невроза навязчивых состояний.

### **Неврастения. . . . . 400.3**

Для клинической картины неврастении весьма характерны общевротические или нервно-психические нарушения, бессонница и головная боль, а также различные вегетативно-висцеральные симптомы.

Из общевротических расстройств при неврастении обычно наблюдаются повышенная утомляемость, некоторое ухудшение основных психических функций, прежде

всего памяти и внимания, повышенная раздражительность и неустойчивое настроение. Эмоционально-аффективные нарушения могут приобретать депрессивную окраску и по мере развития заболевания иногда достигают степени синдрома невротической депрессии.

К нередким проявлениям клинической картины неврастении следует относить симптомы ипохондрического характера, которые при этой форме невроза выступают в виде астено-ипохондрического и депрессивно-ипохондрического синдромов.

Все варианты нарушений сна, описанные в третьем разделе глоссария, встречаются при данной форме невроза. Однако наиболее часто при неврастении отмечается бессонница в виде пресомнических расстройств и легких форм диссомнии.

Из описанных ниже вариантов головной боли для неврастении характерна боль мышечного типа.

Практически облигатными симптомами неврастении следует считать вегетативные расстройства, проявляющиеся в виде зябкости конечностей, общего и дистального гипергидроза, лабильности пульса с наклоном к тахикардии. Частыми симптомами являются равномерное повышение сухожильных рефлексов, дрожание век и пальцев вытянутых рук, боли в мышцах, гиперестезия отдельных участков кожных покровов. В ряде случаев отмечаются более выраженные вегетативные нарушения в виде вегетативных кризов.

Существенное значение среди клинических проявлений неврастении имеют сексуальные расстройства, у мужчин это преждевременная эякуляция и ослабление эрекции, а также некоторое снижение полового влечения. У женщин – снижение полового влечения, неполное ощущение оргазма, иногда аноргазмия.

Для рассматриваемой формы невроза характерны многообразные расстройства висцеральных функций, описанные в соответствующем разделе как психогенные расстройства сердечной деятельности, дыхания и желудочно-кишечного тракта.

Следует отметить, что если не обязательным, то наиболее типичным для неврастении является астенический синдром, что дало основание ряду авторов определять неврастению как астенический невроз. Основные формы астенического синдрома – гиперстеническая, гипостеническая и раздражительной слабости – нередко рассматривались как соответствующие формы неврастении.

Особенностью личности, способствующей во многом развитию неврастении, является стремление к чрезмерным, превышающим реальные возможности усилиям в основных видах деятельности. Эти особенности чаще всего формируются в условиях, когда постоянно стимулируется нездоровое стремление к успеху без реального учета сил и возможностей индивида.

Конфликтная патогенная ситуация, наиболее типичная для неврастении, представляет собой противоречие между возможностями личности, с одной стороны, её стремлениями и завышенными требованиями к себе – с другой. В определенной степени способствуют возникновению данного типа конфликта высокие требования, предъявляемые условиями возрастающего темпа и напряжения современной жизни.

Утомление и переутомление, которым многие авторы придают значение самостоятельного этиологического фактора при неврастении, правильнее рассматривать как следствие отмеченных выше особенностей личности и патогенной конфликтной ситуации, характерных для данной формы невроза.

---

---

## Основные невротические синдромы

---

---

### **Фобический синдром . . . . . 401.0**

Невротические фобии представляют собой навязчивые переживания страха с четкой фабулой, обостряющегося в определенных ситуациях, при наличии достаточной критики. Другая особенность невротических фобий – яркий,

образный, чувственный их характер. Обычно эти состояния переживаются больными чрезвычайно мучительно из-за двойственного отношения к ним – продолжающегося переживания страха при понимании его необоснованности. Существенным признаком невротических фобий является выраженный компонент борьбы с ними.

Невротические фобии нередко сопровождаются защитными действиями – ритуалами, содержание и смысл которых, как правило, психологически понятны.

В клинике неврозов приходится встречаться с необычным разнообразием фобий, большинство из которых сводится к страху смерти и страху сумасшествия. Лопес Ибор пытается даже свести к ним все виды фобий.

Приведенные особенности фобий наиболее полно и рельефно выступают при неврозе навязчивых состояний. При этой форме фабула фобии устойчива, наблюдается некоторое снижение общего фона настроения. Хотя больные активно ищут помощи, они в то же время могут подробно рассказывать врачу о своих переживаниях лишь при хорошем психотерапевтическом контакте.

Фобии при истерии встречаются сравнительно редко, чаще наблюдаются разного рода фиксированные страхи, развившиеся под воздействием острых неприятных впечатлений. Навязчивые страхи при истерии отличаются нестойкостью, зависимостью от малейших изменений окружающей ситуации, изменчивостью, демонстративностью с подчеркиванием тяжести и необычности своего страдания, постоянным стремлением обвинить близких и окружающих при каждом ухудшении.

Так же как и при истерии, фобии в рамках неврастения встречаются нечасто. На фоне ведущего неврастенического симптомокомплекса навязчивые страхи выступают только как дополнительный сопутствующий симптом. Не отличаясь стойкостью и такой яркостью и выразительностью, как при неврозе навязчивых состояний, они часто приближаются к ипохондрическим проявлениям.

Значительные затруднения нередко возникают в дифференциальной диагностике фобий при неврозах и шизофрении, в особенности при вялотекущей шизофрении.

Необходимо подчеркнуть характерную динамику фобий при шизофрении: через несколько лет после их появления фобии становятся инертными, в определенной мере систематизированными вследствие раннего присоединения однообразных моторных и идеаторных ритуалов, при этом происходит быстрое побледнение аффективной окраски фобии, утрачивается компонент борьбы с навязчивыми страхами вне зависимости от их тяжести. В дальнейшем стремление к выполнению ритуалов начинает доминировать, приобретая сверхценный характер.

### **Обсессивный синдром . . . . . 402.0**

Некоторые авторы описывают при неврозах обсессивный синдром. В рамках этого синдрома различают навязчивые мысли, представления, действия, желания.

Обычно навязчивые представления имеют характер ярких воспоминаний, к числу которых относятся отдельные слова, фразы, мелодии, а также зрительные представления. При навязчивых воспоминаниях больной постоянно вспоминает какие-либо события или увиденные им предметы. Навязчивые мысли чаще выступают в виде навязчивых сомнений, опасений, «хульных» мыслей и пр. Навязчивые сомнения отличаются мучительной неуверенностью в правильности и завершенности различных действий с постоянным стремлением проверять их выполнение. Необходимо отметить, что все обсессии при неврозах сопровождаются тягостным аффективным состоянием, определяющимся бессилием перед ними. Нередко больные не отдают себе отчета в том, от чего им тяжелее: от навязчивых мыслей или от переживания своей беспомощности в их преодолении.

Обсессии в изолированном виде при неврозах почти не встречаются. Как правило, они входят в сложную структуру фобического синдрома и имеют при этом охранительно-ритуальный характер. Так, например, больной испытывает навязчивое желание повторять определенные слова или считать какие-либо предметы, чтобы не заболеть раком



или другой опасной болезнью. В большинстве случаев обсессии в изолированном виде встречаются при психопатии (психастенической или ананкастной), а также органических поражениях головного мозга и процессуальных заболеваниях. В последних случаях они отличаются известной стереотипией, бледностью эмоциональных компонентов, отсутствием борьбы с ними и нередко приобретают черты насильственности.

### **Синдром невротической депрессии . . . . .403.3**

Синдром невротической депрессии всегда возникает психогенно и в своих симптомах отражает психотравмирующую ситуацию. Основным компонентом его является сниженный фон настроения, не доходящий до степени тоски. Сниженное настроение может сочетаться с астенией, легкой тревогой, ухудшением аппетита и бессонницей. Пессимистическое отношение больного носит не генерализованный характер, а ограничено лишь зоной конфликтной ситуации. Больной понимает связь своего состояния с переживаемыми психотравмирующими моментами, имеется выраженный компонент борьбы с болезнью.

Описанные проявления невротической депрессии встречаются при различных формах неврозов и часто сочетаются с другими невротическими симптомами. В отличие от эндогенной депрессии отсутствуют закономерные суточные колебания настроения, хотя иногда, к вечеру под влиянием утомления настроение ухудшается. Нет психической и моторной заторможенности, идей самообвинения, суицидальных тенденций и других симптомов эндогенной депрессии.

Симптомы невротической депрессии не столь стойки, сопутствующие соматические нарушения, такие как снижение аппетита и нарушение сна, слабее, более динамичны и легче поддаются лечению.

В клинике неврозов депрессивный аффект, являясь основным в картине болезни, выступает в виде тревожно-депрессивного, астено-депрессивного, фобически-де-

прессивного и ипохондрически-депрессивного синдромов. Дифференциальная диагностика синдрома невротической депрессии со сходными клиническими картинами при психозах вызывает большие трудности, многие авторы склонны рассматривать её как стертые, «матовые», соматизированные атипичные формы маниакально-депрессивного психоза.

### **Ипохондрический синдром. . . . .404.0**

Этим шифром определяются состояния, отличающиеся чрезмерной заботой и беспокойством больного о своем здоровье в целом или об отдельных органах и системах своего тела. Одной из наиболее типичных особенностей этого синдрома является резко выраженная диссоциация между массой разнообразных жалоб и незначительностью либо полным отсутствием констатируемых соматическими методами исследования причин для их возникновения. Учитывая собирательный характер понятия ипохондрии, представляется важным дифференцированное рассмотрение структуры клинических особенностей этого синдрома.

В структуре ипохондрического синдрома при неврозах, как и при других нозологических формах, можно выделить несколько обязательных компонентов: неприятные, или болезненные ощущения, эмоционально-аффективные нарушения и своеобразные расстройства мышления.

При так называемых чистых неврозах источником неприятных, привлекающих внимание больного ощущений являются, как правило, физиологические изменения соматических функций, обусловленные такими нормальными актами, как еда, сон, физическая нагрузка, а также эмоциональным напряжением. Нередко источником этих патологических ощущений выступают стертые незначительно выраженные соматические изменения, сопутствующие неврозу. Они приобретают особую актуальность лишь включаясь в сложную структуру ипохондрического синдрома. Указанные физиологические изменения в сочетании с тревожной мнительностью, воспитанной чрезмерной забо-

той о своем здоровье, тенденцией к постоянному контролю за деятельностью внутренних органов создают основу для формирования невротической ипохондрии. Больные предъявляют упорные полиморфные жалобы на необычные, неприятные, а иногда болезненные ощущения в различных частях тела.

Этому всегда сопутствует некоторое снижение настроения, разной степени выраженности состояния тревоги и страха. Наконец, в структуру ипохондрического синдрома обычно включаются фиксированные, доминирующие, навязчивые и в редких случаях сверхценные идеи.

Если обычно наблюдающиеся при ипохондрическом синдроме эмоционально-аффективные нарушения на определенном этапе развития болезненного состояния выступают на первый план, то следует говорить о тревожно-ипохондрическом, депрессивно-ипохондрическом (имея в виду невротическую депрессию) и фобически-ипохондрическом синдромах. Другими распространенными вариантами сочетаний ипохондрического синдрома являются астено-ипохондрический и обсессивно-ипохондрический.

При неврозах, развившихся на фоне остаточных явлений органических заболеваний головного мозга или при сочетаниях неврозов с органической церебральной патологией преимущественно диэнцефальной локализации, ипохондрический синдром выступает как сенесто-ипохондрический. В то время как у больных неврозами одним из основных компонентов ипохондрического синдрома являются ощущения, обусловленные постоянным прислушиванием к деятельности «пораженного органа» или физиологическими изменениями в деятельности различных органов и систем, то в рассматриваемом синдроме таким компонентом являются сенестопатии. При этом сенестопатии выступают как в виде парестезии, так и других полиморфных ощущений (термических, патологических ощущений натяжения и спазмов и других, подробно описанных Яррейсом<sup>1</sup>). В сенесто-ипохондрическом синдроме сенестопатии всегда сочетаются с выраженными аффек-

тивными нарушениями, чаще принимающими характер тревоги и пароксизмов страха, а также с тяжелыми фобиями. Патологические идеи в рамках сенесто-ипохондрического синдрома, будучи образными и чувственно конкретными, выступают в виде сверхценных идей и обсессий ипохондрического содержания.

## **Астенический синдром . . . . . 405.0**

Астенический синдром при неврозах характеризуется прежде всего следующей триадой болезненных нарушений: собственно астенией, вегетативными проявлениями, в том числе головной болью, расстройствами сна.

Собственно астенические проявления включают в себя повышенную утомляемость, снижение трудоспособности, некоторое ухудшение основных психических функций – прежде всего памяти (затруднения запоминания и воспроизведения материала), внимания, проявляющегося в снижении его устойчивости, концентрации и переключаемости. Указанные нарушения сопровождаются, как правило, повышенной возбудимостью, раздражительностью, эмоциональной неустойчивостью и лабильностью настроения, которое неадекватно повышается при незначительной удаче и резко ухудшается при малейшей неудаче. Эмоциональная реакция неадекватна силе раздражителя. Кроме того, для больных весьма типичны нетерпеливость и плохая переносимость ожидания.

Одним из постоянных проявлений астенического синдрома является повышенная чувствительность больных как к сенсорным раздражителям (громким звукам, шуму, яркому свету и пр.), так и к проприоцептивным и interoцептивным. Это разнообразные неопределенные и неприятные ощущения со стороны кожных покровов, слизистых оболочек, мышц и внутренних органов. Последнее обстоятельство делает понятным частое у больных неврозами сочетание астенического и ипохондрического синдромов. Вегетативные расстройства выражаются в лабильности пульса и артериального кровяного давления, стойких

<sup>1</sup> Эглитис И.Р. Сенестопатии. – Рига. – 1977. С. 18.

спонтанных дермографических реакциях, общем и дистальном гипергидрозе и др. Отмечаются головные боли сосудистого и мышечного типа.

Последним компонентом так называемой астенической триады являются нарушения сна. Для астенического синдрома характерно нарушение засыпания и наиболее легкие проявления диссомнии, подробно описанные в соответствующем разделе глоссария. Выделяют три формы астенического синдрома: гиперстеническую, форму раздражительной слабости и гипостеническую, которые рассматриваются либо как последовательные стадии в рамках динамики астенического синдрома, либо в качестве самостоятельных его форм.

Признаками гиперстенической формы являются повышение раздражительности, несдержанность, нетерпеливость. Имеющаяся повышенная активность беспорядочна, отсутствует ее целенаправленность, больные легко переходят от одного вида деятельности к другому. Однако ввиду отсутствия достаточных сил каждый из этих видов деятельности остается незавершенным.

Противоположная форма астении – гипостеническая – отличается прежде всего более выраженным компонентом собственно астении как психической, так и физической. У больных снижается работоспособность и интересы к окружающему. Они постоянно чувствуют себя усталыми, вялыми, иногда сонливыми.

Форма раздражительной слабости занимает промежуточное положение. При ней наблюдается повышенная возбудимость и в то же время слабость, истощаемость, а также легкие переходы от гиперстении к гипостении, от чрезмерной активности к апатии.

В описанном виде астенический синдром наиболее часто встречается при неврастении. У больных с истерическим неврозом своеобразие астении заключается в диссоциации между предъявляемой и истинной ее выраженностью, в ситуационной обусловленности, зависимости ее от установок больного, элективном характере астении. Нередко больные истерией, ярко и демонстративно предъявляющие

тяжелую астению и почти полную невозможность заниматься любым видом работы, в избирательных ситуациях при положительной установке способны к многочасовому и напряженному труду.

## **Синдром нервной анорексии . . . . . 406.0**

Анорексия невроза или психическая анорексия клинически выражается в том, что у больных полностью исчезает аппетит, иногда возникает отвращение к пище, они отказываются от еды, что приводит к значительному похуданию, а в особо выраженных случаях к кахексии. Это нарушение развивается без какой-либо патологии висцеральных органов, нередко сопровождается снижением основного обмена, сухостью кожных покровов, брадикардией, артериальной гипотонией и аменореей. Данный вид анорексии типичен для пубертатного возраста и наблюдается преимущественно у лиц женского пола.

Описанную первичную или истинную анорексию следует отличать от анорексии вторичной или ложной, которая встречается значительно чаще, чем первая, и характеризуется сознательным отказом от еды, при этом аппетит полностью сохранен. Больные стремятся к похуданию, из-за чего ограничивают себя в еде, иногда в мучительной борьбе с чувством голода. Если в одних случаях стремление к похуданию, в особенности в начале заболевания, маскируется, то в других (при выраженной истерии), напротив, приобретает демонстративный характер. Придавая особое значение оценке окружающими своей внешности, больные предпринимают различные меры, чтобы выглядеть худыми. С этой целью подбирают специальные фасоны одежды, носят широкие пояса, стягивающие талию и т.д. Стремление к похуданию и ограничению себя в пище является часто проявлением установки максимально соответствовать «современным стандартам красоты и моды» или стремлением избавиться от крайне незначительной или фактически отсутствующей полноты. Идеи о необходимости похудения или представления о «косметической

неполноценности» могут иметь характер доминирующих, навязчивых и даже сверхценных идей. В последнем случае необходимо проводить тщательную дифференциальную диагностику с дисморфофобическим синдромом при психопатиях и в инициальных стадиях шизофрении. Следует указать, что дифференциальный диагноз с шизофренией иногда вызывает большие затруднения и нередко убедительно решается лишь с учетом данных динамического наблюдения.

---

### **Психогенные соматические расстройства и другие специфические нарушения психогенной этиологии при неврозах**

---

#### **Синдром вегетативных нарушений. . . . . 407.0**

Вегетативные нарушения в клинике неврозов проявляются в виде вегетативной дистонии и кризов.

При вегетативной дистонии нарушения носят симпатический, парасимпатический либо смешанный характер. При симпатикотонии отмечаются следующие симптомы: учащение пульса, повышение артериального давления, бледность и сухость кожных покровов, уменьшение саливации, сухость во рту, усиление пиломоторного рефлекса («гусиная кожа»), тенденция к повышению температуры тела, зябкость конечностей и др. Кроме того, для симпатикотонии типичен ряд дополнительных показателей – усиление ортостатической пробы, отрицательный рефлекс Даньини–Ашнера<sup>2</sup>, белый дермографизм и пр. Для вегетативной дистонии с преобладанием тонуса парасимпатического отдела, которая встречается при неврозах значительно реже симпатикотонии, напротив, характерно замедление пульса, понижение артериального давления,

<sup>2</sup> Рефлекс Даньини–Ашнера (син. глазосердечный рефлекс) – уменьшение пульса на 4–8 сердечных сокращений в минуту при надавливании на глазные яблоки. Рефлекс обусловлен связями тройничного и блуждающего нервов парасимпатической нервной системы.

повышение саливации, усиление перистальтики кишечника, покраснение кожи, выраженный длительный красный дермографизм. Следует подчеркнуть, что состояния «тотальной» симпатикотонии и парасимпатикотонии при неврозах практически не встречаются. Как правило, речь идет о смешанных расстройствах, где преобладают нарушения симпатического или парасимпатического отделов вегетативной нервной системы, чаще первого.

В ряде случаев у больных неврозами на фоне описанных проявлений дистонии наблюдаются вегетативные кризы. Обычно нетрудно установить взаимосвязь между развитием криза и эмоциональным напряжением. Последним в значительной мере определяется и частота кризов у этих больных, которая может быть самой различной. Длительность вегетативных кризов также весьма различна – от нескольких минут до нескольких часов, но чаще в пределах одного часа. Вегетативные кризы могут быть симпатoadреналовыми, ваго-инсулярными и смешанными.

Симпато-адреналовые кризы выражаются в учащении пульса, болях и неприятных ощущениях в области сердца, повышении артериального давления, бледности кожных покровов, онемении и похолодании конечностей, нередко ознобе.

При ваго-инсулярных кризах больные испытывают «замирания» в области сердца, ощущения «перебоев», чувство давления в области грудной клетки, ощущения недостатка воздуха, иногда удушье, неприятные ощущения в эпигастриальной области, усиление перистальтики; при этом отмечается гиперемия кожных покровов, ощущение жара, потливость, полиурия.

В случаях смешанных кризов либо с самого начала в структуре вегетативного пароксизма сочетаются проявления нарушений симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы, либо в динамике криза отмечаются две фазы: криз, начавшийся как симпатический, в дальнейшем переходит в парасимпатическую фазу.

Как правило, в структуру вегетативного криза включаются состояния тревоги и страха. К этим нарушениям при повторении кризов часто присоединяются вторичные аффективные расстройства в виде различных фобий (танатофобии, кардиофобии, инсультофобии, лиссофобии и др.), подавленного настроения, в отдельных случаях сопровождающегося плачем и даже рыданиями. Содержание и степень сложности фабулы указанных аффективных расстройств определяются каждый раз особенностями личности больных, а также ятрогенными воздействиями и другими условиями, в которых происходит невротическая декомпенсация.

Дифференциальная диагностика между вегетативным кризом при неврозах и приступом диэнцефальной эпилепсии основывается на том, что для последней характерны стереотипное построение диэнцефального припадка, определенная периодичность его, с более значительной выраженностью как симпато-адреналовых, так и ваго-инсулярных компонентов и постприпадочной декомпенсации в виде общей слабости, разбитости, которые могут продолжаться от нескольких часов до нескольких дней. Что же касается таких признаков диэнцефальной эпилепсии, как утрата сознания и судорожные проявления, то при указанной патологии они нередко отсутствуют.

## **Нарушения сердечной деятельности . . . . . 408.0**

Расстройства сердечной деятельности являются наиболее распространенной формой системных психогенных висцеральных нарушений. Актуальность дифференцированного анализа клинических проявлений определяется их тяжестью, трудностью отграничения от соматической патологии сердца и нередкой терапевтической резистентностью. Клиническая картина психогенных нарушений сердечной деятельности при всем ее многообразии представлена в виде двух основных синдромов: кардиалгического и синдрома нарушения сердечного ритма. Причем собственно нейрокардиальные нарушения всегда сочета-

ются с кардиофобией, либо с фиксированными, доминирующими или сверхценными идеями возможной смерти от «остановки» сердца.

**Кардиалгический синдром.** Жалобы на разнообразные болевые ощущения в области сердца, которые в отличие от ангинозных болей не имеют резкого характера, обычно они тупые, ноющие или колющие, локализуются в области верхушки сердца, а не за грудиной, как при стенокардии. В некоторых случаях болевые ощущения носят разлитой характер и возникают затруднения в их локализации. Боли чаще не проводятся в другие области, хотя иногда и иррадиируют в левое плечо, редко в область левой лопатки. Боль обычно продолжительна, длится часами, может иметь постоянный характер. При дифференциальной диагностике с ангинозными болями следует иметь в виду, что при невротической кардиалгии, как правило, боль является следствием не физической нагрузки, а возникает в связи с эмоциональным напряжением.

Спазмолитики, в том числе и нитроглицерин, обычно не снимают боли. Лучший эффект оказывают седативные средства и различные суггестивные психотерапевтические приемы.

Своеобразной разновидностью описываемого синдрома, выделяемого отдельными авторами в самостоятельный (А.Я. Страумит), является кардиосенестопатический синдром. Больные при этом или просто ощущают свое сердце как инородное тело, или испытывают ощущение замирания, сжатия, жжения, онемения, переливания, уколы и др. Локализуются эти ощущения неопределенно, либо в области левого соска.

Наиболее частым психопатологическим компонентом кардиалгического синдрома являются фобии, что дает основание некоторым авторам рассматривать психогенные нарушения сердечной деятельности как кардиофобический синдром. Уже на первых этапах состояние больного характеризуется возникновением настороженности в отношении сердца в связи с появлением необычных для здорового состояния сердечных ощущений. Подобные пред-

ставления в силу психологической оценки сердца как органа, важнейшего для сохранения жизни, оказываются искаженными в сторону преувеличения опасности заболевания и ведут к возникновению впоследствии собственно страха смерти. Под влиянием этих представлений определенным образом меняется поведение больных. Они начинают контролировать работу своего сердца, постоянно проверяя пульс, в отдельных случаях пользуются для этого даже фонендоскопом. По мере развития болезненного состояния первичный страх смерти приводит к появлению вторичных страхов, которые также могут приобретать характер фобий. Одна группа этих вторичных страхов в своей основе имеет стремление больных уклониться от таких действий, которые, по их мнению, могут ухудшить работу сердца. Это чаще всего страх физических нагрузок, перегревания или переохлаждения, употребления алкоголя, курения и т.п. Другая группа обусловлена тенденцией больных избегать ситуаций, в которых невозможно или затруднительно оказание экстренной медицинской помощи. Больные избегают находиться в одиночестве в квартире или прекращают посещения кино, театров и других общественных мест, а в тех случаях, когда они и посещают таковые, то занимают место в крайних рядах поблизости от выхода. Многие больные систематически пользуются валидолом, нитроглицерином и стараются постоянно иметь их при себе.

Навязчивые страхи носят яркий образный характер. Фабулированию страха во многом способствуют ятрогении, многократные обследования с установлением нередко противоречивых диагнозов, случайные наблюдения смерти от инфаркта миокарда. Своеобразием синдрома является то, что лишь в части случаев фобия проявляется в классическом виде с полной критикой и пониманием необоснованности своих страхов. Нередко на высоте аффекта критика утрачивается.

Кроме фобий, в структуру кардиалгического синдрома включаются фиксированные, доминирующие и сверхценные идеи смерти от сердечного заболевания, хотя, есте-

ственно, последние при неврозах встречаются значительно реже, чем кардиофобия. Некоторые особенности кардиофобии в зависимости от формы невроза соответствуют приведенным при описании фобического синдрома.

**Синдром нарушения сердечного ритма.** Психогенные расстройства сердечного ритма проявляются чаще всего сердцебиениями. Примерно в половине случаев этому соответствует и объективно устанавливаемая тахикардия. Ощущения сердцебиения могут не сопровождаться учащением пульса или изменением сердечного ритма, то есть имеют чисто субъективный характер. При этом больные испытывают отчетливые ощущения ударов сердца о грудную клетку. Сердцебиения обычно связаны не с физической нагрузкой, а с эмоциональным напряжением. Очень часто в состоянии физического покоя, в условиях, облегчающих возможность сосредоточения на своих ощущениях, сердцебиения становятся особенно мучительными. Они могут быть как приступообразными, так и постоянными.

Другим симптомом психогенных нарушений сердечного ритма является экстрасистолическая аритмия. В таких случаях больные испытывают ощущения «замирания» и перебоев в работе сердца. Замедления сердечной деятельности встречаются редко, поэтому нарушения сердечного ритма психогенного происхождения иногда определяются как тахикардальный синдром.

Симптомы аффективных расстройств, входящие в описанную картину нарушений сердечного ритма, во многом напоминают таковые при кардиалгическом синдроме.

## **Дыхательные нарушения . . . . . 409.0**

Среди системных висцеральных нарушений при неврозах расстройства функции дыхания встречаются относительно нечасто, однако, своеобразие их клинических проявлений и тяжесть субъективных переживаний объясняют необходимость их дифференциального диагноза с соматической патологией. Среди различных форм функциональной патологии дыхания при неврозах следует вы-

делит нарушения ритма дыхания и ларингоспазм. Уже на ранних стадиях возникновения дыхательных расстройств вторично возникают мысли об опасности страдания, принимающие характер фиксированных или доминирующих идей с последующим развитием фобического синдрома – страха смерти от удушья.

Синдром нарушения ритма дыхания. Наиболее типичным для психогенных дыхательных расстройств является утрата ощущения полноценности вдоха, для преодоления чего делаются более глубокие вдохи, форсируются дыхательные движения и тем самым вызывается искусственная гипервентиляция. В результате возникает комплекс сопутствующих гипервентиляции ощущений в виде легкого головокружения, подташнивания и того, что наиболее типично для этих больных и обычно пугает их – отсутствие потребности во вдохе, появляющееся вследствие избыточного насыщения крови кислородом и снижения возбудимости дыхательного центра. Возникновение и развитие такой дизритмии сопровождается задержками в дыхании, длительными паузами между дыхательными движениями и периодическими глубокими вдохами, не приносящими больным облегчения. В связи с утратой произвольности дыхания больные начинают постоянно контролировать его, чувствуют неправильность его ритма, не могут отвлечься от неприятных ощущений, сопровождающих акт дыхания. Они стремятся глубоко дышать, стараются искусственно исправить нарушенный ритм дыхания, для чего как бы «помогают» ему, совершая дополнительные движения головой, шеей, руками и пр.

Нарушения ритма дыхания часто сочетаются с психопатологическими расстройствами, наиболее существенными из которых являются крепнущее со временем убеждение в серьезности заболевания, мысли о неполноценности дыхания, о кислородном голодании, чувство тревоги и страха смерти от удушья, а иногда и выраженное угнетение настроения.

Своеобразным вариантом нарушения ритма дыхания, характерным для истерического невроза, являются при-

ступы частого, поверхностного, «собачьего» дыхания (по Э.М. Гельштейну), появляющегося в момент нервно-психического напряжения и иногда имитирующего приступ бронхиальной астмы. Однако в отличие от последнего при этом не бывает сухих дискантовых хрипов, острого вздутия легких и типичной для бронхиальной астмы мокроты.

Ларингоспазм. Другим клиническим синдромом нервного расстройства дыхания является ларингоспазм. Внезапно появляется спастическое сокращение мышц гортани, препятствующее свободному прохождению воздуха по дыхательным путям. Для ларингоспазма характерно острое начало, чаще всего связанное с каким-либо психотравмирующим переживанием. Поводом к развитию ларингоспазма обычно является попадание пищи в дыхательные пути при торопливой еде, внезапном испуге, при неприятном разговоре, ссоре и т.п. Попадание инородного тела в дыхательные пути вызывает спазм мышц гортани с кратковременной остановкой дыхания и последующим резким кашлем, что воспринимается как приступ удушья и сопровождается аффектом страха. В дальнейшем каждый раз при еде повторяются описанные явления. Причем вначале ларингоспазм возникает только при проглатывании твердой пищи, затем полужидкой и жидкой. В ряде случаев ларингоспазм может возникнуть даже при попытке проглотить слюну. При этом нередко больные ограничивают себя в еде, вырабатывают чрезвычайно сложный ритуал (определенный режим питания, прием успокаивающих средств перед едой). Как и при нарушении ритма дыхания, уже на ранних стадиях болезни в сложную структуру синдрома ларингоспазма включаются навязчивые страхи.

## **Желудочно-кишечные расстройства. . . . . 410.0**

Наряду с психогенными нарушениями функции сердца, расстройства желудочно-кишечной системы являются одними из наиболее частых при неврозах. Из всего

многообразия функционально-динамической патологии пищеварительной системы здесь приводятся лишь те расстройства, которые обусловлены преимущественно психогенными механизмами и включаются в клинические картины невротических состояний.

**Синдром нарушения функций пищевода.** Типичное психогенное нарушение функций пищевода – спазм пищевода, возникающий внезапно под влиянием острой психической травмы. Во время еды наблюдается задержка в прохождении пищевой массы, сопровождающаяся неприятными ощущениями в за грудиной области. В дальнейшем пищевой ком некоторое время остается без движения, а затем либо с усилием проталкивается в желудок, либо выводится посредством так называемой пищеводной рвоты. Возникнув однажды во время еды, это вновь повторяется каждый раз при приеме пищи. Весьма характерно, что больные со спазмом пищевода легче глотают твердую пищу, чем жидкую, что является важным дифференциально-диагностическим критерием для ограничения от органической патологии пищевода. Ощущение сжатия, присутствия инородного тела в пищеводе со временем возникает не только при еде, но и вне приема пищи – в периоде, непосредственно ему предшествующем, при мысленном представлении еды, наблюдении за едой других людей и прочее.

Двигательные нарушения функции пищевода сопровождаются своеобразными чувствительными расстройствами, которые характеризуются полиморфной картиной ощущений легкого давления, жжения, иногда боли, локализующихся за грудиной, а иногда в межлопаточном пространстве. Эти ощущения обостряются при употреблении острых, пряных, чрезмерно горячих блюд.

Двигательные и чувствительные расстройства функции пищевода сопровождаются эмоционально-аффективными нарушениями, к числу которых относятся состояния тревоги, страха перед едой, реже – навязчивые страхи (канцерофобии и различные варианты танатофобий). У лиц с чертами тревожной мнительности отмечаются фиксиро-

ванные или доминирующие идеи ипохондрического содержания.

Описанный синдром нарушения функции пищевода чаще всего наблюдается при неврозе навязчивых состояний и истерии. В последнем случае расстройства функций пищевода сочетаются с присущими этой форме невроза демонстративностью, манерностью, эгоцентризмом. Особенностью самого синдрома является различная степень выраженности симптомов («мерцание» симптомов), обусловленная ситуационными моментами и установками больного.

**Нарушение функций желудка.** Невротические желудочные расстройства в виде анорексии, аэрофагии, рвоты и гастралгии определяются нарушениями двигательной, чувствительной и секреторной функций.

**Анорексия.** Анорексия той или иной степени выраженности относится к распространенным симптомам при различных формах неврозов. Снижение аппетита не сопровождается отвращением к пище. Более того, у больных (чаще всего страдающих неврастенией) нет существенного снижения аппетита, иногда они даже с удовольствием приступают к еде, однако вскоре после начала её аппетит исчезает, появляется ощущение частичного или полного насыщения.

**Аэрофагия.** Характеризуется тем, что больные, испытывая нерезко выраженные дискомфортные ощущения со стороны желудочно-кишечного тракта, заглатывают воздух с последующим отхождением его из желудка, проявляющимся в виде шумной отрыжки, в той или иной степени облегчающей первичные дискомфортные ощущения. В дальнейшем при учащении заглатывания воздуха и увеличении его количества в желудке возникает чувство стеснения в груди и боли в эпигастральной области, также значительно уменьшающиеся при отрыжке. При значительной выраженности аэрофагии вследствие давления газового пузыря в желудке на диафрагму и высокого стояния последней могут появляться неприятные и болевые ощущения в области сердца. Хотя аэрофагия встречается



при различных формах неврозов, особенно яркие картины ее, сопровождающиеся эмоционально-аффективными расстройствами, наблюдаются при истерии.

**Рвота.** Один из распространенных вариантов невротической рвоты – так называемая произвольная рвота. Клинически произвольная рвота проявляется в форме срыгиваний. Вегетативные компоненты, такие как саливация, бледность кожных покровов, тахикардия, рвотные судороги и др., для нее не характерны. Срыгиванию обычно не предшествует тошнота, наступает оно непосредственно после еды, вид и количество пищи не имеют существенного значения. При срыгивании выводится лишь незначительное количество пищи. В основе происхождения данного вида рвоты лежат явные или скрытые тенденции больных ограничивать себя в пище посредством срыгивания. Мотивы этих тенденций колеблются в широких пределах: от преувеличенных опасений или неправильных представлений (боязнь нарушить диету, страх перед возможными неприятными последствиями еды, ограничение себя в пище с целью предупреждения полноты и др.) до фиксированных и доминирующих идей. Указанная разновидность невротической рвоты при истерической форме невроза очень часто сочетается с нервной анорексией.

Другим видом невротической рвоты является рвота, возникающая по механизму индукции, и преимущественно эмоционального генеза. В периоде, предшествующем рвоте, чувство тошноты отсутствует, рвота возникает тотчас или вскоре после приема пищи, характер и количество пищи также особого значения не имеют. В отличие от срыгивания выводится большое количество пищевой массы, но не вся принятая пища. Рвотный акт сопровождается вегетативными реакциями: рвотными судорогами, бледностью кожных покровов, общей слабостью, тахикардией, изменением кровяного давления и др.

Даже частые невротические рвоты не ведут к значительному истощению, за исключением случаев тяжелой истерии, когда может наблюдаться выраженное похудание, достигающее до степени кахексии.

**Гастралгия.** Другим вариантом невротических желудочно-кишечных нарушений является гастралгия. Для нее характерны различные ощущения в эпигастральной области в виде тяжести, распираания, переполнения желудка и боли. Типичным является возникновение указанных ощущений не в связи с приемом пищи, а под влиянием эмоционального напряжения. Полиморфность и неопределенность этих ощущений со стороны желудка, нередкая трудность их терапевтической оценки, ятрогенности в ряде случаев обуславливают развитие патологических идей ипохондрического содержания, от фиксированных идей до выраженных навязчивых страхов (чаще всего канцерофобия).

**Невротические расстройства функции кишечника.** Клиническая картина психогенных расстройств кишечника чрезвычайно разнообразна, что объясняется различной степенью нарушений секреторной, моторной и чувствительной функции.

Хорошо известны и не требуют специального описания психогенные диареи, возникающие при остром эмоциональном напряжении. Следует выделить так называемое перистальтическое беспокойство кишечника («кишечные кризы»). В этих случаях однократное возникновение в условиях эмоционального стресса выраженной перистальтики кишечника, проявляющейся громким урчанием, метеоризмом, иногда позывами на отхождение газов или дефекацию, в дальнейшем фиксируется по механизму условного рефлекса, и у больных развивается состояние тревожного ожидания повторения указанных расстройств в самых неподходящих ситуациях. Это по существу невинное нарушение нередко является источником тяжелых переживаний для больного, затрудняющим его общение с незнакомыми людьми, посещение общественных мест и пр. Продолжающиеся кишечные кризы во многих случаях приводят к развитию навязчивого страха. В симптомокомплексе кишечных кризов включаются и чувствительные расстройства, проявляющиеся во внезапно возникающих болях или ощущениях жжения в кишечнике, воспринимаемых больными

ми как спазмы. В тех случаях, когда кишечные кризы сопровождаются нарушениями мышления, выходящими за пределы фиксированных и навязчивых идей и приближающимися по своей структуре к сверхценным паранойяльным образованиям, следует рассматривать этот синдром как дисморфофобию в рамках психопатий и психозов.

### **Сексуальные нарушения. . . . . 411.0**

Психогенные нарушения половой функции нередко встречаются при различных формах неврозов. Даже в тех случаях, когда они не являются доминирующими среди других клинических проявлений, дисгармония сексуальной жизни, возникающая вследствие этих расстройств, сама по себе выступает как психотравмирующее переживание, что в значительной степени утяжеляет клиническую картину невроза.

К числу основных психогенных сексуальных расстройств у мужчин следует отнести нарушения эрекции, эякуляции и снижение полового влечения.

Указанные нарушения половой функции у мужчин имеют характерные особенности при различных формах неврозов. Так, у больных истерией чаще наблюдается некоторое ослабление полового влечения с одновременным сознательным стремлением к его усилению самыми различными средствами. При этом яркие фантазии эротического содержания и представления оказывают на больного большее возбуждающее действие, чем реальная сексуальная ситуация, и иногда вполне достаточные эрекции при переживании воображаемых сексуальных сцен контрастируют с отсутствием возбуждения и слабостью эрекции в ситуации реального полового общения. Необходимо отметить, что при активном половом поведении женщины недостаточность эрекции, как правило, исчезает. Стремление оказаться «самым лучшим», «совершенным», «сильным» половым партнером приводит к тяжкому переживанию в случаях неудачного полового акта. Оценка половой способности женщиной представляет для больного осо-

бую важность, а сравнение с другими мужчинами не в его пользу всегда мучительно переживается.

Сексуальные расстройства у мужчин при неврастении характеризуются в ряде случаев высокой сексуальной возбудимостью с быстро возникающей эрекцией, которая сочетается с преждевременной эякуляцией. При большей выраженности астенических компонентов в клинической картине неврастении половое влечение снижается, отмечается и ослабление эрекции, и преждевременная эякуляция. Крайней степенью выраженности преждевременной эякуляции является эякуляция *ante portam*<sup>3</sup>.

Для больных неврозом навязчивых состояний более типично снижение полового влечения и интереса к половой жизни вследствие доминирования переживаний, связанных с навязчивыми страхами. Поскольку больные, страдающие неврозом навязчивых состояний, отличаются неуверенностью в себе, тревожной мнительностью, у них часто возникают сомнения в достаточности своей половой потенции, отношение к предстоящему половому акту, как к своего рода экзамену. Нередко больные с неврозом навязчивости по этой же причине оценивают фактически нормальную половую потенцию как недостаточную. При тяжелых формах невроза навязчивых состояний может наблюдаться снижение эрекции, а некоторые общие дискомфортные ощущения после оргазма (в виде ощущения разбитости, вялости и др.) могут приобретать утрированный характер и вызывать состояния тревоги и страха, что особенно часто встречается при кардиофобии.

Наиболее распространенными нарушениями половой функции у женщин является снижение полового влечения, аноргазмия, дискомфорт оргазма и вагинизм.

Для женщин, страдающих истерией, характерны различные формы фригидности (половой холодности): отсутствие сексуального возбуждения, отвращение к по-

<sup>3</sup> Ejaculation ante portas — разновидность абсолютного ускорения семяизвержения, когда эякуляция происходит еще до введения полового члена. Слово сочетание *ante portam* приводится в книге Р. Крафт-Эбинга «Половая психопатия» (1909).

ловому акту, возникновение возбуждения без развития оргазма во время полового акта. Типичной особенностью истерической фригидности является тенденция к компенсации ее внешними формами поведения, такими как выраженная кокетливость, стремление играть роль «страстной натуры». Во время полового акта больные нередко имитируют возбуждение и оргазм. Такие особенности поведения, как стремление к компенсации, утрировке, свойственные мужчинам, страдающим истерией, в еще большей мере присущи женщинам с истерическим неврозом.

Своеобразной разновидностью сексуальных нарушений, встречающейся преимущественно при истерическом неврозе, является вагинизм. Под вагинизмом следует понимать спастическое сокращение мышц влагалища, а иногда и мышц тазового дна, бедер и передней брюшной стенки, возникающее каждый раз при попытке совершения полового акта. В самых выраженных случаях сокращение указанных групп мышц развивается даже при одном лишь представлении о половом акте. Как правило, вагинизм определяется более или менее осознаваемой протестной реакцией, избирательно направленной против половой жизни с определенным партнером. При этом поведение больных демонстративно, театрально, с драматическими переживаниями и жалобами на сильные боли, возникающие при прикосновении к гениталиям.

При неврастении у женщин, особенно при гипостенической ее форме, отмечается временное снижение полового влечения, которое может сочетаться с неполным ощущением оргазма и иногда с аноргазмией.

У женщин, страдающих неврозом навязчивых состояний, на фоне нормального либидо и развития положительных эмоций во время полового акта может наблюдаться аноргазмия, которая чаще всего связана с опасениями «неприличного» выражения страсти, или оргазм не наступает под влиянием страха, отражающего основное содержание фобии.

## Двигательные нарушения. . . . . 412.0

Наиболее яркие и выраженные формы психогенных расстройств движений встречаются при истерии. К их числу относятся судорожные припадки, параличи и парезы, контрактуры, блефароспазм, гиперкинезы, афония и мутизм.

**Судорожный припадок.** Классическая картина судорожного припадка описана Шарко. Она состоит из четырех фаз: эпилептоидной, больших движений или «клоунизма», страстных поз и жестов и галлюцинаторной. Судорожные припадки отличаются большим разнообразием, совершенно не обязательно наличие всех фаз и указанная их последовательность. В отличие от эпилептического судорожного припадка здесь отсутствует потеря сознания, больные не ушибаются при падении, не прикусывают язык, не наступает непроизвольного мочеиспускания, сохраняется зрачковая реакция на свет. Продолжительность припадка бывает значительно больше, чем при эпилепсии, от нескольких минут до 2–3 часов. Истерические судорожные припадки ситуационно обусловлены, всегда носят демонстративный характер и без «зрителей» наблюдаются крайне редко.

Чаще, чем развернутые судорожные припадки, встречаются abortивные формы по типу обморока, приступов слез или смеха, общего тремора, нередко сопровождающегося плачем и внешними признаками потери сознания без фактической его утраты.

**Парезы и параличи.** Психогенные парезы и параличи проявляются в форме монопареза или моноплегии, гемипареза или гемиплегии, парепареза или пареплегии. Крайне редко встречаются случаи тетрапареза или тетраплегии. При этом оказывается временно выключенной та или иная группа мышц без всякого соответствия с их иннервационными механизмами на различных уровнях нервной системы. В отличие от двигательных нарушений при органических заболеваниях центральной нервной системы отсутствуют пирамидные знаки, резкие изменения рефлексов на парализованных конечностях и наблюдаются

ся типичные для истерии расстройства чувствительности. Одним из вариантов двигательных нарушений является астазия-абазия, которая заключается в системной акинезии, относящейся лишь к акту стояния и ходьбы, в то время как в лежащем положении все движения в конечностях сохранены и мышечная сила достаточная.

Парезы и параличи сопровождаются контрактурами соответствующих групп мышц, причем в некоторых случаях весьма трудно определить, от чего зависит потеря движений – от паралича или от резко выраженной контрактуры. Эти нарушения возникают в момент острого эмоционального напряжения и всегда вытекают из доминирующих в данный момент мотивов поведения.

Своеобразной формой двигательных расстройств является блефароспазм, который обусловлен контрактурой глазных мышц, чаще внутренней прямой мышцы. Он сопровождается иногда анестезией ближайших участков кожи и конъюнктивы, в других случаях гиперестезией кожи и глаза с болями, светобоязнью и слезотечением. Блефароспазм отличается от пареза участием нижнего века в закрывании глаза, противодействием при пассивном открывании глаза и тем, что при запрокидывании головы глаз также трудно открыть. Блефароспазм, как и другие расстройства движений, возникает под влиянием душевного волнения, нередко у больных с незначительно выраженной патологией глаз (конъюнктивит, блефарит, аномалия рефракции и пр.).

**Гиперкинезы.** Большие трудности возникают при дифференцировании психогенных и органических гиперкинезов. В целом для первых, представляющих собой дрожание различной амплитуды и частоты всего тела или отдельных его частей, более характерно возникновение непосредственно после психической травматизации, большая зависимость степени их выраженности от эмоционального состояния. Кроме того, психогенные избыточные движения выступают в утрированном виде, иногда сопровождаются необычными позами. К психогенным гиперкинезам относятся и тики, проявляющиеся в форме быстрых коор-

динированных клонических судорожных сокращений тех или иных групп мышц, которые стереотипно повторяются. Из всех локализаций наиболее частыми являются тики лицевых мышц.

**Афония и мутизм.** Афония представляет собой паралич голосовых связок. В большинстве случаев она возникает в момент испуга и других проявлений аффекта. При ларингоскопии не обнаруживается достаточных оснований для изменения фонации, голосовая щель открыта при выраженном напряжении голосовых связок. Значительно реже встречается полная немота или мутизм. Страдающие мутизмом больные не могут говорить и шепотом, хотя движения губ и языка у них полностью сохранены. Они хорошо понимают речь письменную и устную, сохраняют способность писать, не делая в то же время никаких попыток произнести хотя бы какие-нибудь звуки.

## Профессиональные дискинезии . . . . . 413.0

Профессиональные дискинезии – это своеобразные функциональные двигательные нарушения, проявляющиеся в изолированных расстройствах высококоординированных движений (письмо, игра на музыкальных инструментах, работа на клавишных машинах и т.д.). В патогенезе этих расстройств всегда определенным образом сочетаются как физиогенные, так и психогенные механизмы. Психогенный фактор вне зависимости от степени выраженности органического компонента заболевания играет важную, а нередко и определяющую роль в возникновении, течении, компенсации и декомпенсации этих расстройств.

В клинике неврозов чаще всего встречается синдром писчего спазма. Первыми признаками этого нарушения являются повышенная утомляемость руки, затруднения при быстром письме, чувство неловкости в области кисти и запястья, рука как бы «не слушается». В дальнейшем вследствие дополнительных мышечных усилий, используемых больными для преодоления указанных затруд-

нений при письме, возникает резкое тоническое перенапряжение мышц предплечья, плеча и даже надплечья. Для более выраженных случаев писчего спазма типично резкое повышение мышечного тонуса сгибателей пальцев, фиксирующих ручку, и письмо практически становится невозможным. Стремясь облегчить его, больные включают другие мышцы, обычно не принимающие участия в акте письма, что приводит к появлению патологической позы, заключающейся в вычурном держании ручки (или карандаша), в резком сгибании или разгибании кисти. Часто больные пишут с приподнятым на весу локтем, плечо отводится от туловища. При этом иногда больные используют левую руку, подталкивая ею во время письма правую или подкладывают кисть левой руки под правую.

Говерсом описаны четыре формы писчего спазма: спастическая, паралитическая, болевая и дрожательная. В клинике в изолированном виде эти формы встречаются редко. Обычно они выступают в виде различных сочетаний, наиболее частым из которых является сочетание спастической формы с болевой и дрожательной.

Значительно реже, чем писчий спазм, встречаются другие виды профессиональных дискинезий. В настоящее время их известно более 20 (спазм музыкантов, машинисток, швей, телефонисток, часовщиков и др.). В каждом конкретном случае развивается спазм определенной группы мышц. Так, у часовщиков это спазм круговой мышцы глаза, у играющих на духовых инструментах – спазм круговой мышцы губ и пр. Иногда эти расстройства сочетаются с нарушением движения в руке и развивающимся в связи с этим спазмом мышц рук: часовщик не может пользоваться скальпелем, музыкант нажимать пальцами на клавиши инструмента.

Практически во всех случаях профессиональных дискинезий при неврозах двигательные расстройства сопровождаются неуверенностью, страхом перед письмом, тревожным ожиданием неудачи при выполнении определенного движения. Облигатность и значительная выраженность

тревожного ожидания послужила основанием для отнесения некоторыми авторами профессиональных дискинезий к так называемому неврозу ожидания. В тех случаях, когда эмоционально-аффективные расстройства в виде тревожного ожидания доминируют в клинической картине невроза и сопровождаются вторичной ритуализацией, указанный синдром следует рассматривать в рамках невроза навязчивых состояний. Своеобразием синдрома при истерии является резкое несоответствие предъявляемых жалоб степени выраженности нарушения. Нередко это «писчий спазм без писчего спазма».

### **Сенсорные нарушения и расстройства чувствительности . . . . . 414.0**

К психогенным сенсорным расстройствам в первую очередь следует относить нарушения зрения и слуха.

Со стороны зрения находят концентрическое сужение поля зрения, диплопии и полиопии, астинопии, макропсии и микропсии, «летающие мушки» и пр. Концентрическое сужение поля зрения обычно бывает двусторонним, при этом границы его на красный цвет не изменяются. Даже в выраженных случаях концентрического сужения поля зрения больной не испытывает затруднений в пространственной ориентировке. Психогенная слепота, или амавроз, чаще бывает двусторонней, однако и в тех случаях, когда слепота развивается с одной стороны, бинокулярное зрение не страдает. Хотя больные с психогенным амаврозом предъявляют полную слепоту, они никогда не натываются на окружающие предметы, а при объективном исследовании выявляется сохранная реакция на свет. Указанные расстройства зрения возникают остро, одномоментно, они всегда в более скрытой или явной форме обусловлены конфликтной ситуацией, часто психологически понятны («противно и неприятно на это смотреть», «никогда не хочется видеть» и пр.). Если концентрическое сужение поля зрения и амавроз типичны для истерического невроза, то другие указанные выше нарушения (астенопия,

диплопия, фотопсии и пр.) встречаются и при других формах неврозов.

Психогенные нарушения слуха во многом сходны с расстройствами зрения. Утрата слуха является обычно двусторонней. Несмотря на жалобы больных на полную утрату слуха, они в то же время всегда реагируют на неречевые слуховые раздражители: бытовые шумы, звуки музыки, сигналы транспорта и др. У больных сохраняется ауропальпебральный рефлекс Бехтерева (замыкание глазной щели в ответ на интенсивные звуковые раздражители), рефлекс Шурыгина, проявляющийся сужением зрачков в ответ на громкие звуки. Типичным является сочетание психогенной глухоты с гипо- и анестезией кожи ушных раковин. Нарушения слуха часто сопровождаются мутизмом, что особенно характерно для невротических реакций военного времени (сурдомутизм у контуженных). В то время как психогенная глухота и сурдомутизм наблюдаются только при истерии и истерических реакциях, другие слуховые нарушения (такие как повышенная чувствительность и непереносимость громких звуков) встречаются при всех формах неврозов.

Наиболее частыми видами расстройств чувствительности у больных неврозами являются гипестезии, анестезии, гиперестезии и парестезии.

Снижение или отсутствие чувствительности психогенного происхождения отличается рядом особенностей. Нарушения чувствительности ограничиваются отдельными участками тела или одной его половиной; при этом участки тела, на которых выявляется нарушение чувствительности, обычно ограничены геометрически, охватывая всю конечность, либо часть ее в виде чулка, носка, перчаток и пр. Указанная локализация не соответствует ни областям распространения отдельных нервов, ни иннервационным территориям чувствительных корешков. При гемианестезии границы нарушения чувствительности проходят строго по средней линии, в то время как при гемианестезиях органического происхождения выпадение чувствительности не доходит до средней линии (это объясняется

тем, что чувствительные корешковые зоны перекрывают друг друга). Существенно, что больные неврозами с рассматриваемыми нарушениями активно не предъявляют жалоб на расстройства чувствительности, и они выявляются лишь при объективном исследовании. Только после того, как врач при осмотре больного акцентирует внимание его на чувствительных нарушениях, последние включаются в предъявляемые жалобы.

В современной клинике неврозов встречаются и более сложные картины нарушений чувствительности, имитирующие те или иные их варианты, характерные для органической патологии (что может явиться следствием ятрогении, результатом чтения медицинской литературы или наблюдения за другими больными).

Указанные выше особенности невротических снижений чувствительности в полной мере характерны и для гиперестезии, хотя последние встречаются значительно реже.

Нередко у больных неврозами отмечаются парестезии, то есть различные неприятные ощущения разной степени интенсивности типа ползания мурашек, покалывания, онемения, стягивания и другие. Хотя парестезии могут встречаться и при так называемых чистых неврозах, выраженный и упорный характер их всегда должен привлечь внимание в плане исключения патологического раздражающего процесса в задних корешках спинного мозга и периферических нервных стволах.

В то время как гипестезия и анестезия почти патогномичны для истерического невроза, гиперестезия и парестезия наблюдаются и при других формах неврозов.

## **Нарушения сна. . . . . 415.0**

Для нарушений сна при неврозах характерны полиморфизм, динамичность и зависимость степени клинических проявлений симптома от субъективной установки больного относительно «необходимой» длительности и глубины сна. Можно выделить следующие клинические формы невротической бессонницы: пресомнические расстройства,

неглубокий сон с пробуждениями, укороченный сон из-за раннего пробуждения и диссомния.

**Пресомнические расстройства.** Расстройства первой стадии сна – засыпания – наблюдаются при неврозах особенно часто. Начальная фаза состоит из двух компонентов: сонливости, своего рода влечения ко сну, и собственно засыпания. Нередко желание спать отсутствует, нет влечения ко сну, не наступает мышечного расслабления. Больные жалуются на отсутствие желания спать, а различные действия, направленные на то, чтобы уснуть (перемена позы, счет про себя и др.), приводят к противоположному результату, еще больше перевозбуждая больного. В других случаях влечение ко сну имеется, но снижена его интенсивность, сонливость приобретает прерывистый, волнообразный характер. При этом сонливость возникает, происходит расслабление мускулатуры, снижается восприятие окружающего, принимается поза, обычная для засыпания, и возникает легкое дремотное состояние; но вскоре волна расслабления прерывает дремоту, в сознании возникают тревожные мысли и представления. В дальнейшем бодрственное состояние вновь сменяется легкой сонливостью и поверхностной дремотой. Подобные смены состояний могут повторяться несколько раз, приводя к эмоциональному дискомфорту, препятствующему наступлению сна.

При другом типе пресомнических нарушений влечение ко сну выражено достаточно, сонливость быстро нарастает, и больной сравнительно легко засыпает, но через 5–10 минут внезапно просыпается, сонливость полностью исчезает, и в дальнейшем в течение 1–2 часов он не может заснуть. Этот период без сна характеризуется неприятными представлениями, мыслями, опасениями, отражающими в большей или меньшей степени переживаемую конфликтную ситуацию и реакцию на невозможность уснуть.

При третьем типе пресомнических расстройств нормальная или даже повышенная сонливость сопровождается резкой гиперестезией к сенсорным раздражителям (чаще к звуковым). Страдающие подобной формой расстройства сна чрезвычайно болезненно реагируют на малейшие

сенсорные раздражители, вплоть до вспышек аффектов, отчаяния, гнева (на виновников этих раздражителей). Типичным для этих больных является стремление к разнообразным, нередко изошренным средствам оберегания своего покоя в период засыпания. Они закрывают уши ватой, применяют различные системы из подушек, завешивают окна и двери плотными портьерами, избегают спать в одной комнате с другими членами семьи.

Для нарушенного засыпания характерно удлинение дремотного периода. Это, как правило, дремотное состояние, часто сопровождающееся двигательными сенсорными и висцеральными автоматизмами: резкими вздрагиваниями, яркими восприятиями звуков и зрительных образов, сердцебиениями, ощущениями мышечных спазмов. Часто эти явления, пробуждая больного, вызывают различные тягостные представления и страхи, приобретающие иногда навязчивый характер (лиссофобия, кардиофобия, танатофобия и пр.).

Другой формой нарушения собственно засыпания является так называемый прерывистый или волнообразный сон, при котором отмечается нормальная сонливость, сравнительно быстрое засыпание, внезапное пробуждение через несколько минут с последующим засыпанием.

**Неглубокий сон с пробуждениями.** Чаще всего пробуждения во сне обусловлены яркими неприятными, подчас кошмарными сновидениями, содержание которых нередко связано с доминирующими переживаниями. Пробуждение сопровождается состояниями тревоги и страха. Эти аффективные нарушения могут усугубляться неполным пробуждением и недостаточно адекватной оценкой степени реальности переживаемого. После пробуждения больной не может снова уснуть. Если они повторяются в течение ночи, то переживаются особенно тягостно.

В других случаях ночные пробуждения происходят внезапно, без видимых причин, чаще они наступают между вторым и четвертым часом ночного сна и сопровождаются интенсивными представлениями, вытекающими из переживаемой конфликтной ситуации. Нередко больные заявляют, что просыпаются с той же мыслью, с которой засыпа-

ют. Сон после пробуждения не наступает длительное время, и нередко больной засыпает вновь лишь в предутренние часы. Эти пробуждения также сопровождаются аффективными нарушениями, психологическую основу состояний тревоги и страха составляют опасения либо соматических нарушений, либо агрессия и гнев по отношению к окружающим – «виновникам» нарушения сна. Последнее особенно характерно для больных с истерическим неврозом.

**Укороченный сон из-за раннего пробуждения.** Это относительно более редкая форма невротической бессонницы. Пробуждение наступает внезапно, чаще между 4 и 6 часами, сопровождается чувством сонливости, уменьшающимся вследствие эмоционально-аффективного напряжения из-за тревоги и переживания самого факта преждевременного раннего пробуждения. После более или менее длительных усилий больной незаметно для себя впадает в дремотное состояние и вновь пробуждается. Такие циклы могут повторяться несколько раз. Больные обычно заявляют, что после первого пробуждения больше не спали.

В других случаях больные просыпаются также внезапно и в те же часы (4–6), отчетливой сонливости не отмечается. В дальнейшем возникает дремотное состояние, переходящее в сон, продолжающийся 30–40 минут до времени обычного пробуждения. Больные жалуются на разбитость вялость и отсутствие чувства отдыха. При этом они уверены, что если бы им не нужно было вставать в установленное время утром, то они могли бы спать еще некоторое время. И действительно, заснув под утро и проспав несколько часов, они в дальнейшем чувствуют себя значительно лучше.

Больные третьей группы после 5–6 часов ночного сна пробуждаются, сонливость исчезает, они чувствуют себя бодрыми, тяготятся вынужденным пребыванием в постели.

**Диссомния.** Условно могут быть указаны три типа этого расстройства сна. При более частом из них на фоне незначительно выраженных нарушений засыпания и собственно сна при пробуждении отсутствует ощущение бодрости, отдыха и, напротив, больные жалуются на чув-

ство вялости, разбитости. Субъективная оценка ночного сна как неполноценного, неглубокого обычно не соответствует объективным показателям. Эти жалобы особенно усиливаются, когда окружающие подчеркивают в «психотерапевтических целях» достаточность сна больных. Следует отметить влияние указанного комплекса диссомических расстройств на настроение и самочувствие не только утром, но и в течение всего дня. Возникающая тревога «истощения мозга от недосыпания», чему может способствовать ятрогения, в свою очередь усугубляет ипохондрическую настроенность больных.

При другом типе диссомнии характерным является неполное ощущение ночного сна при пробуждении. Как правило, ночной сон также вполне удовлетворительный как по длительности, так и по глубине. При отсутствии полноценного ощущения сна больные искренне сомневаются в том, спали ли они ночью. Если в дальнейшем и приходят к окончательному выводу о том, что они спали, то все же отрицательно оценивают свой сон, считая его «неестественным», «неполноценным», недостаточным. Выраженной сонливости днем не отмечается, а сомнения в отношении своего сна и тревога усиливаются по мере его приближения, что нередко приводит к фиксации расстройства сна по механизму тревожного ожидания.

При диссомнии третьего типа у больных с достаточной глубиной и длительностью ночного сна при пробуждении нет ощущения сна. Эти больные всегда жалуются, что они совсем не спят, и крайне болезненно реагируют на утверждение персонала и «свидетелей» их сна о том, что ночью они спали. Сколько-нибудь выраженная сонливость днем отсутствует. Всегда наблюдается тревога за свое состояние из-за бессонницы.

Последний тип нарушения сна в форме диссомнии встречается при неврозах относительно редко. Его необходимо дифференцировать с проявлениями соматопсихической деперсонализации при эндогенных психозах и органических заболеваниях центральной нервной системы.



По образному выражению Шульте, «каждый больной страдает собственной головной болью». Если это справедливо для головных болей вообще, то тем более верно в случаях невротических цефалгий, сложность дифференциальной диагностики которых обусловлена многообразием их психофизиологических механизмов. При диагностике невротических головных болей, как и других проявлений невроза, большое значение приобретает тщательный анализ жалоб больных. Утрированный характер переживания боли обычно определяется индивидуальными особенностями личности больного, спецификой травмирующей ситуации и их связью с симптомом.

Чаще других в клинике неврозов встречается головная боль с преимущественным участием нервно-мышечных, нервно-сосудистых нарушений и головная боль типа психалгии.

**Невротическая головная боль с преимущественным участием нервно-мышечных нарушений.** В описаниях разными больными головной боли этого типа много общего. Это прежде всего ощущения внешнего давления, стягивания, натяжения, «каска», «шапка», «шлем», «обруч» на голове, шея в «корсете». Описания боли яркие, образны и всегда отражают ее основной характер. Типичны жалобы на болезненность кожи головы, ощущение онемения и др. Боль постоянна с периодическими усилениями. В большинстве случаев она начинается с утра, к середине дня несколько уменьшается и вновь усиливается к концу дня. Локализация ее различна: односторонняя, двусторонняя, в какой-либо одной части головы, но чаще всего в области затылка и шеи. Относительно редко головной боли сопутствует головокружение, тошнота и рвота. Характерным является сочетание указанных выше болезненных ощущений и эмоциональных расстройств – тревоги и страха. Последние нередко приобретают конкретную фабулу. Чаще всего это страх сумасшествия, опухоли головного мозга или инсульта. Головная боль усиливается при охлажде-

нии головы, поэтому больные остерегаются переохлаждения, из-за чего носят шапку, теплый платок и пр.

Дифференцировать невротическую мышечную головную боль следует прежде всего с вторичной мышечной цефалгией при других заболеваниях: глаз, придаточных пазух носа, шейных позвонков, состояний после травм головы и т.д., при которых вторичные мышечные сокращения способствуют усилению уже имеющихся болей. Однако при вторичной мышечной головной боли отсутствует столь типичная для неврозов яркость описания боли, полиморфизм её, а также частота сочетания с эмоциональными расстройствами. Решающее значение в дифференциальной диагностике приобретает позитивная диагностика невроза.

**Невротическая головная боль с преимущественным участием нервно-сосудистых нарушений.** Для больных неврозами с головной болью сосудистого типа типичны ощущения, отражающие пульсирующий характер боли («в голове пульсирует, все напряжено», «стучит в висках» и пр.). Боль чаще постоянная, реже – при наличии болевого фона – периодически возникают приступы интенсивной пульсирующей головной боли. Обычно боль локализуется в височных областях с обеих сторон, либо только с одной стороны, реже в затылочной, лобной областях или же воспринимается как диффузная. Нередко пальпаторно удается определить усиление пульсации височных артерий. Головная боль сопровождается вегетативными нарушениями: тошнотой, головокружением, небольшой отечностью в области пульсирующей боли. Отмечается отчетливая связь между болью и эмоциональными расстройствами. Нет зависимости между возникновением головной боли и временем суток. Головную боль чаще облегчает холод.

Красочное, утрированное описание головной боли наблюдается в основном при истерии. Так называемый «истерический гвоздь» отмечается у больных с рассматриваемым типом головной боли. Это ощущение непостоянно, оно возникает в момент обострения боли, локализация его нередко соответствует определенным сосудистым бассейнам (височной, затылочной артерии и др.).

Дифференцировать головную боль сосудистого типа при неврозах необходимо с мигренью, в особенности с ее атипичными вариантами. Основными дифференциально-диагностическими признаками являются следующие. При невротической сосудистой головной боли всегда выявляется психогенная обусловленность как заболевания в целом, так и симптома головной боли. Нередко головная боль значительно усиливается после беседы, в которой затрагиваются психотравмирующие обстоятельства. Психогенные факторы часто способствуют возникновению и мигренозных приступов, но все же постоянной связи здесь нет, чаще причины их возникновения установить не удастся. Имеют также значение данные анамнеза – семейное предрасположение к мигрени у ряда больных, возникновение заболевания, как правило, в периоде полового созревания, особенности каждого пароксизма – наличие при мигрени ауры, тошноты, рвоты, связь приступов головной боли с менструальным циклом, хотя последние для дифференциальной диагностики и менее ценны, так как наблюдаются при мигрени не всегда.

**Невротическая головная боль типа «психалгии».** Больные испытывают затруднения при описании характера головной боли, часто не могут ее точно локализовать, нет внешних признаков переживания боли. Отсутствует значительная динамика и прогрессивность. Как и вообще при невротических болях, здесь особенно ярко проявляется ситуативная обусловленность симптома. Интенсивность боли не изменяется при приеме различных анальгетиков и даже наркотиков (пантопон, промедол и др.).

Больной неврозом часто жалуется на головную боль, хотя и не страдает ею в собственном смысле слова. Зная, что его мыслительные, эмоциональные и другие функции локализируются в голове, их недостаточность он условно обозначает термином «головная боль». Часто, выясняя характер боли у лиц, страдающих неврозами, мы узнаем, что речь идет не о головной боли, а об особых ощущениях, хорошо известных в клинике. Дежерин называл их «чувством мозгового дефицита», И.П. Павлов – «трудным со-

стоянием в мозгу». Нередко именно эти жалобы, которые больные идентифицируют с головной болью, являются для них известным оправданием снижения умственной работоспособности. В этих случаях речь идет, конечно, не о психалгии, точно так же как неправильно было бы относить к психогенной головной боли различные сенестопатические ощущения, встречающиеся у больных клиники неврозов («пустая», «протезная», «ватная» голова, ощущения «неживого мозга» и др.).