

*На данный момент в библиотеке MyWord.ru опубликовано более 2000 книг по психологии.
Библиотека постоянно пополняется. Учитесь учиться.
Удачи! Да и пребудет с Вами.... :)*

Сайт www.MyWord.ru является помещением библиотеки и, на основании Федерального закона Российской Федерации "Об авторском и смежных правах" (в ред. Федеральных законов от 19.07.1995 N 110-ФЗ, от 20.07.2004 N 72-ФЗ), копирование, сохранение на жестком диске или иной способ сохранения произведений размещенных в данной библиотеке, в архивированном виде, категорически запрещен.
Данный файл взят из открытых источников. Вы обязаны были получить разрешение на скачивание данного файла у правообладателей данного файла или их представителей. И, если вы не сделали этого, Вы несете всю ответственность, согласно действующему законодательству РФ. Администрация сайта не несет никакой ответственности за Ваши действия./

Д. А. Каменецкий

Наркогипноанализ

неврозов с навязчивостями

Москва «Гелиос АРВ»
2004

ББК87 К59

Серия: **Практика доктора Каменецкого**
Каменецкий Д. А.

Наркогипноанализ неврозов с навязчивостями. — М.: Ге-**К59** лиос АРВ, 2004. — 240 с. ISBN 5-85438-121-4

Настоящая научная монография написана на основе длительных наблюдений за больными, страдающими неврозами с навязчивостями, пролеченными различными психотерапевтическими методами.

Для врачей-клинистов в области неврологии, студентов-интернов, психиатров, психологов, психотерапевтов.

ББК87

ISBN 5-85438-121-4

© Каменецкий Д. А., 2004

© Оформление. Издательство «Гелиос АРВ», 2004

ВВЕДЕНИЕ

В конце XX века метод наркопсихотерапии, разработанный в России профессором М. Э. Телешевской (1958) и получивший тогда широкое применение в медицинской практике, стал одним из незаслуженно забытых и относительно редко используемых в медицинской практике в настоящее время методов психотерапии, нацеленных на лечение таких широко распространенных болезненных состояний, как неврозы.

Тем более обидно его забвение в связи с тем, что этот метод в те далекие годы широко и успешно применялся при лечении различных неврозов, характеризующихся стойкой и длительной зафиксированностью болезненных состояний, их слабой курабельностью другими психотерапевтическими методиками, включая и гипносуггестивную терапию. Если лечение тяжелых истерических расстройств (парезы, параличи, амавроз, афония) удавалось сравнительно легко устранить наркопсихотерапией, то их устранение другими методами психотерапии было чрезвычайно проблематично и затруднительно, а иногда и невозможно.

Кроме того, овладение врачом методом наркопсихотерапии было значительно более легким, чем гипноаусуггестивной терапией. И наконец, применение наркопсихотерапии не зависело от степени внушаемости больного и его сексуальной привязанности к врачу.

Тесная сопричастность автора настоящей работы к методу наркопсихотерапии, обозначенная в материалах его диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук еще в 1968 г., позволяет ему в данный момент реанимировать этот замечательный метод психотерапии,

незаслуженно забытый, по мнению автора в настоящее время, для продолжения его широкого использования в медицинской практике.

Сегодня никто не оспаривает тот факт, что психотерапия завоевала прочное место в медицинской науке, став главным, хотя и не единственным, методом лечения неврозов с их многообразной динамической симптоматикой. Она по-прежнему осуществляется специалистами-медиками либо в бодрствующих состояниях коры головного мозга, либо в ее тормозных состояниях. К первой группе относится классический психоанализ и все его новейшие варианты (рациональная психотерапия, аутогенная тренировка), ко второй — гипносуггестивная терапия и все остальные методики, в том числе и наркопсихотерапия, осуществляемая под влиянием лекарственных (снотворных) средств.

Традиционным методом психотерапии для российских психотерапевтов на первом месте всегда была гипносуггестивная терапия.

3

Наметившееся в последнее время снижение интереса отечественных психотерапевтов как к наркопсихотерапии, так и в меньшей степени к гипносуггестивной терапии, обусловлено, с нашей точки зрения, не снижением их эффективности, а появившимися в последнее время возможностями свободного применения тех методик, которые ранее были просто запрещены. Мы должны быть благодарны судьбе прежде всего за то, что именно свободное пользование запрещенными ранее методиками расширило интерес у наших специалистов и к классическому психоанализу, и к его новым многообразным вариантам. Мы приветствуем тенденции наших психотерапевтов к внедрению в медицинскую практику всего нового, что имеется на вооружении у наших зарубежных партнеров, но одновременно считаем, что мы не должны забывать наших традиций и наших пристрастий к гипносуггестивной терапии.

Мы ни в коем случае не отрицаем больших терапевтических успехов психоаналитиков, наоборот, мы их полностью разделяем и поэтому широко внедряем в практическую деятельность, несмотря на некоторые различия между нашими подходами в трактовке механизмов как возникновения самих неврозов, так и их лечения.

В отличие от психоаналитиков, которые трактуют свой метод лечения с позиций чисто психологических, где причина любого невроза объясняется переживаниями сексуального содержания в виде «эдипова комплекса», вытесненного под влиянием переживаний из сферы сознания в сферу подсознания, а механизмы терапии объясняются поиском возможностей выведения «ущемленных комплексов» из подсознания в сферу сознания через отреагирование, мы объясняем причины возникновения неврозов, их патофизиологические механизмы и пути выздоровления чисто с физиологических позиций на основании учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности, то есть на основе условно-рефлекторной трактовки клиники неврозов и их терапии.

Наше желание повысить интерес к наркопсихотерапии обусловлен еще и тем, что создаваемые нами в последние 50 лет различные модели гипносуггестивной терапии для многих заболеваний нам, наконец, удалось объединить под общим названием — гипноанализ (см. «Этюды практической психотерапии») и что общим для всех моделей принципом психотерапевтического воздействия на больного является принцип поэтапности, который можно распространить не только на гипноанализ, но и на наркопсихотерапию, наркопсихоанализ и на рациональную психотерапию.

4

В этой работе основной нашей задачей является показать особенности созданной нами модификации метода наркопсихотерапии применительно в основном к лечению неврозов с навязчивостями, в том числе и к лечению некоторых истерических расстройств.

Особое внимание в этой работе уделено клинике неврозов с навязчивостями, особенностям их течения и дифференциально-диагностическим критериям при различных неврозах. Кроме того, уделено внимание описанию отдельных приемов наркопсихотерапии.

В отдельных главах будут глубоко проанализированы следующие вопросы:

- 1) соотношение личности больного с характером и значимостью психотравмы;
- 2) этапы эмоциональных реакций больных и их изменения в процессе лечения;
- 3) последовательность перестройки отношения больного к отдельным болезненным явлениям и болезни в целом.

В целях анализа подвижности основных нервных процессов и взаимодействия между I и II сигнальными системами проанализированы результаты использованного нами в процессе лечения

больных ассоциативного эксперимента до лечения, на фоне наркопсихотерапии и после лечения. На основании комплекса клинических и некоторых экспериментальных исследований, а главное, динамики психопатологической картины сделана попытка проанализировать механизмы наркопсихотерапии при устранении явлений навязчивости и даны обоснования для использования этого методологического приема в практике здравоохранения.

Следует отметить, что в настоящее время каких-либо препятствий для применения и внедрения в практику здравоохранения метода наркопсихотерапии не существует, да и не может существовать. Вместе с исчезновением в нашей стране запретов со стороны чиновников от здравоохранения на все то, что они сами не могут делать, устранено и последнее препятствие к использованию в медицинской практике этого замечательного метода лечения. Одним из таких последних препятствий, нацеленных на снижение интереса к нему, была попытка развенчать этот метод как нежелательный якобы в связи с тем, что он может способствовать увеличению количества наркоманов (ведь называется он — наркопсихотерапия).

В заключение хотим успокоить неверующих в том, что применение наркопсихотерапии при самых больших количествах проводимых при не-

5

обходимости сеансов ниюгда, подчеркиваем никогда, ни в одном случае у больных не вызывало явлений привыкания к вводимому внутривенно довольно большому количеству лекарств. Высокая эффективность наркопсихотерапии всегда была очевидной.

Книга предназначена для врачей различных специальностей, желающих применять этот метод в своей повседневной работе.

Будем благодарны всем читателям, пожелавшим дать отзыв о нашей книге или получить консультацию по интересующим вас вопросам. С нами можно связаться через редакцию, издавшую наш труд, по указанному в книге адресу.

Глава I

Исторический аспект создания наркопсихотерапии и ее применение при лечении неврозов

Издавна учеными было подмечено, что некоторые успокаивающие или снотворные средства повышают внушаемость. Еще Рифа предложил комбинировать гипноз с химическими снотворными средствами для пациентов со слабой степенью внушаемости, у которых не удастся вызвать достаточно глубокий сон только внушением. Этот метод терапии был назван им «наркогипноз». Значительно позже А. Friedlander (1923) для подкрепления наркоза использовал гипнотическое внушение и назвал свой метод «гипнонаркоз».

P. Schidler (1924) показал, что паральдегид, мединал, веронал и другие снотворные и наркотические вещества содействуют развитию гипноза. Wleckwen (1930) первым стал использовать барбитураты в психиатрии с целью растормаживания кататоников, а также использовал этот препарат в криминалистической практике.

Naupertmann (1934) для наркогипноза предложил применять эвипан натрия. Horsley (1936) ввел термин «наркоанализ». Автор считал, что «наркоанализ» облегчает возможность проведения быстрейшего психоанализа. По его мнению, этот метод экономит время врача и исключает сексуально окрашенное отношение к врачу со стороны больного.

В американской и английской литературе имеются данные о применении наркоанализа в армейских условиях для подготовки солдат к условиям войны. На фоне неполного наркоза проводится беседа по типу «свободных ассоциаций», что, якобы, облегчает проникновение во внутренний мир данной личности — подобно рентгеновским лучам (H. R. Teirich, 1949).

Некоторые авторы (M. Adisson, M. Duval, 1945) предлагают сочетать «наркоанализ», «наркосинтез» и гипноз.

H. G. Statton, M. D. Toront, G. E. Ont, M. D. Hobbs, H. B. Garsealen, M. D. London (1947) для лечения больных с реакцией хронического страха в армейских условиях применяли пентотал. Метод «наркоанализа» использовался также на флоте при лечении неврозов военного времени (Molison, 1942).

Lembert (1944) описывал хороший терапевтический эффект при лечении истерии методом «наркоанализа». Однако успех лечения автор приписывал не действию фармакологического препарата, а способностям врача. M. Rosenbaum (1948) также считает, что эффективность «пентоталовой беседы» зависит не столько от действия снотворного, сколько от других факторов, в частности, от глубины рапорта, который устанавливается с больным до и после процедуры.

Н. Х. Urban (1948) проводит «наркоанализ» в двух вариантах: в форме короткой аналитической беседы, которая постепенно углубляется, и в форме наркокатарзиса. По мнению автора, неотреагированные аффекты, если они не сублимированы, вызывают стойкие невротические изменения.

Многие авторы, применявшие пентотал, гексобарбитон и аналогичные им препараты, называют их «сывороткой истины».

Х. Burdon, I. Flement (1952) считают, что свойства «сыворотки истины» меняются в руках разных исследователей. Х. Burdon (1951) подчеркивает, что улучшение состояния больного может быть достигнуто после проведения «наркоанализа» и без «наркосинтеза». Н. L. Rumke (1952) приводит ряд доводов против применения «наркоанализа». Он считает ложным название «сыворотка истины».

По мнению Р. Schindler (1950), субнаркоз ведет к изменению аффективного напряжения между «Я» и окружающим миром и постепенному восстановлению нарушенного равновесия.

Х. А. Chavany, М. Bouvet и D. Hagenmiller (1948), I. Bobon и Ch. Delers (1949), Pervers (1951) и W. Jacob (1953) сдержанно высказываются по поводу «наркоанализа».

Т. Bilikievich (1957) лечебный результат наркоанализа приписывает огромной концентрации суггестии, а не «специфической роли расторма-живания заторможенных конфликтов невротического происхождения».

Л. Tilkin (1949) отмечает терапевтические противопоказания применения пентотала (сердечная декомпенсация, поражение миокарда, заболевание печени, затруднение дыхания любого характера). Далее, автор указывает на международные масштабы применения «наркосинтеза». По его мнению, последний может быть использован не только с лечебной, но и с диагностической целью. Он писал, что «наркосинтез» «можно применять и в сочетании с инсулином, электрошоковой терапией, с гипнозом, метро-золомит. д.».

Положительную оценку методике «наркоанализа» дает L. Hollender (1949). Ему удалось в двух случаях вылечить при помощи «наркоанализа» половое бессилие и получить при навязчивости и ипохондрии временное улучшение. Он считает «наркоанализ» новым оружием, ценным в терапевтическом арсенале психиатров.

Некоторые американские авторы—М. Keith, М. Klane и Р. Kant (1953) — рекомендуют применение амитал-натрия в амбулаторной практике.

К. Fervers (1951) в монографии рассмотрел наркоанализ и сравнил его с гипнозом. Он отмечает, что барбитураты вызывают состояние, сходное с

8

гипнозом. «У скрытных, замкнутых больных, — пишет К. Fervers, — где остальные методы безрезультатны, наркоанализ используется даже теми, кто относится критически к данному методу». Автор называет «наркоанализ» инициальным методом психотерапии, поддерживая мнение, что многое зависит от личности врача.

В России многие годы используются приемы психотерапии на фоне действия снотворных препаратов при лечении неврозов.

По данным И. В. Стрельчука (1952), при неврозах хороший терапевтический эффект оказывает гипнотический сон в сочетании со снотворными. Р. А. Зачепиский (1954) говорит о целесообразности сочетания лечения сном с психотерапией, описывая случаи улучшения состояния больных неврозом навязчивых состояний, лечение которых одним удлиненным сном эффекта не дало. Е. К. Яковлева (1958) считает, что в случаях длительного течения невроза навязчивых состояний со стойким фоби-ческим синдромом «показанной является комбинированная терапия — сочетание психотерапии с наркопсихотерапией, в особенности при неподатливости больных гипнозу», отмечая хороший эффект при этом виде терапии. Для обеспечения наркогипнотического состояния Е. К. Яковлева применяла внутривенное введение барбитуратов по схеме М. Э. Телешевской в 1958 г.

М. Э. Телешевская использовала в качестве фона для проведения психотерапии отдельные стадии гексеналового наркоза и свой метод назвала наркопсихотерапией. Она выделила следующие стадии наркоза:

- 1) стадия понижения общей активности и инициативы;
- 2) стадия эмоциональных сдвигов;
- 3) стадия измененного сознания (оглушенности);
- 4) стадия поверхностного сна, переходящего в наркотический сон. Все перечисленные выше стадии гексеналового наркоза отмечаются

при медленном внутривенном введении раствора гексенала.

Стадия понижения общей активности и инициативы при небольших начальных дозах гексенала или других барбитуратов характеризуется, прежде всего, прекращением активных движений туловища, головы, конечностей, замедляется речь, становится то несколько приглушенной, смазанной, то громкой. Помимо этого отмечаются вялость и гиподинамия; в мимике и движениях нередко появляются элементы вычурности. Больные описывают изменение восприятия окружающей среды: головы и лица людей кажутся увеличенными, нечеткими. Больные жалуются на головокружение, «потемнение в глазах», сухость во рту, ощущение запаха, напоминающего запах прелого сена, гнилых яблок. При дальнейшем введении гексенала развивается следующая стадия наркоза — стадия эмоциональных сдвигов.

9

Для этой стадии характерно нарастание эйфории; в редких случаях автор наблюдал развитие депрессивного состояния.

В начале второй стадии больные становятся веселыми, словоохотливыми. В высказываниях больных проявляются их переживания. Отмечается склонность к патетическим речам с элементами театральности, «своеобразным кокетством и самолюбованием». В стадии эйфории больные проявляют необыкновенную приветливость, общительность. Высокая словоохотливость сочетается с повышенной самовнушаемостью. Предоставленные сами себе больные начинают благодарить врача и всех присутствующих на сеансе за облегчение их состояния. Клянутся медработникам, что никогда не забудут содеянного для них врачом, бросаются в объятия, декламируют стихи, поют песни, романсы, шутят, острят, пытаются вскакивать с постели, пускаются в пляс. И вместе с тем становятся крайне подчиняемыми, охотно выполняют любые приказания врача. При проведении внушения могут мобилизовать себя. Вслушиваются во внушения врача, охотно поддерживают беседу с врачом, активно отвечают на все задаваемые врачом вопросы. Предоставленные сами себе начинают выказывать хвастливость, чаще всего относительно своих необычайных физических качеств. В тех редких случаях, когда в этом периоде наступает депрессия, больные плачут, жалуются на свою «горькую судьбу». Но даже в этом состоянии остаются послушными и внушаемыми.

Кроме того, в этом периоде, по данным М. Э. Телешевской, которая в это время проводила тренировку утраченных функций, у больных отмечалась атактическая походка и дизартрическая речь. Эти проявления в эмоциональной сфере сравниваются автором с состоянием алкогольного опьянения. Из вегетативных симптомов, наблюдающихся в стадии эмоциональных сдвигов, автором отмечены: побледнение или покраснение кожных покровов, расширение зрачков, ускорение или замедление пульса, повышение потоотделения. Уже на конечном этапе стадии эмоциональных сдвигов выступают элементы оглушенности. При продолжении внутривенного введения гексенала наблюдается стадия более глубокого изменения сознания. По данным М. Э. Телешевской, и в этом периоде иногда появляются элементы эйфории. Мы не наблюдали изменений настроения в этот период, но большинство больных активнее начинали отвечать на наши вопросы.

В стадии изменения сознания у больных появляется затуманенный взгляд, тусклыми становятся глаза, мимика маловыразительна, отмечается замедление речевых и двигательных реакций, усиливается дискоординация движений. По мнению автора, речь больных становится все более и более неясной, смазанной, больные начинают путаться при счете, забывают только

10

что произнесенную цифру, слово, фразу. При обращении к ним они реагируют только на громкий оклик. Инструкции выполняются только после многократных повторений. По данным М. Э. Телешевской, стадия измененного сознания менее продолжительна, чем стадия эмоциональных сдвигов, и исчисляется несколькими минутами.

Мы смогли существенно удлинить эту стадию, замедлив внутривенное введение препарата, ибо в этой стадии мы проводили основные внушения. Приходилось говорить более громким голосом и чаще задавать вопросы больным о том, как они себя чувствуют и слышат ли они врача, то есть приходилось как бы растормаживать больных. После окончания внушений больные, предоставленные сами себе, погружались в состояние сна. Дальнейшее введение наркотического препарата приводит к развитию кратковременной стадии поверхностного сна, переходящего постепенно в наркотический сон. Стадией поверхностного сна и наркоза М. Э. Телешевская не пользовалась из-за того, что в этот период тренировки утраченных функций проводить невозможно.

Описывая патофизиологические механизмы отдельных стадий гексе-налового наркоза у человека, М. Э. Телешевская считает, что уже на стадии понижения общей активности и инициативы, то есть на первой стадии наркоза, характеризующейся заторможенностью речи и связанной с ней произвольной моторикой, более заторможенной оказывается вторая сигнальная система. По мнению автора, в стадии эйфории наступает ослабление процесса торможения. В последующих стадиях гексеналового наркоза постепенно ослабевает возбуждательный процесс. Стадия оглушенности, по мнению автора, характеризуется развитием в коре головного мозга охранительного торможения. При этом подкорка какое-то время сохраняет активность, но в скором времени охватывается также тормозным процессом.

При лечении истерии, по мнению М. Э. Телешевской, наиболее эффективное психотерапевтическое воздействие на больных достигается в состоянии перехода от эйфории к явлениям легкой оглушенности. Весь процесс наркопсихотерапевтического воздействия при лечении истерии автор разделяет на следующие этапы:

- 1) подготовительный этап;
- 2) этап устранения симптомов заболевания;
- 3) этап стойкого восстановления нарушенных функций и закрепления достигнутого терапевтического эффекта.

Задачей предварительного этапа, по мнению автора, являются активная психотерапевтическая подготовка больного к лечению и создание положительной настроенности больного к данному методу лечения. Даль-

11

нейшее психотерапевтическое воздействие на больного, по мнению М. Э. Телешевской, осуществляется различными приемами, которые зависят от особенностей длительно зафиксированной невротической симптоматики. Лечение заканчивается в том случае, если достигнуто стабильное выздоровление и восстановление всех нарушенных функций (зрение, движение, слух, речь и т. д.). На завершающем этапе лечения проводится внушение, направленное на создание у больного высокого общего тонуса и соответствующей трудовой направленности. Для лечения больных стойкими и длительными истерическими нарушениями автор пользовался следующими методическими вариантами наркопсихотерапии:

- 1) использование кратковременного или продленного действия гексе-налового наркоза;
- 2) наркогипноз;
- 3) комбинированная наркопсихотерапия.

Автор особо отмечает вариант наркопсихотерапии, заключающийся в многократных повторных введениях гексенала после предварительной психотерапевтической подготовки. Он предостерегает против шаблонов и стандартов при лечении данным методом и призывает к строгому индивидуализированию в каждом отдельном случае.

Наибольший практический интерес, по мнению автора, при лечении истерических расстройств представляет прием использования кратковременного или продленного действия гексеналового наркоза. Приемом кратковременного действия гексеналового наркоза М. Э. Телешевская предлагает пользоваться при относительно небольшой давности заболевания. При этом внутривенно вводится 2—4 см³ 10 % раствора гексенала в течение 3—4 минут до состояния легкой оглушенности. Затем после прекращения внутривенного вливания проводится соответствующее словесное воздействие и осуществляется тренировка нарушенных функций. Продленное действие гексеналового наркоза автор предлагает использовать при затяжных, длительно не поддающихся лечению тяжелых истерических симптомах. Для этого медленно в течение 10-15 минут вводится внутривенно 4-5 см³ 10% раствора (благодаря чему, по мнению М. Э. Телешевской, удастся продлить ту или иную нужную стадию наркоза, на фоне которой проводится психотерапия и постепенно устраняются стойко зафиксированные истерические расстройства). При выходе больного из наркотического состояния М. Э. Телешевская предлагает проводить успокаивающую суггестивную терапию.

12

При наркогипнозе, по мнению автора, сочетаются два фактора: внушение и сон. Последний длится 2-3 часа. Автор предлагает применять наркогипноз не только как основной, но и как вспомогательный прием закрепления достигнутого терапевтического эффекта. М. Э. Телешевской успешно применялся наркогипноз при бессоннице, связанной с невротическим состоянием, при выраженной эмоциональной неустойчивости или при преобладании у больных депрессивного фона.

Повторные введения гексенала (10-20 приемов) автор рекомендует проводить ежедневно или через день, с различными вариациями доз после предварительной психотерапевтической подготовки больного. В момент введения наркотических средств психотерапия не проводится. Находясь в состоянии легкого оглушения, предоставленные сами себе больные погружались в сон. В конце такого курса лечения у больных снижалась эмоциональная и вегетативная возбудимость, выравнивалось настроение, повышался общий тонус, восстанавливалась нормальная формула сна, улучшался аппетит.

Комбинированная наркопсихотерапия по М. Э. Телешевской включает поэтапное использование нескольких методических приемов, наиболее эффективной она оказывается при множественной и длительно зафиксированной неврологической симптоматике. Благодаря последовательным вариациям отдельных приемов, на каждом этапе лечения устраняются один за другим зафиксированные симптомы, постепенно меняется его отношение к своему состоянию и к окружающей действительности, нормализуется поведение больного.

Метод наркопсихотерапии М. Э. Телешевской заключался в том, что больного погружали в наркотическое состояние и на этом фоне проводилось постоянное словесное внушение. Варианты этого метода дали хороший терапевтический эффект при различных истерических расстройствах, который был подтвержден катамнестическими данными, прослеженными на протяжении десяти и более лет.

Анализируя патофизиологические механизмы, автор подчеркивает, что гексенал и другие барбитураты влияют на весь комплекс рефлексов — врожденных и приобретенных — и на обе сигнальные системы. Это свойство гексенала дает возможность разрушить патодинамическую структуру с ее инертными связями. Далее М. Э. Телешевская указывает, что по мере нарастания гексеналового наркоза происходит ослабление всех патологических связей, но инертный очаг еще может существовать. Благодаря повышению тонуса коры головного мозга и изменениям состояния выс-

13

ших отделов головного мозга происходит стойкое угасание этого очага из-за отсутствия условий его повторного возникновения. По мнению автора, для эффективности психотерапии следует использовать фазовые явления (например, парадоксальной фазы). Словесное воздействие в фазовых состояниях, по мнению автора, приобретает значение сильного раздражителя.

Мы остановились подробно на описании методических приемов наркопсихотерапии, разработанных М. Э. Телешевской, поскольку их модификация послужила основой для наших методов лечения больных, страдающих неврозами с навязчивостями. Мы получили высокий терапевтический эффект при лечении этих форм неврозов при помощи наркогипноза.

Глава II

Модификация метода наркопсихотерапии

(наркогипноза) при лечении неврозов

с состояниями навязчивости

Наш интерес к больным, страдающим неврозами с навязчивостями, возник много лет тому назад, и мы создали модель гипнозосуггестивной терапии для лечения этой группы больных и накопили довольно большой положительный клинический опыт. Однако в процессе лечения этой категории больных мы столкнулись с некоторыми трудностями — так, у части из них было обнаружено снижение гипнабельности.

Мы обратились к проф. М. Э. Телешевской с просьбой разрешить нам модернизировать один из приемов наркопсихотерапии («наркогипноз») применительно к лечению больных, страдающих неврозами с состояниями навязчивостей. Модификация метода наркопсихотерапии для лечения неврозов с навязчивостями была нами разработана под руководством М. Э. Телешевской и успешно внедрена в практику. Накопленный научный материал лег в основу диссертации на соискание научной степени кандидата медицинских наук. Диссертация была защищена в 1968 г. автором настоящей монографии.

Весь комплекс лечения указанных больных содержал не только психотерапевтическое воздействие, лечение носило комбинированный характер. Мы сочетали психотерапию с медикаментозной терапией и физиотерапевтическими методами (водолечение).

Психотерапевтическое воздействие начиналось уже с первой беседы врача с больным. Этой беседе мы придавали огромное значение и по сей день продолжаем считать, что от первой беседы врача с пациентом зависит успех всей последующей терапии. Мы различали предварительную или подготовительную психотерапию и собственно наркопсихотерапию (наркогипноз).

Предварительная психотерапия объединяет период сбора анамнеза, разъяснение больному сущности его заболевания и особенностей проводимого лечения.

В анамнезе мы старались акцентировать внимание на характерологических особенностях родителей пациента и разъяснить ему, что те или иные особенности характера родителей не передаются детям по наследству, а формируются и выявляются в процессе жизни.

Мы подсказывали больному, что сложившуюся у него тревожную мнительность или повышенную впечатлительность и т. д. можно путем внушения перестроить и изменить. Мы также старались выявить наличие у пациента в детском возрасте тех или иных страхов и говорили о том, что эти

15

страхи могли сыграть определенную роль в возникновении их заболевания. Особое внимание больных нацеливалось на выявление причин, вызвавших заболевание, что способствовало, с нашей точки зрения, более правильному пониманию больными сущности самого болезненного процесса.

Далее в доступной для больного форме разъясняли особенности течения и патофизиологические механизмы заболевания на основе учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности, а также рисовали перспективы выздоровления. Предварительная психотерапия завершалась разъяснением особенностей предполагаемого метода психотерапии.

Больному объясняли, что вызванный внутривенным введением гексенала лечебный сон аналогичен сну гипнотическому и врач сможет устранить все болезненные проявления во время сна, в том числе, и в первую очередь, навязчивости. При помощи внушения во время сна данный метод лечения не дает никаких осложнений.

Наркопсихотерапия начиналась после предварительного всестороннего клинического и соматического обследования больного.

Сеансы обычно проводились в общей палате. Больной укладывается в постель в положение лежа на спине. Непосредственно перед внутривенным введением наркотического вещества врач еще раз проводит разъяснительную беседу о сущности предлагаемого метода лечения и о том, как должен себя вести пациент во время лечения. Так, во время внушений он должен давать краткие ответы на вопросы, которые ему будут задаваться во время сеанса, то есть врач постоянно будет поддерживать контакт с больным путем беседы. Внутривенное вливание больному проводит медицинская сестра.

В качестве наркотического вещества мы использовали различные барбитураты (гексенал, эвипан натрия, амитал натрия или барбамил). Поскольку гексенал и эвипан натрия, которые мы применяли сначала, обеспечивали слишком быстрый переход одной стадии наркоза в другую, мы задались целью найти препарат, гарантирующий более пролонгированный переход из одной стадии в другую. В процессе работы выяснилось, что таким средством является раствор амитала натрия.

Амитал натрия или барбамил (1940) — это снотворное средство; в химическом отношении является производным барбитуратовой кислоты — натриевой солью этил-изоамилбарбитуровой кислоты и имеет следующую формулу:

CO-N/Na ^^

c=O

сн,

сн₂сн₂сн₂

CO-NH

16

Это белый аморфный порошок без запаха, хорошо растворимый в воде и спирте. Водные растворы на воздухе постепенно разлагаются, особенно при нагревании. Для получения стойких растворов препарат необходимо растворить с таким избытком щелочи, чтобы рН раствора был около 11.

Практически это достигается растворением барбамила в 0,2% растворе едкого натрия, приготовленном на дистиллированной воде. Растворы барбамила нагревать нельзя. Для получения стерильных растворов их нужно готовить в асептических условиях. Мы готовили 10% раствор амитала натрия ex tempore в больничной аптеке или в ближайшей районной согласно таблице стерилизации медикаментов, предложенной Г. А. Вейсманом и И. И. Зоркевичем (1959).

Приготовленный в асептических условиях раствор амитала натрия ставился на 15 минут в автоклав при температуре 70°C, после чего раствор можно было использовать.

Барбамил обладает снотворным, а в более высоких дозах наркотическим, действием. Сон при внутривенном введении наступает медленно. Скорость наступления сна и его продолжительность

зависят от скорости введения препарата, которая в среднем не превышает 1 см^3 в минуту, причем амитал натрия дает более близкий к естественному сон, чем другие барбитураты. При этом незначительно снижается кровяное давление и замедляются пульс и дыхание. При пробуждении от амиталового сна больные не испытывают ощущения разбитости и тяжести в голове, как это часто случается после приема других препаратов барбитуровой кислоты.

По нашим данным, при лечении длительным прерывистым сном с помощью барбамила каких-либо соматических осложнений не наблюдалось.

Крайне редко отмечалось повышение температуры и увеличение лейкоцитов в крови. С нашей точки зрения, это могло быть связано с более быстрым внутривенным вливанием препарата, чем предусматривалось.

Vleckwen (1930) говорит о малой токсичности амитала натрия. Он приводит случай с больной, которая приняла 250 инъекций амитала натрия в течение 9 месяцев и при этом не обнаружила никаких признаков отравления.

В. И. Скворцов (1940) писал, что «барбитураты, в зависимости от состава входящих в них радикалов, действуют более или менее глубоко и энергично». В растворимом в воде амитале один из этиловых радикалов заменен изо-амиловым радикалом. По мнению автора, амитал натрия вызывает благоприятный, хорошо протекающий сон, практически без каких-либо резких и неожиданных вегетативных сдвигов. По данным Н. В. Кобзевой (1953), амитал натрия удлиняет пентоталовый наркоз. С. Д. Каминский, В. Н. Савчук и С. М. Павленко (1955) на основании экспериментальных

17

данных, полученных на собаках, пришли к выводу о том, что амитал натрия вызывает нарушения высшей нервной деятельности, которые носят циклический характер; их длительность, по мнению авторов, зависит от типа нервной системы и дозировки снотворного. Мы в своей многолетней работе по лечению больных неврозами с навязчивостями методом наркопсихотерапии подобных нарушений не наблюдали. Предположение, что амитал натрия избирательно действует на головную часть мозга, разделяют далеко не все исследователи, однако то, что препарат был обнаружен в большом количестве в полосатом теле и диэнцефалоне, лишь подтверждает эту точку зрения.

По мнению Lemberg (1944), при амиталовом наркозе создаются особые предпосылки для воздействия через заложенные в стволовой части мозга вегетативные центры на основные функции обмена и сосудистую систему. По данным, приведенным Л. Алехметсом (1964) в обзоре литературы по физиологии и фармакологии лимбической системы действие барбитуратов зависит от применяемых доз. В снотворных и наркотических дозах все производные барбитуровой кислоты существенно снижают возбудимость лимбической системы и в несколько раз повышают судорожный порог.

Вводили по $3-7 \text{ см}^3$ амитала натрия со скоростью 1 см^3 в минуту. При внутривенном введении 10% раствора амитала натрия мы наблюдали более плавный переход одной фазы наркоза к другой, нежели при введении гексенала и эвипана натрия. Все это позволяло проводить внушение на протяжении более длительного времени. Кроме того, при внутривенном введении амитала натрия наркотический сон продолжался от 1 до 5 часов, в отличие от значительно более кратковременного сна от гексенала и эвипана натрия. Следует еще раз напомнить, что если при пробуждении больных после наркотического сна, вызванного гексеналом и эвипаном натрия, большинство из них жаловалось на тяжесть в голове, головокружение, вялость, чувство общей скованности и т. п., то после пробуждения от сна, вызванного амиталом натрия, больные, как правило, подобных жалоб не предъявляли или предъявляли их крайне редко.

С момента начала внутривенного введения наркотического вещества (амитал натрия) и до стадии поверхностного сна (начальная стадия наркоза) врачом проводится психотерапевтическое воздействие на больного, которое включает следующие этапы: *первый этап* — предварительный или подготовительный; *второй этап* — этап общего успокоения больного и выравнивания эмоционального фона; *третий этап* — этап угасания навязчивостей и перестройка отношения к ним; *четвертый этап* — пере-

18

стройка отношения больного к болезни в целом; *пятый этап* — разъяснение роли самовнушения в процессе выздоровления; *шестой этап* — этап активации личности; *седьмой этап* — этап наркологического сна.

Таблица №]

Стадии наркоза (по М. Э. Телешевской) и этапы наркопсихотерапии при неврозах с навязчивостями (по Д. А. Каменецкому):

Стадии наркоза	Доза 10% раствора амитала натрия в см	№ п/п	Этапы наркопсихотерапии
1. Понижение общей активности и инициативы	0,5-1,0	1	Предварительный или подготовительный этап (проводится на начальном этапе наркопсихотерапии)
2. Понижение эмоциональных сдвигов	1,5-2,0	2	Общее успокоение больного и перестройка эмоционального фона
3. Изменение сознания от легкого до выраженного оглушения	2,0-2,5	3	Уравновешивание центральной нервной системы
	2,5-3,5	4	Угасание навязчивостей и перестройка отношения к ним
	3,5-4,5	5	Перестройка отношений к болезни в целом
	4,5-5,0	6	Активация личности
4. Поверхностный сон переходящий в наркоз	5,0-6,0	7	Нарастание наркотического сна. Попытка вступить с больным в словесный контакт становится невозможной
5. Наркоза /	6,0-7,0	8	Продолжение наркотического сна до полного пробуждения

19

На предварительном или подготовительном этапе наркопсихотерапии, проводимом до начала внутривенного вливания 10% раствора амитала натрия, врач знакомится с больным, ставит диагноз заболевания, разъясняет больному сущность самого болезненного процесса, его патофизиологические механизмы и роль психотерапии в выздоровлении пациента. Этому этапу мы придаем огромное значение. Мы считаем, что именно на этом этапе закладываются основные предпосылки для успеха всей последующей терапии, ее фундамент.

На *первом этапе* происходит знакомство врача с больным. Именно особенности знакомства врача с больным уже в первой беседе определяют эффективность психотерапевтического воздействия на больного всей последующей психотерапии.

Знакомясь с больным, врач должен помнить о том, что от его поведения, его подхода, такта, умения говорить с ним и т. д. зависит успех его воздействия на больного.

Как только больной вошел в кабинет к врачу, последний должен все свое внимание направить только на больного: смотреть ласково ему в глаза, вежливо пригласить его сесть. Усадить больного необходимо таким образом, чтобы ему было максимально удобно. Знакомство необходимо начать с уточнения фамилии, имени, отчества и возраста больного. Затем врач должен представиться больному, назвать свою фамилию, имя, отчество и, желательно не в хвастливой форме, сообщить о себе некоторые данные, которые свидетельствовали бы о том, что врач не новичок в своей профессии и что в его практической деятельности имеются успехи в лечении неврозов с явлениями навязчивостей.

Приступая к расспросу больного о целях его посещения врача, необходимо исключить

стандартные вопросы. Мы обычно начинаем общую беседу с вопроса «Что Вас привело к нам или что Вас беспокоит?» и т. д.

Расспрашивая о жалобах больного, необходимо воспринимать их не формально, а пытаться понять их как можно глубже и точнее. Углубленное изучение жалоб больного, с одной стороны, помогает врачу полнее диагностировать заболевание, а с другой стороны, способствует повышению авторитета врача, что, в свою очередь, будет способствовать более успешному лечению. По нашему мнению, при тщательном опросе врачом больного у последнего складывается все более теплое отношение к врачу, понимание того, что перед ним не формалист, а врач-гуманист с огромным опытом работы.

Всесторонне изучив жалобы больного, врач переходит к истории болезни. Он старается акцентировать внимание больного на психотравмирующих переживаниях, способствовавших развитию болезненного процес-

20

са, детально выяснить особенности течения заболевания, его динамику. Таким образом, у врача появляется возможность правильной постановки диагноза заболевания.

Далее, по нашему мнению, врач должен сообщить больному его диагноз, разъяснить суть патологических механизмов, исходя из основных положений учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности.

Для этого мы подробно рассказываем больному в доступной для него форме (в зависимости от уровня его образования) о некоторых особенностях строения и работы головного мозга как центрального органа, управляющего всей жизнедеятельностью организма и обеспечивающего нормальное взаимодействие человека с внешней средой. Мозг состоит из огромного числа (до 20 миллиардов) нервных клеток, каждая нервная клетка обладает основным свойством: проводить или не проводить импульс; у здорового человека основные нервные процессы (тормозной и возбуждающий) уравновешены и имеют одинаковую силу и одинаковую подвижность (скорость перемещения по коре головного мозга).

Далее врач разъясняет больному, что в результате переживаний (стрессовых ситуаций) наступила дисрегулированность основных нервных процессов, в результате чего эти два процесса — и тормозной и возбуждающий — ослабели и стали менее подвижными, что и привело к развитию множества невротических симптомов (врач перечисляет все вторичные симптомы болезни), в том числе те или иные навязчивости (фобии). Возникновение навязчивых страхов объясняется тем, что при дисрегулированности основных нервных процессов, ослаблении их силы и подвижности в отдельных участках коры головного мозга возникают отрицательные условно-рефлекторные связи, которые и тормозят полноценную жизнедеятельность человека в той или иной сфере его интересов.

Далее врач подчеркивает, что дисрегулированность основных нервных процессов и образование отрицательных условно-рефлекторных связей в виде того или иного страха носят временный характер и не чреваты какими-то далеко идущими последствиями.

Заканчивает врач предварительную беседу с больным разъяснением своей задачи в том, чтобы в процессе психотерапевтического воздействия на больного во время проведения наркопсихотерапии уравновесить основные нервные процессы: восстановить их силу и подвижность; угасить отрицательные условно-рефлекторные связи, и тем самым способствовать выздоровлению больного.

Во время подготовки больного к *первому сеансу* наркопсихотерапии, непосредственно перед началом сеанса, врач рассказывает больному, что лечение состоит в том, что больному будут внутривенно вводить лекар-

21

ства, которые будут медленно погружать его в состояние сна. В это время врач будет все время поддерживать беседу с больным, способствуя тем самым углублению тормозного состояния в коре головного мозга, аналогичного гипносуггестивному состоянию. На этом фоне будет проводиться внушение, нацеленное на выздоровление больного.

После завершения *подготовительного* или *предварительного этапа* наркопсихотерапии врач начинает погружать больного в состояние наркотического сна, постоянно поддерживая с ним беседу. Следующий этап наркопсихотерапии мы назвали этапом общего успокоения больного и перестройки его эмоционального фона; он соответствует двум первым стадиям наркоза: снижения общей активности и эмоциональных сдвигов, которые наступают после внутривенного введения от 0,5 до 2,0 см³ 10% раствора амитала натрия (см. табл. 1). Врач начинает внушение: «Вы лежите

в постели в удобной для Вас позе, глаза Ваши закрыты; все Ваше внимание сосредоточено на моем голосе; Вы чувствуете, как расслабляются мышцы Ваших рук, ног, туловища и головы. Ваши мышцы рук, ног, туловища и головы продолжают расслабляться. Ваши мышцы рук, ног, туловища и головы расслабились полностью, то есть мышцы всего Вашего тела расслабились полностью» и спрашивает, чувствует ли больной в действительности расслабление мышц всего тела. Получив от больного положительный ответ, врач продолжает внушение: «Вы продолжаете погружаться в замечательный лечебный сон, мышцы Вашего тела продолжают расслабляться, Вы начинаете ощущать себя спокойным, уравновешенным человеком. Спокойствие возрастает, исчезают всяческие волнения, раздражения, Вы становитесь все более спокойным и уравновешенным человеком. Ваше спокойствие продолжает нарастать и становится более устойчивым, более постоянным, Вы продолжаете становиться человеком более стойким и более выносливым. Вы чувствуете, что Ваше спокойствие, стойкость и выносливость становятся такими, какими они были до начала заболевания. Ваше настроение выравнивается, появляется жизнерадостное чувство». В это время на лице у больного может появиться легкая улыбка, и врач снова спрашивает больного о его настроении. Получив от больного подтверждение его хорошего настроения, врач продолжает внушение: «Вы чувствуете себя все более спокойным, стойким, выносливым и жизнерадостным, то есть таким, каким Вы себя чувствовали до начала заболевания». После того как больной подтвердит, что он действительно чувствует себя здоровым человеком, врач переходит к внушению третьего этапа наркопсихотерапии — этапа уравнивания центральной нервной системы. Начало этого этапа соответствует третьей стадии наркоза — стадии изменения

22

сознания от легкого до выраженного оглушения, наступающего в результате внутривенного вливания амитала натрия от 2 до 5 см³.

В период *легкого оглушения* врач продолжает внушения: «На фоне возрастающего здорового самоощущения начинает уравниваться Ваша центральная нервная система. Под влиянием моих внушений начинают уравниваться основные нервные процессы центральной нервной системы: тормозной и возбудительный, которые врачи по праву называют основными нервными процессами. Мы называем их основными нервными процессами потому, что этим двум нервным процессам принадлежит ведущая регулирующая роль. Они — эти нервные процессы: тормозной и возбудительный — регулируют все функции Вашего организма; они — эти два нервных процесса: тормозной и возбудительный — управляют всеми системами организма, и, наконец, они — эти два нервных процесса: тормозной и возбудительный — обеспечивают нормальное приспособление (адаптацию) Вашего организма к условиям внешней среды. Повышение уровня адаптации Вашего организма к условиям внешней среды будет способствовать быстрейшему Вашему выздоровлению».

Стадии наркоза более *выраженного оглушения* соответствует *четвертый этап* наркопсихотерапии — этап угасания навязчивостей и перестройки отношений к ним. Врач продолжает внушение: «Вы чувствуете себя здоровым человеком, продолжает уравниваться Ваша центральная нервная система, Ваш организм начинает работать как единое здоровое целое. И как сейчас Ваш организм работает как единое здоровое целое, точно так же и после пробуждения от целебного сна будет работать как единое здоровое целое. Подтверждением того, что после пробуждения от целебного сна жизнедеятельность Вашего организма сохранится здоровой, будет являться сохраняющееся после Вашего пробуждения от целебного сна спокойствие. Вы будете себя чувствовать спокойнее и здесь, на лечении, и дома, и на работе, и в гостях, и в общественных местах, и в обстановке внешне спокойной, и в обстановке напряженной, экстремальной, Вы будете чувствовать себя совершенно спокойным человеком в любой ситуации. И чем спокойнее Вы будете чувствовать себя, тем спокойнее Вы будете реагировать на любые, даже чрезвычайно сильные внешние раздражители. Но особенно спокойно Вы будете реагировать на те болезненные явления, которые явились поводом Вашего обращения ко мне. Вы будете спокойнее реагировать на отдельные симптомы болезни, в том числе и навязчивые страхи (врач здесь конкретно называет имеющийся у больного страх), во-первых, потому, что под влиянием моих внушений Вы станете более спокойным человеком, во-вторых, потому, что под влиянием

23

моих внушений Вы поймете, что все невротические симптомы, в том числе и навязчивости, являются временными, болезненными расстройствами, не чреватými какими-либо тяжелыми последствиями, и что по своей природе они носят характер отрицательных условно-рефлекторных

образований.

В связи с тем что всякие условные рефлексы без подкрепления угасают, Ваша спокойная реакция на любые болезненные симптомы, в том числе и навязчивые состояния, и будет тем условием, которое способствует угасанию отрицательного рефлекса, то есть навязчивого страха. Чем спокойнее Вы будете реагировать на появление навязчивого страха, тем слабее и реже он будет появляться. Уже сегодня, во время первого сеанса, под влиянием моих внушений, начался процесс угасания навязчивостей, который будет ускоряться в последующих сеансах до их полного исчезновения, то есть до Вашего полного выздоровления».

Пятый этап нарюпсихотерапши — этап перестройки отношений больного к болезни в целом, соответствует более выраженной стадии оглушения. Обратившись к больному с вопросом, слышит ли тот его, и получив утвердительный ответ, врач продолжает внушение: «Ваше внимание продолжает сосредоточиваться на моем голосе, сон углубляется, Вы стараетесь как можно больше вчувствоваться во все то, что я говорю. Вы продолжаете себя чувствовать легко и спокойно. Спокойствие Ваше продолжает возрастать и на фоне возрастающего спокойствия все болезненные явления, в том числе и навязчивости, продолжают угасать. Их полное угасание наступит тогда, когда в состоянии бодрствования Вы полностью перестанете вспоминать и анализировать отдельные болезненные симптомы и болезнь в целом. Весь период болезни под влиянием моих внушений продолжает вытесняться из Вашего сознания и забываться. Даже при желании Вы больше не сможете вспомнить об отдельных болезненных явлениях и о болезни в целом. Под влиянием моих внушений все связанное с болезнью полностью забывается. Я рекомендую Вам уже после первого сеанса нарюпсихотерапии перестать с кем-либо говорить на тему болезни, перестать интересоваться медицинской литературой, имеющей отношение к Вашему заболеванию. Все неясные вопросы медицинского характера Вы всегда сможете выяснить только в беседе со мной».

Шестой этап — этап активизации личности — соответствует самой глубокой стадии оглушения. В этот период врач, обращаясь к больному, вынужден задавать один и тот же вопрос многократно для получения ответа. Врач более громким голосом продолжает внушение: «Сон продолжает углубляться; внимание Ваше продолжает сосредоточиваться на моем голосе. Вы продолжаете все больше и больше вчувствоваться в каждое мое

24

слово. Вы чувствуете себя легко и спокойно; весь период болезни вытеснился из Вашего сознания и забылся. Под влиянием моих внушений начинают пробуждаться Ваши интересы к обыденным сторонам Вашей жизни и деятельности. Вы начинаете интересоваться всем тем, чем Вы интересовались в период Вашего полного здоровья. Под влиянием моих внушений начинают пробуждаться Ваши интересы к работе, дому, семье; Вы начинаете проявлять интерес к художественной литературе, искусству, кино, театру, телевизионным передачам, прессе и т. д.». Перечень интересов для каждого больного врач строит индивидуально, с учетом особенностей и склонностей каждого больного.

И далее врач продолжает внушения: «Наряду со всеми перечисленными выше Вашими интересами, под влиянием моих внушений, будет пробуждаться также Ваш интерес к строгому соблюдению Вами физкультурного (спортивного) режима. Спорт в жизни каждого, даже здорового человека, имеет очень важное и полезное значение, но вдвойне полезно соблюдение физкультурного (спортивного) режима для больных, страдающих невротами. Я рекомендую Вам уже после первого сегодняшнего сеанса начать бег трусцой по утрам продолжительностью 30 минут и утреннюю зарядку (индивидуально для каждого больного) продолжительностью также 30 минут. Бег трусцой — это полуспортивный медленный бег, сопровождающийся встряской мышц всего Вашего тела. Вы должны начать бег с 5 минут, ежедневно продлевая его на 1 минуту. Если во время наращивания продолжительности бега на каком-либо отрезке времени (допустим, на 16-й минуте) появится состояние дискомфорта, не следует далее наращивать продолжительность бега. Следует несколько дней до преодоления дискомфорта сохранить прежнее время бега, а затем можно продолжить наращивать время бега до 30 минут. Спортивный режим следует соблюдать постоянно. Занимаясь ежедневно спортом, Вы тем самым будете способствовать наращиванию мышечного тонуса. А чем сильнее будет нарастать Ваш мышечный тонус, тем больше будет повышаться тонус нервных клеток мозга. На фоне повышающегося мозгового тонуса быстрее будут угасать невротические симптомы. Мозг станет более устойчивым к различным внешним, даже чрезвычайно сильным раздражителям, и уровень адаптации Вашего организма к условиям внешней среды повысится.

Седьмой этап — этап активации личности, завершающий этап наркопсихотерапии. Во время 3-5 сеансов врач проводит внушения, нацеленные на преодоление затруднений, возникающих при перемещении городским транспортом, пребывании на высоте, в замкнутых пространствах и т. д. Причем тренировку по преодолению страха езды городским транспортом рекомендуется начать с тренировки в последовательности обратной их раз-

25

витию, то есть вначале рекомендуется преодолевать затруднения при пользовании теми видами транспорта, которые появились в последнюю очередь, а затем теми, которые появились первоначально. Для жителей городов с наличием метро в большинстве своем «страх» возникает впервые в метро. Следовательно, тренировку по преодолению этого страха в метро следует рекомендовать после того, как страх в пользовании другими видами транспорта уже будет преодолен.

Далее внушения врача прекращаются в связи с тем, что на четвертой стадии наркоза — стадии поверхностного сна, переходящего в наркотический сон, словесный контакт с больным становится невозможным. Больной перестает отвечать на вопросы даже после многократного их повторения, однако он еще реагирует на легкие уколы иголки.

И уже на пятой стадии наркоза, наступающей после внутривенного введения 10% амитала натрия от 6,0 до 7,0 см³ препарата, больной полностью погружается в наркотический сон. Больной не отвечает на вопросы и не реагирует на уколы. Наркотический сон продолжается от 2 до 5 часов. С нашей точки зрения, сон является дополнительным лечебным фактором, усиливающим эффективность применяемого метода лечения. Описанный выше вариант наркопсихотерапии применялся нами не только в условиях стационара, но и амбулаторно.

Настоятельная необходимость использования наркопсихотерапии в амбулаторных условиях диктовалась условиями повседневной практики:

- 1) отсутствие в ряде городов, а тем более в райцентрах стационаров для лечения неврозов;
- 2) необходимость постоянной проверки у больных терапевтических результатов в естественных условиях (тренировки по преодолению трудностей при пользовании городским транспортом, в приобщении к трудовым процессам и т. д.).

Описанную нами выше модель наркопсихотерапии применительно к лечению неврозов с состояниями навязчивости можно условно разделить на три периода с учетом особенностей ее воздействия и эффективности.

В первом периоде навязчивости начинают терять свою остроту и больные более спокойно воспринимают их появление. По нашим наблюдениям, для этого требуется от 10 до 15 сеансов. За этот период удается в значительной степени ослабить напряжение, вызванное ранее навязчивостями, обеспечить более редкое их появление и создать все необходимые условия для эффективного их подавления, то есть удается в корне изменить течение заболевания и создать условия, необходимые для успешного обратного развития болезни до полного выздоровления.

26

Во втором периоде лечения внушение в основном нацелено на перестройку отношения больного к болезни в целом. Для этого требуется проведение еще 5-6 сеансов. Все внимание нацелено на тренировку в преодолении трудностей, вызванных самими навязчивостями.

И, наконец, в третьем периоде внушение характеризуется нацеленностью больного на последующее (после лечения) правильное отношение самого больного к навязчивостям в том случае, если они появятся вновь.

Изложенная выше схема наркопсихотерапии, используемая нами как в стационарных, так и в амбулаторных условиях, может не быть исчерпывающей для всех без исключения случаев неврозов с навязчивостями, но стать примерным планом, которым можно и нужно руководствоваться при лечении больных, страдающих не только неврозами с навязчивостями, но и другими неврозами.

Таким образом, наш опыт лечения больных, страдающих неврозами, по представленной выше схеме свидетельствует о простоте и эффективности применяемого метода, обеспечивающего эффективную перестройку отношения личности к отдельным болезненным симптомам и болезни в целом.

Глава III

Вопросы клиники и патофизиологических механизмов неврозов с состояниями навязчивости

От первого описания «навязчивого симптома» до современного учения о навязчивых состояниях

прошло около 400 лет. У Ю. В. Каннабиха (1928) имеются указания на то, что впервые Plater в своих «Observation» описал этот симптом как явление душевной жизни, от которого человек стремится освободиться и не может. В 1783 г. Морицом (цит. по Д. С. Озе-рецкому, 1950) описано самонаблюдение одного учителя, который в течение целого года страдал навязчивым страхом апоплексии.

В дальнейшем описание навязчивостей, наблюдающихся у больных, встречается у Pinel (1809), который дал им название «*manie sans delire*» и у Esquirol (1858), назвавшего их «*monomanie*». Значительно позже психиатры разных стран давали самые разные наименования навязчивостям. Так, в России термин «навязчивые идеи» был предложен И. М. Балинским (цит. по В. А. Гиляровскому, 1954) еще в XIX веке и с тех пор укрепился в русской психиатрической литературе. В Германии К. Kraft-Ebing (1867) описал навязчивые представления (*Zwangsvorstellungen*), а Griesinger (1868-1869) и Berger (1878) — навязчивые мудрствования (*Griibelsucht*). Во французской литературе есть описание Legrand du Saulle (1875) болезненных сомнений со страхом прикосновения к предметам (*folie du duote avec delire du toucher*).

Постепенно начали появляться характеристики многочисленных разновидностей навязчивых состояний под различными терминами: *idees fixes* (неподвижные, закрепившиеся идеи); *obsessions* (одержимость), *impulsions conscientes* (сознаваемые влияния), *idees imperatives* (повелительные мысли) и т. д. Однако вся эта многообразная терминология не проливала света на сущность навязчивых состояний.

Moriel (1866) первым попытался внести ясность в изучаемые явления. Он описал навязчивые состояния под названием *delire emotif* и попытался дать им первое, хотя не совсем верное определение, полагая, что навязчивости являются проявлением надуманных эмоций, но это, с нашей точки зрения, неверно.

Более точное определение навязчивым представлениям дал Westphal (1877), считая что это «такие представления, которые проявляются в содержании сознания страдающего ими человека, против и вопреки его желанием, при не затронутом в других отношениях интеллекте и не будучи обусловленными особым эмоциональным или аффективным состоянием; их не удается устранить, они препятствуют нормальному течению

28

представлений и нарушают его; больной с постоянством признает их за нездоровые, чуждые ему мысли и сопротивляется им в своем здоровом сознании; содержание этих представлений может быть очень сложным, часто, даже большей частью, оно бессмысленно, не находится ни в каком очевидном соотношении с прежними содержаниями сознания, но даже самому больному оно кажется непонятным, как бы прилетевшим к нему из воздуха».

По мнению Westphal, характерные свойства навязчивых идей заключаются в том, что они появляются в сознании больного вопреки его желанию, они не обусловлены особым эмоциональным состоянием, их не удается устранить, вследствие чего они нарушают нормальное течение представлений и больной признает их за нездоровые, чуждые ему мысли.

Несомненно, следует признать, что навязчивости, представления и идеи возникают в сознании больного вопреки и против его желания. Однако справедливость мнения Westphal, что навязчивые состояния не обуславливаются особым эмоциональным состоянием, подлежит сомнению.

И позднее зарубежные ученые Janet (1903), Kraepelin (1910), Jaspers (1913), Freidmann (1920), Schneider (1923) и др. пытались дать определение явлениям навязчивости. Однако, как правило, они приводили только общее определение понятия навязчивости без учета качественных особенностей, характеризующих навязчивые состояния.

Некоторой пестроте и терминологической путанице отдельных зарубежных авторов противостоят более четкие формулировки отечественных исследователей.

Так, С. С. Корсаков (1900) считает, что навязчивости проявляются не только «навязчивыми» сознанию мыслями, но состояниями эффективности и побуждения. П. Б. Ганнушкин и С. А. Суханов (1902) дали подробное описание характера больных психастениями. Причем первый назвал его психастеническим, второй — тревожно-мнительным. Они отмечали, что на почве этих характерологических особенностей и возникают навязчивые состояния при психастении.

М.О. Гуревич (1949) определяет навязчивые идеи как «мысли, появляющиеся в сознании больного вопреки его желанию; появлению навязчивых идей способствует состояние астении. Характерной чертой навязчивых мыслей является их явная ненужность и даже полная нелепость». В. А. Гиляровский (1954) навязчивые идеи трактовал как «вторгшиеся насильно в сознание мысли, которые, не будучи значительными, по своему содержанию, всецело овладевают больным,

настойчиво возвращаются, несмотря на все усилия освободиться от них, при ясном сознании их ненужности и бессмысленности». И. Ф. Случевский (1958) определяет навязчи-

29

вую идею как «мысль, которая чаще является нелепой по своему содержанию, но к нелепости ее больной всегда относится критически... В сознании человека она находится с непреодолимым постоянством и самый факт этого непреодолимого постоянства переживается больным крайне болезненно». С. Д. Давыденков (1963) подчеркивает, что больной, по крайней мере вне момента наплыва навязчивых состояний, прекрасно отдает себе отчет в их бессмысленности и нелепости, но в то же время почему-то переживает их снова и снова, причем в совершенно отрицательной форме, не будучи в состоянии избавиться от них усилием воли».

Несомненный интерес представляет определение навязчивых состояний, данное Н. К. Липгартв 1974 г. По ее мнению, последние появляются в сознании больного человека внезапно в виде «мыслей», представлений и других явлений, не связанных в данный момент с содержанием сознания, и поэтому воспринимаются больными как чуждые, эмоционально неприятные, однако с пониманием того, что все это его собственные, но не навязанные извне. Феномен навязчивости разыгрывается на фоне ясного сознания, хотя последнее во время тяжелых приступов навязчивости может быть аффективно сужено, ясность сознания, с одной стороны, и «чуждость» навязчивых явлений его содержанию с эмоциональной оценкой их, с другой, порождает критическое отношение к ним и побуждает больного бороться с этими болезненными явлениями, что и отличает их от бреда». Н. К. Липгарт точно определила отличительные особенности навязчивостей от бреда по критическому отношению больных к последним и указала, что, хотя навязчивости и разыгрываются на фоне ясного сознания, последнее может быть сужено в значительной степени в период тяжелых приступов навязчивостей.

Представляют интерес описанные в последнее время Т. Н. Соколовой (1974) контрастные навязчивости, под которыми автор понимает навязчивые мысли, навязчивые страхи, навязчивые представления и навязчивые побуждения. Эти навязчивости, по мнению автора, встречаются и при неврозах, и при психических заболеваниях. В рамках неврозов, чаще всего при неврозе навязчивых состояний, отмечается массивный страх возможного выполнения опасных или нелепых деяний. Для больных психастенией, по мнению Т. Н. Соколовой, типичны навязчивости морально-этического содержания; для истерической психопатии — яркое образное представление криминального или аморального поступка.

По мнению А. М. Свядоца (1997), в этих случаях речь идет не о навязчивом влечении к совершению действий, а о страхе перед возможностью их совершить, связанном с ярким представлением этого действия. Здесь мы полностью солидаризируемся с мнением А. М. Свядоца и констатиру-

30

ем, что примером страха возможного выполнения опасных и нелепых действий является страх перед острыми предметами, во время появления которых чаще всего возникает боязнь того, как бы не нанести телесные, смертельно опасные повреждения острыми предметами, чаще всего детям. Наши длительные и многочисленные наблюдения за такого рода больными (чаще всего это были молодые женщины) показали, что ни в одном наблюдении навязчивости такого рода не реализовались. Причем в редких случаях наблюдалась боязнь причинить себе повреждение острым предметом, но также без последствий. Это соответствует нашему мнению о том, что навязчивости никогда не реализуются. Другими словами, наличие навязчивости исключает при навязчивостях возможность заболеть тем или иным заболеванием, совершить то или иное действие.

Большинство авторов (Д. С. Озерецковский, 1950; Р. А. Наджаров, 1956; Е. С. Матвеева, 1975; А. Б. Смулевич, 1975 и др.) подчеркивают следующие дифференциально-диагностические критерии навязчивостей при шизофрении и невротических. По их мнению, навязчивости при шизофрении отличаются отсутствием образности, бледностью эмоциональных компонентов, монотонностью, наличием однообразного штампа навязчивостей, ригидностью, обилием ритуалов, склонностью к систематизации. Подчеркивается также внезапность и немотивированность их возникновения; ритуалы, которыми эти навязчивости обрастают, отличаются бессмысленностью и нелепостью. При углублении болезненного процесса часто наблюдается присоединение стереотипных моторных и идеаторных ритуалов.

При усложнении обсессивного синдрома в рамках шизофрении иногда, по мнению этих авторов, могут возникать навязчивые сомнения; возникновение навязчивостей вовсе не зависит от внешних

факторов, как это бывает при неврозах. При шизофрении навязчивости часто сочетаются с симптомами дереализации и деперсонализации.

По наблюдениям Е. С. Матвеевой (1974), у больных малопрогредиент-ной шизофренией на начальном этапе ее развития сохраняется критическое отношение к навязчивостям, и больной пытается бороться с ними. Мы своим больным никогда не рекомендуем вести борьбу с навязчивостями, ибо, по нашим наблюдениям, всякие попытки противостоять навязчивостям, как правило, способствовали их усилению.

М. Ш. Вольф (1974) отмечает у больных эпилепсией навязчивую потребность в перемещении, удалении или разрушении отдельных предметов, а также появление навязчивых, часто бессмысленных словосочетаний, отдельных фраз, обрывков воспоминаний или мучительных сомнений, которые больные не могут осознать и тем более объяснить. Мы бы не

31

относили описанные автором расстройства к навязчивым состояниям. По нашему мнению, все описанные выше расстройства психической деятельности, скорее всего, относятся к сфере мышления и аффективным расстройствам.

А. В. Снежневский (1978) навязчивые явления разделяет на две формы: отвлеченные, безразличные по своему содержанию, и образные с аффективным, нередко крайне тягостным содержанием. К первой автор относит бесплодное мудрствование (умственная жвачка), навязчивый счет, навязчивое воспроизведение в памяти забытых имен, фамилий, определений и др. Ко второй форме — навязчивые воспоминания, хульные, кощунственные мысли в виде контрастных представлений, навязчивые сомнения и опасения в удачном выполнении привычных действий и др.

Небезынтересным являются описанные В. В. Ковалевым (1979) у детей возникающие чаще всего в детском возрасте элементарные, навязчивые движения. Первоначально они, по мнению автора, могут быть связаны с неудобной одеждой, реакцией смущения или подражанием. Затем они фиксируются, но в отличие от органических у них нет элементов насильственного™, и их можно сдерживать усилием воли. Мы наблюдали такого рода расстройства в подростковом возрасте в виде навязчивых движений или тиков. Мы рекомендовали больным с тиками, готовя их к лечению, ни в коем случае не пытаться насильственно задерживать тики, так как попытка это сделать лишь усиливала их характер.

Определения навязчивостей, данные рядом как отечественных, так и зарубежных авторов на различных этапах развития учения о навязчивых состояниях, хотя и характеризуют навязчивости больше в точки зрения их феноменологии, все же частично свидетельствуют о различных взглядах этих авторов на существо навязчивых состояний, при этом разные авторы переоценивают значение отдельных сторон психической деятельности в генезе явлений навязчивости.

Так, многие годы одними авторами (Griesinger, 1868-1969; Westphal, 1877; Thoimpson, 1895; Hoche, 1901; Bumke, 1906 и др.) признавалась ведущая роль интеллектуальных нарушений в возникновении навязчивых состояний. Другие (Morel, 1866; Donath, 1896; Vallan, Ch. и Mape, 1897; Pitres A. H. Regis E., 1899; НИ. Скляр, 1908; И. П. Борисов, 1916; В. П. Осипов, 1919; Jahrgreis S. W., 1928; Stering D., 1939 и др.) стояли на точке зрения эмоциональной обусловленности навязчивых состояний. Morel (1866) отнес навязчивости к особому, «эмотивному бреду».

Утверждалась возможность возникновения навязчивых идей не только на интеллектуальной, но и на эмоциональной основе (Jastrowitz, 1881; А. С. Terber, 1924).

32

Arnand (1901) и Н. Л. Сикорский (1910) причину появления навязчивых состояний объясняли ослаблением воли. Л. О. Даркшевич (1917) помимо ослабления воли при навязчивых состояниях указывал на расстройство координации мышления. Loewenfeld J. (1904) считал основным механизмом навязчивых явлений «неподвижность» представлений.

Таким образом, большинство авторов считало ведущими в происхождении навязчивости нарушения эмоций и интеллекта.

Наши отечественные психиатры направили изучение этого процесса по пути клинко-физиологического анализа. Они показали роль всех сторон психической деятельности в генезе навязчивостей (С. С. Корсаков, 1901; В. Н. Образцов, 1905).

С. С. Корсаков (1901) по этому вопросу писал: «Собственно говоря, навязчивые идеи не относятся исключительно к расстройствам одной интеллектуальной сферы. Несомненно, что в значительной степени при навязчивых идеях страдает эмоциональная сфера, т. к. навязывающиеся идеи вызывают чрезмерное волнение, и воля, особенно та функция воли, которая выражается в акте

внимания. При навязчивых идеях деятельность активного внимания не в состоянии удалить из сознания те репродукции, которые не желательны, напротив, они с напряженностью возникают в сознании».

Идеи С. С. Корсакова нашли свое подтверждение в работах М. О. Гуре-вича (1943), В. А. Гиляровского (1954), И. Ф. Случевского (1958), которые считают, что в каждом навязчивом явлении содержатся и представления, и чувства, и влечения, тесно связанные между собой. S. Freud (1911) считал, что все без исключения неврозы, в том числе и неврозы с навязчивостями, возможно, в первую очередь являются продуктом нарушения правильного развития полового влечения «либидо» с регрессом к одной из детских «инфантильных фаз» его развития. Он трактовал навязчивости как «символы сексуальных переживаний раннего детства, связанных с каким-нибудь сексуальным удовлетворением, и вместе с тем и чувство вины». S. Freud (1921) навязчивые действия объяснял психологическим значением прикосновения, которое означает собой начало всякого обладания, всякой попытки подчинить себе человека или предмет. Jaspers R. (1913), Schneider K. (1923), Kretzmer E. (1927), Kahn E. (1928), Hoffman H. (1928) и др., оставаясь на фрейдовских позициях, трактовали навязчивости как защитный механизм против запрещенных моральных влечений.

В современной психиатрии прямыми последователями S. Freud являются современные «неофрейдисты». Наиболее видные их представители
-Заказ №981.

33

— американские психоаналитики Fromm (1941), Homey (1939; 1945; 1950), Sullivan (1953). Основные их взгляды отличаются от взглядов S. Freud лишь по форме, кратко они сводятся к тому, что причина конфликтов у человека связана не с эдиповым комплексом, являющимся альфой и омегой классического психоанализа, а прежде всего с социальными условиями, со взаимоотношениями организма с внешней средой, главным образом с обществом, в котором живет и трудится человек. Конфликт идеальных представлений о личности «Я» с реальной действительностью — вот, собственно, основа психопатологии и психосоматики неофрейдизма. Неофрейдисты отмечают, что ортодоксальный фрейдизм оказался в тупике именно потому, что психоаналитическая теория З. Фрейда «совершенно не придавала значения «культурным» факторам, признавая лишь аппетит инстинктов.

Однако идейная связь неофрейдизма с ортодоксальным, классическим фрейдизмом остается самой прочной, исторически сложившейся единой теорией.

Социальная среда для неофрейдистов, замечает Г. Уэллс (1959), является только «декорацией» для развертывающейся внутри психики напряженной драмы противоречивых эмоций. По теории Ноггеу, движущей силой поведенческих реакций человека и его практической деятельности, мышления являются бессознательные эмоциональные стремления и порожденные ими потребности, желания, импульсы.

Родоначальником наследственно-конституциональной теории навязчивых состояний были Morel (1866), Krafft-Ebing (1867), Legrand du Sautte (1875), Kraepelin (1910), которые относили навязчивости к разделу врожденных болезненных состояний, придавая значение в их возникновении различным факторам. В последующем эту точку зрения разделяли многие зарубежные и отечественные психиатры: V. Mognan (1897); С. А. Суханов и П. Б. Ганнушкин (1902); О. Витке (1906); В. М. Бехтерев (1908); А. Pilcz (1909); Raymond (1910); И. С. Сикорский (1910); В. Ф. Чиж (1911); К. Bonhoffer (1913); W. Stacker (1914); E. Bleuer (1916); П. О. Даршкевич (1917); E. Kretzschmer (1918); N. Friedmann (1920); Meggendorfer (1922); A. Friedlander (1923); Т. И. Юдин (1926); E. Kahn (1928); H. Hoffman (1928); М. О. Гуревич и М. Я. Сербский (1949); W. Mayer-Gross (1954), которые или расценивали навязчивые состояния как признак наследственной дегенерации, или считали возможным развитие навязчивостей у лиц с шизоидной и циклоидной конституцией, у психопатов, у людей с психастеническими чертами характера и мн. др.

34

С. А. Суханов (1912), а затем Т. И. Юдин (1920) придавали огромное значение тревожно-мнительному характеру в генезе навязчивостей. Они считали, что этот характер составляет основу психастении, которая конституционально обусловлена. П. М. Зиновьев (1927) не считал психастенический характер конституционно обусловленным. Он относил последний к группе невротических характеров.

Некоторые авторы (А. Pitreset, E. Regis (1897); Loewenfeld (1897); P. Janet (1903) А. Voge и М. Cenax (1933), хотя и признавали наследственное отягощение в возникновении навязчивостей, все же

считали, что навязчивости могут возникать и у лиц без наследственной отягощенности. Помимо вышеописанных теорий, придававших значение генетической обусловленности навязчивостей, ряд авторов стояли на точке зрения их органического происхождения (Th. Maunert, 1888; Ch. Vallon и A. Marie, 1899; Wexberg, 1929; P. Schilder, 1938; Д. С. Озерецковский, 1950). Интересна точка зрения О. Н. Бинсвангера (1906) и Н. М. Бруханского (1923), высказывавшихся относительно соматической обусловленности навязчивых состояний. Н. Hoffman (1928) считал, что навязчивости могут появляться под влиянием алкоголизма у лиц с наследственной отягощенностью.

Первая попытка объяснить патогенетические механизмы навязчивостей рефлекторной природой была сделана М. М. Асатиани (1913), который рассматривал фобии как патологический условный рефлекс. По В. М. Бехтереву (1915), фобии представляют собой патологические сочетательно-двигательные рефлексы, в которых участвует и вегетативная нервная система.

А. В. Гернер (1924) рассматривал навязчивые состояния как проявления сложного сочетательного рефлекса на центростремительные раздражения, несущиеся в головной мозг с внутренних органов и конечностей.

Подлинно научное толкование патогенетической сущности навязчивых состояний стало возможным благодаря гениальным трудам И. П. Павлова (1951) о высшей нервной деятельности. Без преувеличения можно сказать, что им и его школой была произведена настоящая революция в учении о неврозах. Работы И. П. Павлова в этой области составили целую эпоху. Большую роль сыграли экспериментальные данные, полученные М. К. Петровой по изучению «страха глубины» у собак (1946).

И. П. Павлов рассматривал фобии как следствие торможения при наличии слабости корковых клеток. Изучение условно-рефлекторной деятельности показало, что торможение, вызывающее различной степени пассивно-оборонительную реакцию, лежит в основе боязливости и трусости у лиц со слабой нервной системой.

2*

35

Дальнейшей разработкой патофизиологических механизмов навязчивых состояний занимались А. Г. Иванов-Смоленский (1923); Л. Б. Гаккель (1938); Е. А. Попов (1940); С. Д. Доценко (1954); М. И. Середина (1955); М. М. Трунова; М. Б. Умаров (1956); У. К. Яковлева (1958); А. М. Халецкий (1958); Н. М. Асатиани (1963) и многие другие. На основании экспериментальных данных этих авторов был сделан важный вывод, что патофизиологической основой явлений навязчивости является патологическая инертность в коре и нижележащих отделах центральной нервной системы с образованием резко изолированных патологических пунктов в коре головного мозга. Определенное значение в понимании патофизиологических механизмов навязчивостей имели исследования К. М. Быкова (1956, 1960) и его сотрудников, показавшие, что наряду с идущей непрерывно центростремительной сигнализацией со стороны экстерорецепторов к коре головного мозга направляется столь же мощная импульсация и со стороны интерорецепторов, и внутренней среды организма, причем и эта сигнализация может сочетаться с безусловными раздражителями по механизму временной связи, образуя настоящие интероцептивные условные рефлексы. Клиническим выражением этого являются описываемые рядом авторов (В. А. Гиляровский, 1954; В. Т. Бахур, 1961; С. Н. Давыденков, 1963; Крейнндлер, 1963; Д. А. Каменецкий, 1968) так называемые навязчивые ощущения, в образовании которых большая роль принадлежит нарушениям интероцептивных связей.

В последние годы рядом авторов (Bremer, 1936; Morguzzi, 1954; Magoun, 1960) были глубоко изучены строение и функция ретикулярной формации ствола мозга.

Большой интерес представляет анализ явлений торможения, проводимый в последнее время П. К. Анохиным (1957; 1958). Анализируя сущность лежащего в основе неврозов взаимодействия процессов возбуждения и торможения, П. К. Анохин говорит о борьбе двух противоположных друг другу целостных реакций организма, например реакции ориентировочно-исследовательской и биологически-отрицательной. Встреча двух противоположных возбуждений, если они задерживают и взаимно стабилизируют друг друга, и может создавать длительное перенапряжение тормозного процесса, лежащего в основе невроза. Интересно также подчеркнуть, что при таком сложном процессе, как указывает П. К. Анохин, может подвергнуться торможению лишь один двигательный компонент в сложной реакции, в то время как вегетативный ее компонент может сохраняться и приходить в состояние стойкого застойного возбуждения. Высказываемые П. К. Анохиным мысли о том, что длительное возбуждение в коре головного

мозга приводит к застою возбуждению в ретикулярной формации, дополняет и расширяет наши представления о патогенетических механизмах навязчивых состояний.

Выше довольно детально мы изложили в историческом порядке вопросы определения навязчивостей, начиная с описания первого навязчивого симптома, через полное и широкое определение, данное Westphal, и до наших дней. Каждое из этих определений отражало уровень развития психиатрии своего времени. На современном этапе развития нашей науки вопрос определения навязчивостей не стоит так остро, как ранее, в связи с тем, что оно, то есть определение понятия навязчивости, не может быть определяющим в учении о навязчивостях.

Сегодня, с нашей точки зрения, более актуальными вопросами для клиницистов в клинике навязчивостей являются вопросы принадлежности навязчивостей к отдельным сторонам психиатрии и их патофизиологических механизмов. Актуальность их понимания и толкования обусловлена тем, что это позволяет врачам находить более эффективные методы, модели психотерапевтического воздействия на больного с лечебной целью.

По нашему мнению, возникновение навязчивых явлений охватывает всю психическую деятельность человека в целом. Возникновению навязчивостей способствует психическая травма, которая вызывает срыв высшей нервной деятельности, приводящий в конечном счете к разрегулированности основных нервных процессов: тормозного и возбуждательного. В результате такого разрегулирования происходит прежде всего ослабление этих основных нервных процессов. Одновременно с их ослаблением происходит снижение их подвижности, то есть они становятся более инертными. Уменьшение силы этих двух процессов и их подвижности приводит к образованию навязчивостей, которые мы трактуем как отрицательные условно-рефлекторные образования. На ослабление основных нервных процессов и на нарастание при инертности организм откликается всеми сферами психической деятельности. В возникновении навязчивостей, по нашему мнению, принимают участие и интеллектуально-мнестическая, и эмоционально-волевая сферы, то есть мы считаем, что возникновение навязчивостей является сложным интегративным процессом, охватывающим все сферы психической деятельности человека в ответ на внешние сильные раздражители. Навязчивые действия могут возникнуть вслед за действием психической травмы через незначительный, довольно короткий интервал или спустя продолжительный интервал после начала действия психической травмы. По времени их возникновения после начала действия на больного психотравмирующей ситуации можно судить об их клинической принадлежности. Клинически, с нашей точки зрения, навязчивые про-

37

явления целесообразней классифицировать как навязчивые мысли, навязчивые страхи или фобии, навязчивые действия и навязчивые ощущения. В отличие от бредовых идей навязчивые отличаются полным их осознанием больными и вместе с тем полным непониманием причин их присутствия и механизма их возникновения, вредностью борьбы с ними, невозможностью без помощи врача освободиться от них.

До сих пор мы останавливались на основных вопросах учения о навязчивых состояниях. Мы рассмотрели исторический аспект их определения и принадлежность к патологии различных сфер психической деятельности человека, патофизиологические механизмы навязчивостей с различных позиций, в том числе и с позиций учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности. Сейчас мы переходим к описанию данных литературы, касающихся непосредственно клинических особенностей навязчивостей вообще и в частности, клиники навязчивостей сугубо при неврозах. Как мы писали выше, учение о клинике навязчивых состояний связано с описанием «навязчивого симптома», которое дало толчок к описанию самых разнообразных вариантов навязчивостей. Сегодня количество наименований отдельных навязчивостей перевалило за 2000 отметку. Далее, от описания единичного навязчивого симптома сделан шаг к описанию навязчивых симптомов при различных заболеваниях (при неврозах, органических заболеваниях, шизофрении, и др.). Ряд авторов (С. Н. Давыденков, 1963; В. А. Гиляровский, 1954; М. О. Гуревич, 1940; и др.) отмечали, что навязчивые состояния могут встречаться и у совершенно здоровых людей как результат переутомления или каких-либо других истощающих организм факторов (инфекции, интоксикации, алкоголизм и др.)

Как мы описали ранее, несмотря на многообразие форм, навязчивости разделяют на навязчивые мысли, навязчивые страхи или фобии, навязчивые действия и навязчивые ощущения. Наиболее интересными и значимыми являются фобии в связи с их частой встречаемостью и большим разнообразием по содержанию. Разновидностей последних так много, что их невозможно

перечислить в рамках нашей работы. Однако с фобиями, обозначенными специальными, самыми распространенными терминами, мы попытаемся вас познакомить.

Одна из самых старых фобий — боязнь открытого пространства, известная под общим названием агорофобия (Legrand du Sautte, 1875,1877; Westphal). Сюда относятся боязнь площадей, улиц и т. д. При одной мысли, что больному нужно перейти площадь, им овладевает страх, что это ему не удастся, что он упадет, что он умрет, что его переедет трамвай и т. д. Нередко больной безуспешно борется с этим состоянием, хотя и

38

понимает обоснованность своего страха. При попытке усилием воли преодолеть пространство страх усиливается; в сопровождении близких и знакомых людей страх хотя и возникает, но больные могут преодолеть пространство.

Клаустрофобия или боязнь замкнутых пространств проявляется в том, что больным овладевает страх, связанный с мыслью, что на него могут обрушиться потолок и стены помещения. Часто страх развивается при езде в вагоне поезда; пользовании городским транспортом. Страх, связанный с нарастанием скорости поезда, был описан В. Ф. Чижом (1912). Как и при нахождении в открытом пространстве, так и в замкнутом пространстве в присутствии близких и знакомых людей страх можно преодолеть.

Описаны страхи, связанные с навязчивыми мыслями о возможности заболеть, заразиться. Такие страхи получили название *nosophobia*. Разновидностями нозофобий является канцерофобия, сифилофобия, спидофобия, боязнь заболеть психическим заболеванием. Особенно частой формой навязчивого страха является страх смерти от различных причин. В. М. Бехтеревым (1896) описано болезненное состояние, заключающееся в развитии страха перед возможностью покраснеть в обществе. Это состояние мучительного ожидания и страха покраснеть совершенно не вовремя и некстати настолько тягостно для больных, что повергает их в отчаяние и нередко приводит их к суицидальным мыслям. Кроме того, В. М. Бехтеревым (1899,1900,1902) была описана «навязчивая улыбка», «боязнь чужого взгляда» и др.

Некоторые авторы выделяют навязчивые действия, иногда проявляемые в ритуалах (С. С. Корсаков, 1913; Jaspers, 1913; С. А. Суханов, 1914; П. Б. Ганнушкин, 1933; В. А. Гиляровский, 1954).

И. Т. Ментеташвили (1954) считает, что ритуал по своему существу в корне отличается от всех видов навязчивости. Он рассматривается автором также как защитное действие.

М. Bilikiewicz (1959) отмечает, что с возрастом фобии исчезают спонтанно, никогда их нет в старости. Автор выделяет ситуационные фобии. Мы никогда не наблюдали навязчивостей в связи с их зависимостью от возрастных особенностей человека.

А. Г. Иванов-Смоленский (1922) делит все навязчивости на две группы: навязчивые явления возбуждений и навязчивые явления задержки. К первой группе он относит навязчивые идеи, представления, воспоминания, желания, ассоциации, страхи, навязчивые движения, действия, поступки. Ко второй группе — боязнь высоких мест или глубины, боязнь узких мест, боязнь открытых и закрытых пространств, боязнь выступления перед аудиторией. По мнению автора, эти задержки при выполнении определенного

39

действия часто сопровождаются общим двигательным беспокойством, вегетативным возбуждением.

Наиболее частыми фобиями кроме описанных выше являются фобии с общепринятыми названиями, айхмофобия или оксифобия — страх острых предметов, когда больным овладевает страх нанести себе или окружающим ранение острым предметом. Чаще всего, по нашим наблюдениям, это касалось страха перед нанесением ранения своему ребенку. Акрофобия или гипсофобия — страх высоты. Находясь на высоте, больной боится падения вниз, часто в связи с тем, что может переломать кости. Антропофобия или гомалофобия — страх толпы, при котором у больного возникает боязнь потерять сознание в толпе, в связи с чем его могут затоптать.

Дисморфофобия — страх уродства, когда больного постоянно мучает мысль о неправильном, уродливом развитии его тела. Мизофобия — страх прикосновений к чему-либо. Мифофобия — страх сказать неправду, в связи с чем больной избегает общения с людьми. Монофобия — страх одиночества, связанный с представлением о беспомощности одинокого человека. Нозофобия — страх заболеть какой-нибудь тяжелой неизлечимой, смертельной болезнью. К этому страху относятся акорофобия (боязнь чесотки); гельминтофобия (боязнь глистной инвазии); канцерофобия (боязнь раковой болезни); лиссофобия (боязнь заразиться бешенством); сифило-

фобия и др.

Сидеродромотофобия — страх ездить по железным дорогам, в связи с возможностью крушения. Танатофобия — страх смерти. Тафефобия — страх быть заживо погребенным; фобофобия — страх перед возможностью возникновения навязчивого страха и т. д.

Наряду с симптоматическим описанием отдельных форм навязчиво-стей ряд авторов (Falret, 1866; Westphal, 1877; Stekel, 1912; Краепелин, 1915; Bleuler, 1916; Freid, 1922) выделяют болезненное состояние, связанное с развитием навязчивых идей, фобий, влечений, в самостоятельную нозологическую единицу под названием невроза навязчивых состояний (Zwangneurose — Краепелин, Bleuler; Angstneurose — Freid; Angstzustände — Stekel).

Многие авторы (А. Г. Иванов-Смоленский, 1922; Б. Н. Бирман, 1950; В. А. Гиляровский, 1954; А. С. Чистович, 1954; В. Н. Мясищев, 1955; Н. П. Татаренко, 1956; М. Б. Умаров, 1953; Е. К. Яковлева, 1958; А. М. Свя-дош, 1959; E. Jones, 1960; Д. А. Каменецкий, 1968) поддерживают идею выделения невроза навязчивых состояний в самостоятельную нозологическую форму.

Р. Janet (1903) считал особенно характерным возникновение навязчивых состояний для описанного им заболевания — психастении.

40

С момента описания невроза навязчивых состояний и психастении до настоящего времени существуют различные точки зрения на нозологическую самостоятельность каждого из этих заболеваний.

На основании наших наблюдений (1963) мы также считаем правомерным выделение невроза навязчивых состояний, наряду с психастенией, в самостоятельную нозологическую единицу. Е. К. Яковлева (1958) под неврозом навязчивых состояний понимает форму невроза, основным симптомом которого являются навязчивые состояния и большей частью фобии, заполняющие собой, в основном, всю картину болезни. Автор выделяет две формы этого заболевания: реактивную форму и форму развития и считает, что невроз навязчивых состояний развивается при наличии некоторых личностных особенностей, таких, как повышенная эмотивность, скрупулезность, склонность к самовнушению.

Наши взгляды на клинические особенности невроза навязчивых состояний расходятся со взглядами Е. К. Яковлевой как по своей форме, так и по содержанию. Об этом мы будем говорить в следующих главах.

Клиническое сходство между психастенией и неврозом навязчивых состояний позволило некоторым авторам поставить между ними знак равенства. К числу авторов, отождествляющих эти два невроза, относятся Л. Б. Гаккель (1936); В. К. Хорошко (1943); О. Выметал (1959); С. Н. Давы-денков (1963); Ch. Muller (1954) называют этот невроз «навязчивая болезнь». E. Sperling и A. Berofflka (1954) описывают «обсессивный невроз».

Как известно, Р. Janet (1911) объединил понятия: болезненные сомнения, бесплодное мудрствование, навязчивые состояния и боязнь навязчивых представлений и описал невроз, который он назвал психастенией. Автор дал очень тонкое описание клинических особенностей больных психастенией, считая, что душевная жизнь психастеников характеризуется понижением психического напряжения. По его мнению, психастеникам свойственно отсутствие решимости, волевой решительности, отсутствие уверенности и внимания; у них «потеряны функции реального». Психические функции у этих людей не представляют никаких расстройств в процессах, относящихся к отвлеченному или воображаемому; они расстраиваются только тогда, когда речь идет о действии, относящемся к конкретной и настоящей реальности. Благодаря потере «чувства реального» возникают постоянные колебания и сомнения, а также бесплодные и бесконечные копания в одних и тех же вопросах, своего рода «умственная жвачка». В поведении психастеников обнаруживаются нерешительность, а подчас и полная невозможность совершать те или иные действия, особенно в присутствии других (социальная абулия). Они всегда недовольны собой, застенчивы, боязливы, стараются избегать всяких уси-

41

лий, так как последние влекут за собой тягостные сомнения и тоскливость.

Р. Janet сводит все психастенические стигматы к трем важнейшим:

- 1) незаконченность и неполнота психических операций;
- 2) ослабление или потеря чувства реального;
- 3) физиологический симптом нервного истощения, идущий параллельно с понижением психической активности.

По мнению Р. Janet, понижение психического напряжения может обуславливаться нарушением в

кровообращении и питании мозга.

Независимо от Р. Janet, П. Б. Ганнушкин (1907) описал психастенический характер, считая основными чертами его крайнюю нерешительность, боязливость и постоянную склонность к «сомнениям». «Особенно они впечатлительны, — пишет П. Б. Ганнушкин, — ко всему тому, что может с ними случиться». Психастеники, по мнению автора, живут не настоящим, а прошлым и будущим. Всякое новое незнакомое дело, всякая инициатива являются для него источником мучения. Психастеник — обыкновенно ипохондрик. Постоянная тревога, опасение, беспокойство — вот что наполняет жизнь психастеников. Всякие ожидания для психастеника являются крайне мучительными. Вот почему, несмотря на свою обычную нерешительность, психастеник оказывается иногда настойчивым и даже нетерпеливым. Психастеник — это тот характер, который бросается вперед с закрытыми глазами. Психастеники очень конфузливы и крайне застенчивы. Психастеник недоверчив, подозрителен, печален — мечтатель и фантазер. Ему нужна упрощенная жизнь, тепличные условия. Он — скептик. Для психастеника характерна склонность к самоанализу. Психастеник предается всевозможным размышлениям чисто отвлеченного характера.

В картину психастенического характера одним из постоянных его компонентов входят навязчивые идеи — симптом, который в клинической картине психастении занимает весьма видное место. С. А. Суханов (1902) под психастенией понимал своеобразный психоневроз, аналогичный истерии. Он имеет свою клиническую картину, очень богатую и разнообразную по внешним проявлениям. В картину психастении входят навязчивые представления и идеи, навязчивые страхи, навязчивые влечения и побуждения, навязчивые движения и т. д., то есть такие патологические процессы, которые протекают в поле ясного сознания и которые воспринимаются самим больным как нечто ему чуждое, постороннее, паразитарное по отношению к его собственному «Я». Очень удачно он назвал характер психастеника «тревожно-мнительным».

42

И. Б. Ганнушкин и С. А. Суханов (1902) отмечают, что весьма часто у лиц, склонных к навязчивым мыслям, отмечается боязнь заболеть душевной болезнью.

В. П. Осипов (1923) относил психастению к группе прирожденных психопатических состояний, М. О. Гуревич (1949) — к группе психопатий. д. С. Озерецковский (1950) замечает, что отнесение психастении к неврозам не соответствует действительности. Как указывает О. В. Кебриков (1955), психастения может существовать как в форме реактивного состояния, то есть в форме невроза, так и в форме психопатии. А. А. Портнов и Д. Д. Федотов (1957), признавая самостоятельность невроза навязчивых состояний, относят психастению к разделу психопатий. По В. М. Мясищу-ву (1958), психопатия — это невроз развития.

Н. М. Асатиани (1963) считает, что одним из самых важных проявлений психастении является динамичность симптоматики, обуславливающая состояние субкомпенсации, компенсации и декомпенсации. Кроме того, автор отмечает, что при психастении имеют место ритуалы защиты символического характера. Ритуал защиты и навязчивые представления, с точки зрения автора, являются проявлением завершающего этапа в поступательном развитии синдрома навязчивых страхов.

Необходимо подчеркнуть, что многие авторы, давая клиническую характеристику психастении, стремятся подвести под нее физиологическую базу.

Е. Е. Попов (1940) считает, что в основе этих состояний (группа навязчивых сомнений), а также таких черт характера психастеников, как нерешительность, мнительность, неуверенность, лежит нарушение индукционных отношений. При этом один очаг возбуждения не в состоянии затормозить другой, конкурирующий с ним. Л. Б. Гаккель (1956) подчеркивает, что для психастеников характерна инертность нервных процессов. Отсюда склонность к возникновению патологически прочных условных связей и такие черты характера, как рутинерство, педантизм, боязнь нового. А. Г. Иванов-Смоленский (1925) своими исследованиями показал, что у психастеников наблюдается снижение процесса сосредоточения, понижение работоспособности и быстрое нарастание утомляемости. А. М. Свя-дош (1959) обнаружил у психастеников, в отличие от больных с неврозами навязчивых состояний, затруднения при переходе от начатой деятельности к другой. В. Н. Мясищев и Е. К. Яковлева (1955) отмечают, что при психастении на первый план выступают характерологические особенности, развивающиеся на фоне слабого типа с преобладанием второй сигнальной системы.

43

По вопросу, касающемуся особенностей возникновения и течения психастении, нет единства

мнений. Большинство авторов причиной возникновения психастении считают психогению, некоторые усматривают пусковым механизмом указанного заболевания другие факторы. Так, А. Е. Щербак (1927) считает, что причиной психастении является переутомление. В. К. Хорошко (1943) отмечает, что навязчивости начинаются в период полового созревания, у женщин — в периоде климакса.

Rrafft-Ebing (1897) отметил, что течение психастении сопровождается временными «ослаблениями и ожесточениями».

П. Б. Ганнушкин и С. А. Суханов (1902) характеризуют течение психастении с преобладанием навязчивых идей с колебаниями: то навязчивая мысль очень сильно беспокоит больного, то меньше, то часто, то проявляется в незначительном количестве. По П. Б. Ганнушкину (1913), эмотивно-лабильные астеники под влиянием психотравмирующих моментов могут давать особое патологическое развитие личности, характеризующееся выявлением навязчивостей. Т. И. Юдин (1926) считал, что навязчивости возникают эпизодически и реактивно, то как периодические явления, то являются особенностью личности, то развиваются в связи с психозом-процессом. В. М. Бехтерев и Р. Я. Голант (1929) при психастении отмечали течение хроническое, затяжное или в виде приступов различной длительности.

А. Н. Молохов (1937) течение психастении характеризует как более или менее длительные обострения, возникающие в связи с жизненными затруднениями или иногда в связи с соматическими истощениями. Х. Г. Ходос (1947) отмечает, что психастения характеризуется неровным течением и большими колебаниями.

Большинство авторов (В. А. Гиляровский, 1954; А. С. Чистович, 1954; В. Н. Мясичев, 1955; А. М. Свядоц, 1959; А. П. Лапитэ, Д. А. Каменецкий, 1962) отстаивают нозологическую самостоятельность невроза навязчивых состояний. Он, по их мнению, характеризуется явлениями навязчивости, проявляющейся в той или иной конкретной форме. Причинами возникновения невроза являются психотравмирующие ситуации. Заболевание начинается остро или подостро. Навязчивые состояния сопровождаются рядом соматовегетативных расстройств, которые в свою очередь усиливают тревогу и напряженность. Развивается глубокая астенизация, меняется поведение больного. Критическое отношение к навязчивостям начинает снижаться. Нарастание интенсивности навязчивостей, как правило, сопровождается эмоциональной реакцией — от легкого понижения настроения до резко выраженной депрессии с суицидальными мыслями. Течение заболевания в большинстве своем носит приступообразный характер.

44

По мнению многих авторов, невроз навязчивых состояний встречается значительно чаще, чем психастения.

А. М. Свядоц (1954) и А. П. Лапитэ (1962) дифференцируют невроз навязчивых состояний от психастении следующим образом:

- 1) при неврозе навязчивых состояний навязчивости могут быть первичными симптомами заболевания, а при психастении навязчивости развиваются на фоне тревожно-мнительного характера;
- 2) содержание навязчивостей при неврозе навязчивых состояний почти всегда понятно и соответствует характеру экзогенного фактора или соматовегетативных расстройств. При психастении содержанию навязчивостей свойственны нестойкость, непродолжительность, изменчивость, нелепое содержание;
- 3) течение невроза навязчивых состояний относительно благоприятно, приступообразно, течение психастении — неблагоприятное.

Несмотря на то, что многие авторы, как мы уже писали выше, рассматривают психастению в рамках только психопатии, имеются сторонники, признающие психастению как самостоятельный невроз и отдельно невроз навязчивых состояний (А. Г. Иванов-Смоленский, 1952; Е. К. Яковлева, 1958; В. Н. Мясичев, 1960; Н. М. Асатиани, 1966; Д. А. Каменецкий, 1968; Н. К. Липгарт, 1974 и др.).

Ряд авторов отмечает, что роль фобических проявлений в клинике невроза навязчивых состояний возрастает в последние годы (Н. К. Липгарт, 1974; Д. А. Каменецкий, 1975; В. Д. Карвасарский, 1980).

Хр. Христозов (1974) объясняет это в определенной степени повышением интеллектуального уровня людей, влиянием внешней среды, возрастающим потоком информации, ростом технического уровня и социальными условиями жизни.

По данным Б. Д. Карвасарского (1980), невроз навязчивых состояний встречается относительно реже, чем неврастения и истерия. Он отмечает, что из 2901 больного различными неврозами, лечившихся в психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева, у 225 больных (7,8%) диагностирован этот невроз.

При неврозе навязчивых состояний, как отмечает Н. К. Липгарт (1970), навязчивые явления представлены особенно четко. При этом у больных сохраняется высокая степень критического отношения к ним и активная борьба с ними.

Н. М. Асатиани (1974) выделяет три типа течения невроза навязчивых состояний: первый— однократный приступ болезни, который может длиться неделями или годами; второй характеризуется приступообразным те-

45

чением с рецидивами; при третьем типе наблюдается непрерывное течение невроза с периодическим усилением симптоматики. Мы разделяем такую точку зрения автора, однако не можем согласиться с фатальностью такого исхода болезненного состояния. Мы утверждаем, что наличие мощных средств лечебного воздействия на больных неврозами с навязчивостями в корне меняет их течение.

Катамнестические исследования Р. А. Зачепиского и Е. К. Яковле-вой, 1961; Л. Д. Лакосиной и Б. А. Целибаева, 1961; А. С. Чудина, 1968; Д. А. Каменецкого, 1968; Л. И. Кругловой, 1972; Э. А. Карандашовой, 1976 и др. подчеркивают довольно длительное течение невроза навязчивых состояний. Однако вводимые в лечебную практику новые, более эффективные психотерапевтические приемы полностью меняют эту картину.

В литературе имеются немногочисленные данные, касающиеся клинической характеристики состояний навязчивостей при неврастении и истерии. Так, С. Н. Давыденков, Л. Б. Гаккель и др. считают, что при отдельных формах неврастении преобладают разнообразные навязчивые явления. А. Крейнндлер (1963), А. М. Свядошидр. описывают синдром навязчивости при неврастении и истерии. По данным большинства авторов, в клинической картине этих неврозов отдельные навязчивости обычно тесно переплетаются с другими структурными элементами психопатологической симптоматики, характерной для данного невроза.

Систематизируя приведенные выше данные литературы, отметим что:

1) явления навязчивости при неврозах глубоко изучаются на протяжении последнего века в различных аспектах;

2) изучение патофизиологических механизмов, лежащих в основе развития состояний навязчивостей и опирающихся на учение И. П. Павлова о высшей нервной деятельности, находит все больше и больше приверженцев трактовки этих болезненных состояний как результата нарушенных кор-ково-подкорковых взаимоотношений, инертности, застойности нервных процессов, их ослабления с образованием патологической доминанты, вовлекающей в болезненный процесс не только кору, но и подкорку;

3) на основании клинических материалов большинство авторов выделяет в качестве самостоятельных нозологических единиц невроз навязчивых состояний и психастению.

Полученные нами клинические данные в процессе многолетнего изучения навязчивых состояний позволяют нам констатировать наличие навязчивых состояний при всех существующих формах неврозов: неврозе навязчивых состояний, неврастении, психастении и истерии. Причем каждый из указанных неврозов имеет свою отличительную специфику (об этом в последующей главе о дифференциально-диагностических отличиях);

46

4) клиническая картина неврозов с явлениями навязчивости пестра и многообразна. Отмечается тенденция к затяжному их течению и, в ряде случаев, неблагоприятному. Мы, благодаря разработанной нами модели наркопсихотерапии, при лечении неврозов с навязчивостями не наблюдали случаев заболевания с неблагоприятным течением. Наоборот, нам удавалось достигать высокого терапевтического эффекта даже в случаях затяжного неблагоприятного лечения другими методами психотерапии;

5) многие авторы отмечали, что наиболее часто течение неврозов с навязчивостями усугублялось из-за преобладания в клинической картине разнообразных фобий. По нашему мнению, разнообразные фобии при каком-то определенном болезненном процессе просто свидетельствуют о том, что они характерны именно для этого невроза и не несут на себе признаки утяжеления того или иного невроза.

Глава IV Лечение неврозов с состояниями навязчивости

Обзор обширной литературы о лечении неврозов с преобладанием явлений навязчивости свидетельствует о том, что основным методом лечения этих болезненных состояний является психотерапия. Однако многие авторы рекомендуют сочетать психотерапию с медикаментозным лечением, физиотерапией, трудотерапией и т. д.

Долгие годы была общепризнанной роль зарубежной психотерапии в развитии учения о лечении «психическими воздействиями». Даже такой крупный авторитет, как Ю. В. Каннабих (1928), в своем историческом обзоре, посвященном эволюции психотерапевтических идей в XIX веке, не упомянул ни одного русского исследователя, и вся «эволюция психотерапевтических идей» в его изложении была связана только с французскими и немецкими психотерапевтами.

Несомненно, последние сыграли большую роль в разработке и внедрении эффективных психотерапевтических методов лечения неврозов, но нельзя также умалять роль русских психотерапевтов в этой области.

Н. В. Иванов (1958) указывает, что «признание лечебного значения психических воздействий доминирует в нашей отечественной медицине, причем это положение обосновывается материалистически как проявление физиологических процессов в головном мозге».

Подтверждением его могут служить взгляды не только русских, но и зарубежных ученых на заре развития учения о психотерапии.

Так, С. Г. Забелин (1777) придавал большое значение психическим воздействиям в лечении больных. Он писал: «Жизнь наша и здоровье состоят во взаимном движении твердых частей со своими жидкостями, то и разное состояние тела в рассуждении действий телесных и душевных неотъемлемо зависит от оных же». М. Н. Мудров (1820, 1849), считавший, что «врачевание состоит в лечении самого больного», писал: «Чтобы правильно лечить больного, надобно узнать, во-первых, самого больного во всех отношениях, потом надобно узнавать причины, на тело или душу его воздействующие, наконец, надобно обнять весь круг болезней. И дальше долгом почитаю заметить, есть и душевные лекарства, гаторые врачуют тело: сим искусством печального утешить, сердитого умягчить, нетерпеливого успокоить, бешеного остановить, дерзкого напугать, робкого сделать смелым, скрытого откровенным, отчаянного благонадежным, сим искусством сообщается больным та мудрость духа, которая побеждает телесные боли, тоску и метание и которая самые болезни, например нервические, покоряет воле больного». В. А. Манасеин (1877)

48

основное значение в процессе психотерапевтического воздействия придавал отвлечению внимания. А в это же время R. Mesmer (1779, 1812), создатель теории «животного магнетизма», мистически трактовал явления гипноза. Он доказывал, что из тела магнетизера в организм больного передается посредством пассов особый флюид, который оказывает целебное действие. Ф. Энгельс в своем монументальном труде «Диалектика природы» остро высмеивал теорию «магнетизма» R. Mesmer и считал ее проявлением шарлатанства.

Наша отечественная психотерапия, благодаря своей самобытности и независимости от иностранной, достигла высокого уровня. В этом процессе физиологическое учение И. П. Павлова о высшей нервной деятельности сыграло главенствующую роль. Особое значение для развития психотерапии имели разделы его учения, посвященные проблеме торможения, проблеме двух сигнальных систем, сна, гипноза и внушения и др. Разработка вопросов медицинской психологии и в особенности таких разделов, как изучение личностных взаимоотношений — врач и больной и др. — также сыграла большую роль в разработке теории психотерапии и ее практическом использовании в нашей стране.

Павловская линия психотерапии нашла широкое применение. В этом направлении нужно особо выделить заслуги Б. М. Бирмана (1950) и К. И. Платонова (1957). Так, Б. М. Бирман создал метод так называемой глубокой аналитически диалектической психотерапии, которую он назвал антропотерапией и антропологией. Он считал, что этим методом психотерапии можно снять патологические накопления коркового возбуждения и торможения, тренировать процесс активного внутреннего торможения, активизировать деятельность второй сигнальной системы. К. И. Платонов сыграл большую роль в широком использовании слова как лечебного и физиологического фактора.

В последующие годы в России было создано множество различных методологических приемов психотерапии: глубокая реконструирующая личность психотерапия по В. Н. Мясищеву (1958), четко разработанный метод коллективной психотерапии (В. Н. Иванов), методологические приемы наркопсихотерапии (М. Э. Телешевская, 1958), модификация аутогенной тренировки (А. М. Свядощ, А. Н. Шогам, 1965), заочная психотерапия (М. С. Лебединский, 1966), гипноанализ (Д.

А. Каменецкий, 1999) и др. Все эти многообразные психотерапевтические методики используются при лечении неврозов.

Методы терапии неврозов с навязчивостями были самыми разнообразными и на различных этапах своего развития соответствовали взглядам Ученых на эти заболевания.

49

Так, В. М. Бехтерев (1915), описавший неврозы с различными формами навязчивостей, считал, что основным методом их лечения должно быть комбинированное воздействие психотерапии и физических методов лечения. Что касается физических методов лечения, то В. М. Бехтерев (1917) считал, что при их применении необходимо иметь в виду, что они улучшают обмен веществ и тем самым уменьшают излишнюю возбудимость нервной системы и повышенную впечатлительность, которая неизбежно и всегда, по мнению автора, поддерживает фобии.

Из лекарственных препаратов, действующих на обмен веществ и понижающих возбудимость, В. М. Бехтерев применял мышьяк, спермин, глицерофосфат, монобромистую камфару, бромистый хинин, валериановые препараты, кодеин и др.

Автор указывал на целесообразность применения прохладных обтираний и ванн. Наряду с «соматотерапией» В. М. Бехтерев первенствующее значение в лечении указанных заболеваний придавал психотерапии в виде внушения или самовнушения. По мнению В. М. Бехтерева, рациональная психотерапия, или, как он называл ее, рассудочная, при лечении неврозов с навязчивостями оказывалась неэффективной. Наиболее целесообразной в таких случаях В. М. Бехтерев считал гипносихотерапию, которая должна быть направлена «к отвлечению сосредоточения от предмета, возбуждающего страх, и укреплению сопротивляемости (воли)». «Под влиянием гипнотического внушения, — писал В. М. Бехтерев, — навязчивые идеи при всем своем упорстве заметно ослабевали уже после первого сеанса и в благоприятных условиях окончательно исчезали после нескольких сеансов; в менее же благоприятных случаях лечение, хотя и затягивалось на более продолжительный срок, но все же рано или поздно приводило к благоприятному исходу».

Наряду с В. М. Бехтеревым, сторонниками гипносихотерапии неврозов с навязчивостями были Крафт-Ебинг (1897); С. С. Корсаков (1901); Р. Dubois (1892); Reimond (1900); I. Dejerin и Е. Гоклер (1912), которые считали, что психотерапия является основным и единственным методом лечения неврозов с навязчивостями. Лекарственной терапии многие авторы не придавали значения. Некоторые авторы рациональную психотерапию считали наиболее целесообразным методом лечения неврозов с навязчивостями, но считали, что эта терапия оказывает селективное воздействие на отдельные психические функции.

Как известно, Дюбуа указывал на возможность применения рациональной психотерапии как метода чисто интеллектуального влияния на личность. Дежерин признавал, кроме того, важное значение эмоциональ-

50

ного фактора. Гипносихотерапию они считали даже опасной. Сторонниками рациональной психотерапии при лечении неврозов с навязчивостями у нас в России были Е. А. Попов (1899) и Н. И. Скляр (1908). П. Б. Ган-нушкин (1924), будучи сторонником психологического метода психотерапии, предлагал лечить больных с навязчивостями методом перевоспитания. С 1930 г. еще большее значение в России приобрела психотерапия при лечении неврозов с навязчивостями. Огромный вклад в развитие и разработку методологических приемов психотерапии внесли крупнейшие отечественные психотерапевты — К. И. Платонов (1957) и Ю. Каннабих (1916). Они считали, что всякому психотерапевтическому вмешательству должен предшествовать, насколько возможно, тщательный психоанамнез и социо-анамнез. К. И. Платонов особенно эффективным методом лечения неврозов с навязчивостями считал метод гипносихотерапии. Ю. Каннабих выдвинул термин «психотерапевтический диагноз» и считал, что он складывается в результате многих последовательных сеансов. Автор отдает предпочтение в лечении неврозов с навязчивостями рациональной терапии.

Дальнейшая разработка вопросов лечения неврозов с явлениями навязчивости пошла по двум направлениям. За рубежом — по психоаналитическому, в России — по пути психотерапии, основанной на учении И. П. Павлова о высшей нервной деятельности.

Уместно, с нашей точки зрения, остановиться более подробно на взглядах отдельных авторов на терапию неврозов с навязчивостями, имеющих по этому поводу свои особые суждения.

Так, В. К. Хорошко (1943) предлагал для лечения больных неврозами с состоянием навязчивости создание особого режима, подбора соответствующей работы, а также рекомендовал путешествия.

Из всего арсенала психотерапевтических методов автор отдавал предпочтение гипнозу. И. В. Стрельчук (1953; 1958) считал, что у больных психастенией и неврозом навязчивых состояний гипнотическое состояние быстрее и легче достигается посредством воздействия на первую сигнальную систему — монотонными раздражителями.

И. Т. Ментешавили (1956) обратил внимание на то, что психастеники с фобиями, при наличии у них ритуала, поддаются психотерапевтическому воздействию быстрее и эффективнее, чем психастеники без ритуалов. Исходя из этого, автор предлагает при лечении указанных больных создание искусственного ритуала там, где его нет, что, по его мнению, должно способствовать более успешной терапии.

51

И. Т. Равкин (1956) указывал на целесообразность применения гипнотерапии при навязчивых состояниях и на эффективность сочетания гипнотерапии с лекарственной терапией. При этом осуществляется «отвлечение» больного от тяжелых переживаний и «переключение» его на другие раздражители. От врача требуется большая настойчивость, так как возникший новый очаг возбуждения в коре головного мозга тормозит по механизму отрицательной индукции имеющийся пункт патологического возбуждения. М. Д. Танцюра (1957) предложил лечить больных неврозами с навязчивостями методом активного возбуждения очага патологической инертности. Так, больному, у которого отмечается ритуал каждые два часа прикасаться к земле, он заставлял проделывать эти движения каждые 10 минут. «Через четыре дня наступило отвращение к этому тыканью пальцем», — пишет автор, и больной избавился от этого ритуала. А. А. Порт-нов и Д. Д. Федотов (1957) считают, что для того, чтобы устранить возникшие в коре головного мозга «больные пункты» при неврозах с навязчивостями, рекомендуется назначать средства, усиливающие процесс торможения. С этой целью авторы рекомендуют малые дозы брома, барбитураты и другие снотворные вещества. Авторы отдают предпочтение в лечении неврозов с навязчивостями рациональной терапии и огромное значение при этом приписывают личности врача. И. М. Виш (1959) считал, что лучший результат при неврозе навязчивых состояний дает комбинированная психотерапия, включающая рациональную психотерапию, гипнотерапию, медикаментозную терапию, лечебную физкультуру и трудовую терапию. М. С. Лебединский (1959) предлагал при лечении неврозов с навязчивостями сочетание психотерапии с другими методами лечения, например химиотерапией нейролептическими препаратами и прочими. Автор отмечает, что легко поддаются лечению навязчивости, возникающие остро под влиянием психотравмы, значительно труднее лечить повторно возникающие навязчивости. А. Т. Лапитэ (1962) предлагает при неврозах с навязчивостью сочетание психотерапии, общеукрепляющего лечения, амитал-кофеиновых вливаний одновременно с гипогликемическими дозами инсулина или малыми дозами аминазина.

При неврозах с навязчивостями А. Т. Маслиев, М. Т. Умаров, В. М. Бехтерев и В. Д. Орбачевская (1954) описывают высокую терапевтическую эффективность сгелазина. I. Deloy, P. Deniker, R. Tardien, Lempenette (1955) отмечали не постоянный эффект при лечении невроза навязчивых состояний нейролептиками. I. Barsaunde, N. Klein (1955) установили, что были симптомы навязчивости наиболее резистентными к резерпину.

52

S. Scarpalson (1956) указывает на спорный терапевтический эффект при применении хлорпромазина. Е. А. Попова и Т. А. Невзорова (1956) наблюдали положительный эффект при лечении неврозов с состояниями навязчивости аминазином. Е. Pakesch (1961) отмечает хороший терапевтический результат от применения психотерапии в сочетании с тофранилом. Посредством тофранила, по данным автора, снимается депрессия и тем самым создается возможность лучшего психотерапевтического воздействия.

D. Muller-Negemann (1961) предлагает при лечении затяжных форм невроза с навязчивостями применять аутогенную тренировку. Кроме того, автор рекомендует сочетание лечения с соответствующей медикаментозной терапией и гипнотерапией, условно-рефлекторной, сонной терапией, покоем-гипнозом.

С. Н. Давыденков (1963) отметил, что при выраженных явлениях навязчивости могут оказаться полезными особые формы гипнотического внушения. Так, при лечении психастении, по мнению автора, помогает рациональная психотерапия; гипноз, по его мнению, бесполезен. С точки зрения А. Крейндлера (1963), для лечения неврозов с явлениями навязчивости целесообразно применение рациональной психотерапии в сочетании с аутогенной тренировкой и релаксацией. Под психотерапией автор понимает тщательное изучение истории болезни, истории развития личности

больного, истории невротического нарушения, разъяснение происхождения и сущности конфликтов, их значимости и их связи с предъявляемыми жалобами. Автор пишет, что «психотерапия преследует цель не только исчезновения жалоб больного, но также и возвращения больного к активной жизни. Психотерапия должна восстановить прежнее состояние больного, сделать его полноценным, помочь ему заново приобрести уверенность в себе».

Мы не останавливаемся на работах авторов, применявших, с нашей точки зрения, недопустимые для больных неврозами с явлениями навязчивости методы терапии, такие, как двухсторонняя лейкотомия (Е. Spiering, А. Borofka, 1954;) и электрошок (Н. Darling, 1946) и др.

Взгляды на применение лечения сном больных неврозами с навязчивостями разнообразны. Так, Б. Н. Бирман (1925, 1927, 1950), И. В. Стрельчук (1952), М. М. Трунова (1955), М. И. Середина (1955), Шан-Юй-Цзун (1955), И. Ф. Случевский (1958) указывали на высокую терапевтическую эффективность удлиненного медикаментозного сна при лечении неврозов с навязчивостями.

53

Р. А. Зачепиский (1954) и Л. Б. Гаккель (1956) не отмечали терапевтического эффекта удлиненного медикаментозного сна, если этот сон не сочетался с различными психотерапевтическими приемами.

Е. К. Яковлевой (1958) под руководством В. Н. Мясищева разработан метод поэтапной психотерапии. Этот метод психотерапии основан на генетическом понимании неврозов. «В основе этого метода, — пишет Е. К. Яковлева (1958), — лежит изучение прошлого опыта, имеющего существенное значение в развитии невроза». В основе метода психотерапии неврозов с навязчивостями, развиваемого В. Н. Мясищевым (1958), лежит представление о том, что человек как личность и как организм в своем здоровье и болезненном состоянии является продуктом общественно-исторических условий, формирующих его отношения, характер, убеждения и потребности. Ими определяется способность личности преодолевать трудности или невыносимость ее в отношении к травмирующей ситуации, характер патогенной ситуации и способ реакции на нее.

Психотерапия в различных ее вариантах основана на правильном понимании генеза заболевания. Однако, по мнению автора, «одно понимание генеза врачом еще не является решающим для психотерапии. Важным является добиться его понимания самим больным». Этот метод действительно может быть назван глубокой психотерапией. Самым сложным разделом такой психотерапии, по мнению Е. К. Яковлевой, является перевоспитание, перестройка сложившихся у больного аффективно нарушенных отношений, которые мешали правильному отражению окружающей действительности. Эта методика сводится к трем этапам. Первый этап — «глубокой» психотерапии — направлен на изучение личности больного; второй этап — это собственно психотерапевтическая работа и, наконец, третий этап — это перевоспитание больного, перестройка его установок. Автор указывает на высокую терапевтическую эффективность при лечении неврозов с навязчивостями гипносуггестивной терапии.

В литературе имеются данные о применении при неврозах с состоянием навязчивости психотерапии на фоне барбитуратов, о чем речь пойдет уже в следующей главе.

Резюмируя все вышеприведенные данные литературы о лечении неврозов с явлениями навязчивости, следует подчеркнуть, что, по мнению большинства специалистов, основным их методом лечения, является психотерапия в различных ее вариантах. На первое место большинство авторов ставит гипноспсихотерапию в различных ее вариантах: внушения в гипнозе, и психотерапию путем разъяснения, переубеждения, перевоспитания, используются отдельные приемы самовнушения (аутогенная тренировка),

54

релаксация, перестройка отношения больного к отдельным болезненным проявлениям и болезни в целом.

Многие авторы рекомендуют при лечении неврозов с навязчивостями сочетать психотерапию с медикаментозной, физиотерапией, трудовой терапией и т. д.

Многие авторы отмечают устойчивость неврозов с навязчивостями к лечению и медленную их психотерапевтическую коррекцию. Поэтому одной из важнейших задач врача-психотерапевта являются дальнейшие поиски новых методологических приемов психотерапии для более быстрого и более эффективного излечения больных с преобладанием в клинической картине симптомов навязчивости.

Глава V

Собственные клинические данные при

наркогипноанализе неврозов с навязчивостями

Описанную выше модификацию метода наркопсихотерапии М. Э. Телешевской, вернее одного из ее приемов наркогипноза, мы начали применять при лечении неврозов с состояниями навязчивости, именно тех его вариантов, которые имели наиболее затяжной и резистентный к лечению характер. Для этой цели мы старались отбирать самых тяжелых больных, большинство из которых ранее уже лечилось у разных специалистов, но без видимого эффекта.

Разработанный нами метод наркопсихотерапии применительно к неврозам с навязчивостями мы позже назвали наркогипноанализом (по аналогии с созданным нами гипноанализом — методом гипносуггестивной терапии).

Под этим общим названием мы объединили множество моделей (около тридцати) гипносуггестивной психотерапии для лечения множественных, самых разнообразных невротических состояний.

Основным общим принципом гипноанализа при лечении неврозов явилась глубокая патогенетическая поэтапная гипносуггестивная терапия. Приоритетным содержанием гипноанализа является вскрытие глубинных причин, вызвавших развитие того или иного болезненного процесса, и выявление его патофизиологических особенностей.

При лечении неврозов, в том числе и с состояниями навязчивости, основная цель как гипноанализа, так и наркогипноанализа сводилась к обеспечению терапевтического эффекта через осознание больным причин, вызвавших болезненное состояние, и отдельных его признаков, механизмов нарушения высшей нервной деятельности, обусловленных разрегулированностью основных нервных процессов центральной нервной системы и формированием множества различных условно-рефлекторных образований, а также роли внушений врача в восстановлении этих нарушений и ликвидации отрицательных условно-рефлекторных образований, то есть к созданию благоприятных возможностей для полного выздоровления.

Название метода психотерапии гипноанализ и его варианта (нарко-гипноанализ) обусловлено тем, что фоном, на котором осуществляется внушение врача, в одном случае является гипноз, а в другом — наркогипноз. Суть внушений врача в обоих вариантах можно толковать как глубокий физиологический анализ, позволяющий вскрыть причины, вызвавшие болезненные состояния, выявить патофизиологические механизмы болезненных проявлений, которые для больного до знакомства с врачом были непонятными.

56

Подобно психоанализу З. Фрейда (здесь мы бы хотели предостеречь наших читателей от попыток искать аналогии, дабы нас не могли заподозрить в стремлении сравняться с признанным авторитетом), в основе высокой эффективности которого лежит вскрытие врачом ущемленных «сексуальных комплексов» пациента и извлечение их из сферы тайного бессознательного в сферу сознания, наш подход предполагает непонимание больным произошедших в нем перемен, почему он вчера мог свободно перемещаться городским транспортом, проходить через открытые площади, подниматься на небывалую высоту, держать в своих руках острые предметы и т. д., а сегодня вдруг оказался неспособным делать это и перестал себя чувствовать полноценным человеком.

Эффективность созданных нами методов психотерапевтического воздействия на больного обусловлена осознанием в процессе лечения непонятных для него причин и механизмов болезни. Однако, в отличие от психоаналитиков, которые добиваются успеха в лечении на основе психологического толкования ими анализа болезненных проявлений, наши успехи зиждятся на анализе болезни в целом в свете физиологического учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности.

Методом наркогипноанализа нами было проведено лечение 74 больных, из которых преобладали больные в возрасте от 21 года до 35 лет (45 человек), старше 35 лет было 29 человек. Среди больных было 40 мужчин и 34 женщины.

Таблица № 2 Формы неврозов и возрастной состав больных

Диагноз	Количество больных	Возраст больных	Количество больных
Невроз навязчивых состояний	35	от 16 лет до 20 лет	1
		от 21 года до 25 лет	19
Психастения	14	от 26 лет до 35 лет	26

		от 36 лет до 40 лет	15
Неврастения с навязчивостями	14	от 41 года до 45 лет	5
		от 46 лет до 50 лет	3
Истерия с навязчивостями	11	от 51 и старше	5
ВСЕГО	74	ВСЕГО	74

57

Как мы уже писали выше, во второй главе, на предварительном этапе большое значение придавалось изучению анамнеза заболевания. Прежде всего, нас интересовали характерологические особенности самого больного и его ближайших родственников. Кроме того, тщательным образом изучались причины возникновения заболевания и особенности динамики навязчивых состояний до лечения и в процессе, а также фиксировалось внимание на их отличительных особенностях при различных неврозах.

В процессе наркопсихотерапии больных невротами с навязчивостями мы обращали внимание не только на особенности последних при различных заболеваниях, но и на их обратную динамику в процессе проводимого лечения. При этом мы также изучили:

- 1) соотношение личности больного с характером и значимостью психотравмы;
- 2) этапы эмоциональных реакций и их изменений в процессе лечения;
- 3) последовательность перестройки отношения больного к отдельным болезненным проявлениям и к болезни в целом.

У каждого больного исследовались в динамике:

- показатель крови;
- артериальное давление и пульс;
- концентрация сахара в крови.

Кроме того, проводилось исследование ассоциативного элемента по К. Юнгу до лечения, на фоне нарко-психотерапии и после лечения.

Мы начинали лечение больных после тщательного их клинического обследования.

Невроз навязчивых состояний

Наркогипноанализ был проведен для 35 больных, страдающих этим неврозом. По давности заболевания больные распределялись следующим образом: до года — 11; от года до 5 лет—15; от 6 до 10 лет—6; свыше 10 лет — 3 больных.

Таким образом, наибольшую группу составили больные от 1 года до 5 лет (15 человек).

Причиной возникновения невроза навязчивых состояний у 33 больных были психические травмы и только у 2 больных — злоупотребление спиртными напитками, на фоне которого незначительные переживания становились пусковым механизмом в возникновении болезни.

Анализируя психотравмы, способствовавшие возникновению невроза навязчивых состояний, мы обнаружили, что в большинстве случаев (17) они носили острый характер; у 10 больных острая психотравма действова-

58

ла на фоне длительных переживаний и только у 6 больных психотравма носила затяжной характер.

Из всех наблюдавшихся нами больных неврозом навязчивых состояний, то есть у большинства (29 больных), отмечалось острое развитие болезни, а у 6 — постепенное. У наших пациентов острыми психотравмирующими ситуациями явились следующие:

- 1) внезапная смерть соседа от болезни сердца;
- 2) измена любовницы;
- 3) авария на производстве, во время которой погибли несколько рабочих из бригады больного;
- 4) ссора с любимой девушкой и ее уход от больного;
- 5) смерть матери от рака желудка;
- 6) внезапная смерть любимой бабушки по дороге из Харькова в Днепропетровск;
- 7) конфликт с мужем;
- 8) внезапная смерть на глазах больного;
- 9) скоропостижная смерть отца;
- 10) сообщение о самоубийстве соседа и т. д.

Среди острых психотравм, действующих на фоне хронических, были следующие:

- 1) на фоне длительных семейных конфликтов сообщение о том, что повесился сосед;
- 2) на фоне длительных конфликтных отношений с мужем и после перенесенного большой аборта подруга рассказала о случае смерти от аборта ее сослуживицы;
- 3) длительные переживания, связанные с плохими отношениями с женой и тещей, а затем последовавшие незначительные переживания на работе и др.

Изучение преморбидных особенностей больных неврозом навязчивых состояний показало, что в большинстве своем у этих больных были выражены черты астено-боязливого характера, которые появлялись у больных еще в детском возрасте, после переживаемых в детстве страхов. Так, из 35 больных, страдающих неврозом навязчивых состояний, у 29 с детства отмечались те или иные страхи. Некоторые больные боялись грозы, некоторые боялись ходить мимо кладбища, у некоторых возникал страх, когда приходилось вечером выходить из дома, некоторые больные боялись темноты, также у некоторых больных в детстве отмечалась боязнь воров, бандитов. У многих больных страхи возникали после нападения на них собак, волков, у части больных возникали страхи в результате того, что они были

59

свидетелями конфликтных отношений между родителями; у некоторых больных отмечалась боязнь утонуть в реке, некоторые больные испытывали непреодолимые страхи после того, как были свидетелями разрыва снарядов во время войны; у части больных отмечались в детстве страхи после внезапной смерти соседа и т. д. И только у 6 больных не удалось обнаружить в детстве каких-либо страхов, но и у них отмечались элементы робости и боязливости.

Преобладающими характерологическими особенностями у больных неврозом навязчивых состояний были застенчивость и робость; трусливость; у некоторых отмечалась крайняя впечатлительность, неуверенность в себе. Значительное число наших больных медленно адаптировалось к новой обстановке и тяжело переносило трудности. В клинической картине больных неврозом навязчивых состояний преобладали навязчивости в виде фобий.

Приводим таблицу, отражающую содержание страхов при неврозе навязчивых состояний.

Таблица № 3

№№ n/n	Содержание навязчивых страхов	Количество больных
1	Страх смерти (по неопределенной причине)	11
2	Страх смерти (от болезни сердца)	7
3	Страх смерти (от аборта)	1
4	Страх перед повешением (боязнь веревок и кроватей)	2
5	Страх перед возможностью появления дрожи в правой руке	1
6	Сифилофобия	1
7	Канцерофобия (рак желудка, горла, мочевого пузыря)	7
8	Страх сойти с ума	2
9	Страх перед неожиданной потерей сознания	1
10	Навязчивые мысли о покойнике	1
11	Навязчивое желание оглядываться вслед проходящей женщине	1

Как видно из таблицы, среди перечисленных выше навязчивостей преобладающим страхом является страх смерти. В клинической картине у всех без исключения больных неврозом навязчивых состояний отмечалось общее изменение эмоционального фона, проявляющегося либо в стойком

60

снижении настроения, либо в его колебаниях. У некоторых наших больных наблюдались повышенная раздражительность, легкая возбудимость. У части больных отмечались жалобы на головные боли, боли и неприятные ощущения в области сердца, живота, что привносило в клиническую картину заболевания оттенки некоторой ипохондричности.

Невроз навязчивых состояний у наших больных имел тенденцию к периодическим обострениям.

Так, у 19 больных в клинической картине заболевания наблюдалось от двух до трех обострений. Большинство из них в межприступный период чувствовали себя хорошо и каких-либо страхов не испытывали. Очень характерным признаком для навязчивых страхов при неврозе навязчивых состояний являлся тот факт, что при каждом новом обострении содержание навязчивостей не менялось, то есть при новом обострении заболевания возникали одни и те же навязчивые страхи. У части наших больных в межприступном периоде навязчивости возникали только в определенной ситуации. Причиной обострения заболевания, как правило, являлись либо новые психотравмирующие моменты, либо нарастание общей астенизации организма, вызванное каким-либо соматическим заболеванием (чаще какой-либо инфекцией). В отдельных случаях страхи развивались после злоупотребления спиртными напитками. У большинства наших больных заболевание развивалось вслед за психотравмой, и течение заболевания носило приступообразный характер с периодическими обострениями. В период ремиссий, как правило, страхов не отмечалось, но у некоторых больных возникали тягостные ощущения в различных частях тела и легкие кратковременные страхи, без какого-либо определенного содержания. Причем эти изменения самочувствия возникали в связи с появлением каких-либо жизненных трудностей и носили кратковременный характер. Они исчезали сразу же при устранении причин, вызвавших их. В период каждого нового обострения возникала одна и та же фобия. Чаще всего причиной очередного обострения заболевания являлись не какие-либо переживания, а различные другие факторы, приводящие к истощению организма (переутомление, инфекции, алкоголь, интоксикация).

Для иллюстрации всего вышеизложенного приводим несколько историй болезни[^]

Наблюдение № 1. Больной С, 53 года, работающий на элеваторе, поступил на лечение в отделение психиатрической клиники ДМИ с жалобами на навязчивый страх «как бы не повеситься на кровати», боли в сердце, желудке, колебания настроения, плохой сон.

В анамнезе: наследственность не отягощена. В 14-летнем возрасте лишился родителей, воспитывался у родственников.

61

Характеризует себя впечатлительным, робким, застенчивым, боязливым. В 17 лет после легкого ушиба головы непродолжительное время испытывал неопределенное чувство страха; во время Великой Отечественной войны жил на оккупированной территории. Был под расстрелом, но «чудом остался живым». В 1944 г. тонул в Днепре. После пережитого усилилась боязливость, «стал более трусливым». Во время трудных ситуаций возникали кратковременные страхи неопределенного характера, появлялось чувство растерянности. Всегда пользовался услугами более сильных и волевых людей.

К новой обстановке привыкал быстро, легко сходилась с новыми людьми. В школу пошел с восьми лет. Обладал отличной памятью, учеба давалась легко, учился охотно. Был общительным, дружил в одинаковой степени с мальчиками и девочками. В связи с тяжелым материальным положением семьи после окончания второго класса вынужден был прервать учебу, но после продолжительного перерыва продолжил учебу. Окончил 7 классов и педтехникум. С 1934 по 1941 г. работал педагогом в младших классах.

В годы войны работал в колхозе. С 1943 по 1945 г. был на фронте. Затем работал разнорабочим на элеваторе. Взаимоотношения с людьми на работе всегда были хорошие.

В течение жизни болел «испанкой», возвратным тифом, малярией.

Женат, имеет двоих детей. В связи с тем что часто изменял жене, взаимоотношения с последней были неровные. Алкоголем не злоупотребляет, не курит.

Заболел осенью 1957 г. Заболеванию предшествовали частые семейные конфликты. Накануне заболевания узнал, что сосед, с которым он поддерживал дружеские отношения, повесился на кровати. Очень тяжело перенес это известие, лег спать и долго не мог уснуть, а когда начал дремать, испытал сильное чувство страха перед тем, что и он может повеситься. «Облился потом» и испытал сильное сердцебиение. Долго не мог уснуть, но затем успокоился и уснул. На второй день утром ехал на велосипеде на работу, больного охватило внезапно неопределенное чувство страха, появилось сильное сердцебиение, снизилось настроение. В течение всего дня настроение оставалось подавленным, чувствовал себя плохо, с трудом справлялся с работой. Был сосредоточен на своем состоянии здоровья. Начал задумываться над тем, как бы не повеситься. Но тут же начали появляться и противоположные мысли о том, почему он должен повеситься. Мысли о повешении приобрели постоянный характер, усилился страх, снизилась работоспособность. Начал бояться ложиться спать в связи с тем, что страх усиливался, когда ложился на кровать.

Начал прятать все имеющиеся в доме

62

веревки. В связи с тем что повесившийся человек работал с ним на одном производстве, вынужден был перейти на другую работу. После перемены места работы почувствовал некоторое облегчение.

В мае 1958 г. после перенапряжения на работе и ряда очередных конфликтов в семье вновь возобновился страх перед повешением, снизилось настроение, хуже стал спать по ночам.

Обратился к психиатру, принимал амбулаторное лечение в качестве общеукрепляющей терапии, продолжал работать. В течение 7 месяцев состояние оставалось без перемен, а затем постепенно страхи исчезли, и в течение двух лет чувствовал себя хорошо. В июле 1961 г. после переутомления на работе (в тот день перенес на плечах 200 мешков зерна) возобновились страхи о повешении, снизилось настроение.

Когда ложился спать, страх, как бы не повеситься на кровати, усиливался, вновь начал прятать все веревки, постоянно анализировал содержание страхов, отчего состояние продолжало ухудшаться. Резко упало настроение, нарушился сон. Снизилась работоспособность, стал плаксивым. В таком состоянии поступил на лечение в отделение неврозов.

В психическом статусе: сознание ясное, ориентировка всех видов сохранена. Продуктивной психопатологической симптоматики не обнаруживал. Ведет себя в отделении формально правильно, в меру общается с больными, ничем не может заниматься, так как мешают мысли о повешении. Угрюм, подавлен, настроение ухудшается к вечеру, когда собирается лечь в постель. Кровать усиливает страхи о повешении, больше начинает анализировать свои мысли о самоповешении. Все время думает о том, почему он должен повеситься, в то время, как хочется жить. Попытка освободиться от страхов усиливает их и ухудшает общее состояние. Критически оценивает свое состояние. Эмоционально неустойчив, раздражителен, настроение колеблется по экзогенному типу: просыпается более бодрым, а к вечеру «на душе становится тяжело». Во время беседы первое время плакал, все время ищет сочувствия у врача. Все время спрашивает, избавится ли он когда-либо от своей болезни.

В постели лежать длительное время не может, так как усиливаются страхи и начинает больше задумываться над тем, что может повеситься на кровати. Плохо спит по ночам. В соматоневрологическом статусе какой-либо патологии не выявлено. Сахар в крови до лечения 108 мг%; в середине лечения — 71 мг%; после лечения — 56 мг%. АД 120/85; пульс — 60 ударов в минуту.

При проведении ассоциативного эксперимента были обнаружены Удлиненный средний латентный период ответных реакций (2,8) и повышенная истощаемость до +1,1, что свидетельствует об усилении инертности основных нервных процессов: тормозного и возбуждательного.

63

Диагноз: невроз навязчивых состояний.

Катамнез, собранный у больного через три года после проведенного лечения, показал, что навязчивые мысли о повешении больше не беспокоили больного, общее самочувствие было хорошим, продолжал работать. Изредка беспокоили головные боли.

Анализируя приведенную выше историю болезни, можно констатировать, что характерологически больной был впечатлительным, робким, застенчивым, несколько боязливым и трусливым. В детстве после ушиба головы непродолжительное время испытывал страхи неопределенного характера, которые в трудных ситуациях возобновлялись. В жизни испытал много трудностей: жил на оккупированной территории, чудом избежал расстрела, тонул в Днепре. Следует также учесть, что на развитие заболевания повлияли конфликтные отношения в семье и тяжелые квартирные условия. То есть, на фоне хронической психотравмирующей ситуации острая психотравма (внезапное сообщение о повешении на кровати соседа) привела к возникновению страха перед повешением. Днем больному удается несколько успокоиться, но с наступлением сумерек, когда больной готовится ко сну и начинает погружаться в сон, страх усиливается. И дальше, только во сне он не испытывает страха, а после пробуждения от ночного сна страх повешения не покидает больного и продолжает становиться интенсивнее.

У нашего больного в фазовом состоянии чувство страха усиливается, а в последующем прочно закрепляется. За последние четыре года отмечено три пароксизма. Первое обострение было вызвано психотравмой, второе и третье связаны с общей астенизацией организма, вызванной утомлением на работе и злоупотреблением спиртными напитками. В периоды между приступами страхов не наблюдалось, но мысли о возможном их возникновении иногда появлялись. Правда,

эти мысли не мешали больному оставаться спокойным и работоспособным.

Причем катанез, собранный через три года после проведенного лечения, подтвердил высокую эффективность нарюпсихотерапии, засвидетельствовав отсутствие у больного не только страхов, но и воспоминаний о них.

Наблюдение № 2. Больной В., 36 лет, главный инженер завода, поступил в Днепропетровский психоневрологический диспансер 16 февраля 1960 г. с жалобами на навязчивый страх перед появлением на работе дрожи в правой руке во время письма, что может вызвать различные кривотолки среди подчиненных, плохой сон, а также на сниженное настроение с суточными колебаниями по экзогенному типу.

В анамнезе: родился в семье крестьянина девятым по счету ребенком. Отец был спокойным и добрым человеком; мать — впечатлительная, очень

64

певновала отца, в связи с чем болела «неврозом на почве ревности». Больной по характеру был застенчивым, робким, боязливым, замкнутым, никогда ни с кем не делился своими переживаниями, «все держал в себе». В 17-летнем возрасте у больного были тяжелые переживания, связанные с пребыванием на оккупированной территории. За подпольную работу преследовался гестапо.

В школу пошел в возрасте 7 лет. Окончил 10 классов. Учеба давалась легко, учился прилежно; был отличником. В школьные годы увлекался рыбной ловлей и разводил голубей. В своих знаниях всегда был уверен, но старался первым «не высовываться». Во время экзаменов сильно волновался. Дружил больше с мальчиками, избегал компании девочек из-за того, что не хотел, чтобы его дразнили «жених и невеста». Свято относился к дружбе и старался никогда не подводить своих друзей, ни с кем не ссорился. После окончания школы 2 года жил на оккупированной территории, занимался подпольной деятельностью, в связи с чем постоянно подвергал себя опасности, «жил все эти годы в напряжении».

С 1943 по 1946 г. служил в рядах Советской Армии, принимал участие в военных событиях по освобождению Европы. Войну закончил в Чехословакии. Ранений и контузий не было. После демобилизации в 1951 г. окончил строительный институт и с момента его окончания успешно продвигался по служебной лестнице, работал на ответственной руководящей работе. Последние 5 месяцев назначен на должность главного инженера крупного металлургического завода. Первое время, после перехода на ответственную работу, в незнакомой обстановке чувствовал себя тревожно, волновался. Во время выступления перед коллективом чувствовал себя напряженно. Сон всегда был хороший, без каких-либо сновидений. Засыпал и пробуждался быстро. В детстве увлекался приключенческой литературой, а позже, в более зрелом возрасте — классической литературой, с детства был фантазером и «мечтал создать что-то большое и значительное». Женат. Имеет дочь. Взаимоотношения в семье хорошие. О перенесенных заболеваниях детства ничего не знает; в подростковом возрасте болел гриппом и ангиной. Курит много лет и много; алкогольные напитки употребляет умеренно.

Настоящее заболевание началось остро — 1 февраля 1960 г. В этот День больному внезапно сообщили, что на его теперешней работе обрушился важный стратегический железнодорожный мост, в строительстве которого он принимал участие. Сильно волновался. На оперативном совещании в узком кругу сослуживцев во время выступления хотел выпить ³воды, и, когда поднимал стакан, сильно задрожала правая рука. Вынужден был поставить стакан на стол.

Испытал страх, что дрожь в руке может по-

³- Заказ № 98]

65

вториться. Далее волнения больного продолжали его преследовать, в связи с тем, что его несколько раз приглашали в прокуратуру СССР. Через определенный период его признали невиновным в аварии, но оставался раздражительным. Во время приема пищи в столовой боялся, что сослуживцы могут заметить дрожь в правой руке, старался обедать у себя в кабинете. Незадолго до поступления в отделение неврозов поссорился с женой, и, хотя конфликт был малозначительный, на работе во время приема пищи в столовой появилась дрожь в правой руке. Сотрудники обратили внимание больного на этот эпизод, после чего состояние ухудшилось. Совершенно не спал в течение двух ночей. Все время присматривался во время приема пищи к своей правой руке. И даже вне приема пищи все время настороженно следил за тем, не дрожит ли его правая рука. Страх перед возможным появлением дрожи в правой руке преследовал больного постоянно. Стал раздражительным, снизилось настроение, ухудшился сон. Тяжело стало работать.

Начал принимать снотворные. Появились кошмарные сновидения.

В ночь с 15 на 16 февраля 1960 г. видел кошмарный сон. Приснилось, что один из его сотрудников якобы начал «ухаживать за его женой, хотел ударить ухажера» по лицу, но не мог, так как почувствовал, что правая рука очень ослабела.

С большим напряжением удалось поднять правую руку, но с трудом смог прикоснуться к липу «нахала». Проснулся в холодном поту. Испытал сильное чувство страха по поводу того, что с его правой рукой творится что-то непонятное. Начал больше присматриваться к правой руке. И, несмотря на то, что в спокойной обстановке она не дрожала, страх перед возможным появлением дрожи в правой руке усилился, и больной был вынужден обратиться за помощью.

В стационаре: в соматоневрологическом статусе без особенностей АД— 100/70; пульс 100 ударов в 1 минуту. На электрокардиограмме отмечены умеренные дистрофические изменения.

В психическом статусе: сознание ясное, ориентировка всех видов сохранена. Фон настроения снижен, несколько раздражителен. Жалуется на поверхностный сон, боится кошмаров. О себе сообщил, что по жизни был несколько мнителен, несмотря на то, что обладал хорошим здоровьем, при изменении самочувствия фиксировал внимание на своем здоровье. Вспомнил, что однажды во время службы в Советской Армии появились боли в области сердца, на что больной обратил внимание, обращался в медсанчасть, признавали «невроз сердца». Уже был студентом, когда однажды во время зимней сессии у больного несколько дней отмечался жидкий стул, и он узнал, что в эти дни умер сосед на лестничной площадке от

66

рака кишечника. Мысли о раке преследовали больного непродолжительное время, но потом об этом забыл.

В беседу с врачом вступает охотно. Сообщил, что последние дни перед поступлением на стационарное лечение на работе мог с трудом сосредоточиться на своей работе. Был крайне напряжен, старался нигде ничего не писать, даже когда в кабинете никого постороннего не было. Ходил постоянно из одного цеха в другой, постоянно присматривался к своей правой руке, не дрожит ли она, при этом испытывал какое-то общее напряжение в правой руке. Старается в отделении в столовую приходить тогда, когда больные уже заканчивали принимать пищу, дабы они не могли заметить его дрожащую руку. Просит помочь врача избавить его от «тягостного состояния». Эмоционально неустойчив, настроение сниженное, иногда подавлен. При проведении ассоциативного эксперимента обнаружено значительное удлинение среднего латентного периода (3,1).

Диагноз: невроз навязчивых состояний.

Данные катанеза, полученные через год после лечения, свидетельствовали о том, что весь прошедший год больной чувствовал себя хорошо. Навязчивый страх перед появлением дрожи в правой руке не возобновлялся. Работоспособность больного была полностью восстановлена. Анализируя настоящую историю болезни, можно с известной долей допустимости отметить ее идентичность с предыдущей. И здесь премор-бидные особенности больного представляют выраженные черты робости, застенчивости. Причем в 17-летнем возрасте явно обнаруживаются черты боязливости, обусловленные длительным преследованием больного гестапо. Позже, в условиях тяжелой армейской обстановки у больного появляются боли в области сердца, которые настораживают пациента относительно его здоровья, способствуют возникновению его мнительности. Еще больше больной фиксирует свое внимание на здоровье в студенческие годы. Во время тяжелой экзаменационной сессии у больного появляется жидкий стул. В это время умирает сосед от рака кишечника, у которого, по рассказам домочадцев, был длительное время жидкий стул. Больной узнает об этом, у него возникают мысли о раке. Но они носили кратковременный характер, и больной о них забыл. Вспомнил о них лишь тогда, когда сообщал историю возникновения страха перед возможным появлением Дрожи в правой руке.

Получив сразу после окончания института ответственную работу, больной старался как можно лучше выполнять возложенные на него обязанности и постоянно боялся каких-либо промахов. Был насторожен, и в это время привлечение его к судебной ответственности за промах, в котором он, как было доказано позже, не был виновен и был оправдан, и последо-з*

67

вавший за этим перевод на еще более ответственную работу привели к возникновению страха перед возможным появлением дрожи в правой руке.

От момента первого появления дрожи в правой руке до поступления в стационар прошло 1,5 года. Впервые дрожь в правой руке появилась во время провозглашения тоста, что, естественно,

вызвало чувство страха, но пациент не придавал тогда особого значения этому эпизоду и вскоре забыл.

За два месяца до поступления в стационар, во время чтения доклада вновь появляется дрожь в правой руке, что усиливает его страх перед возможным появлением дрожи. Однако, как в первом, так и во втором случае больной быстро забывает об этом, но на непродолжительное время. Перевод больного вскоре на более ответственную работу усиливает его страх. Он начинает бояться, что на новом месте работы могут обратить внимание на его «дефект», что может его полностью дискредитировать. Усиливается фиксация больного на правой руке, усиливается чувство страха, снижается настроение, ухудшается сон. Больной становится более неуверенным в себе, растерянным и заставляет себя госпитализироваться. Данный случай можно трактовать как возникший под влиянием психотравмирующей ситуации «больной пункт» в коре головного мозга. А. Т. Иванов-Смоленский этот больной пункт называет «патодинамической структурой». Мы склонны считать, что навязчивый страх возникает по механизму отрицательного условного рефлекса.

Таким образом, и в этом случае невроз возникает остро, вслед за действием психической травмы. Возникший страх первоначально носит слабовыраженный кратковременный характер, в связи с тем, что возникший отрицательный условно-рефлекторный механизм носит еще нестойкий характер. В последующем усиление психотравмирующей ситуации способствует большему упрочению отрицательного условно-рефлекторного механизма, усилению страха и последовавшей госпитализации больного. Удлинение латентного периода ответных реакций больного в ассоциативном эксперименте свидетельствует об усилении инертности нервных процессов, и еще большему упрочению отрицательного условно-рефлекторного образования.

Наблюдение № 3. Больной Г. Ю, 35 лет, архитектор, поступил на лечение в поликлиническое отделение ЦПНБ г. Харькова 26 марта 1963 г. с жалобами на навязчивый страх смерти, возникающий в закрытых помещениях, чаще всего связанный с перемещением городским транспортом, повышенную раздражительность, колебания настроения по экзогенному типу (лучше чувствует с утра, хуже к вечеру), периодические головные боли, общую слабость и быструю утомляемость, плохой сон.

68

В анамнезе: родился в семье военного врача первым ребенком. Отец по характеру был оптимистом, общительным, жизнерадостным, «трудолюбивым», сдержанным; мать была очень нервной, несдержанной, крайне мнительной.

Больной характеризует себя как спокойного, застенчивого, робкого, несколько трусливого. Однажды в восьмилетнем возрасте случайно оказался в толпе ребят, где его сильно сдавили со всех сторон. Испытал чувство страха перед толпой, казалось, что его могут «задушить». Но вскоре об этом эпизоде забыл, старался избегать подобных ситуаций. Всегда, сколько помнил себя, боялся оставаться один в квартире. Чувствовал себя при этом неловко, но преодолевал это легко. Жил в хороших материальных условиях. Родители часто меняли место жительства в связи с переводами отца с одного места работы на другое. За 10 лет учился в одиннадцати школах. Всегда с трудом адаптировался к новой обстановке, чувствовал себя изгоем, был робким, застенчивым, боязливым. В школу пошел с 8 лет. Окончил 10 классов с хорошим аттестатом, а затем архитектурный институт. Любил художественную литературу, тяжело давалась математика. Особого желания к учебе не испытывал, старался готовить уроки в последнюю очередь. Всегда был несколько замкнут, малообщителен, не имел закадычных друзей, больше дружил с мальчиками. В связи с тем что был застенчивым, в школе избегал общения с девочками. В своих знаниях был не уверен, на экзаменах сильно волновался. После окончания института непродолжительное время работал архитектором, а затем был мобилизован в ряды Советской Армии, где продолжает работать по своей специальности. После демобилизации из армии, вплоть до настоящего времени продолжает работать по специальности архитектора. Взаимоотношения по работе с людьми всегда были хорошими. Болезненно реагировал на мелкие ссоры с сослуживцами и соседями. Долго переживал их и после того, как взаимоотношения были улажены. В работе был исполнительным, много работал, но быстро уставал на работе. В трудных ситуациях всегда терялся. Медленно адаптировался к новой обстановке, людям. Спал всегда хорошо; быстро засыпал и быстро пробуждался. В детстве болел корью, скарлатиной, коклюшем, «свинкой», перенес аппендэктомию. Женат. Имеет дочь. Взаимоотношения с женой хорошие. Половая жизнь с 18 лет, вне брака. В последние два года либидо снизилось. Ранее курил Умеренно, последние несколько лет не курит.

Считает себя больным с 1955 г. Накануне заболевания был в колхозе на Уборке урожая, где на его глазах утонул сослуживец, труп которого был найден только через три дня. Когда больной увидел труп сослуживца, тут *е испытал сильное нервное перенапряжение, охватило сильное чувство

69

страха смерти. Начал бояться подходить к берегу реки. Но усилием воли мог заставить себя войти в реку и немного поплавать. Правда, старался плавать вдоль берега. После возвращения из колхоза поехал отдыхать в Сочи. Продолжал испытывать чувство страха смерти во время купания в море. После отдыха не чувствовал себя отдохнувшим. По дороге из Сочи домой в поезде испытал чувство страха смерти. С трудом добрался домой. Постепенно страх усиливался, отмечалось сильное сердцебиение. Домой приехал как «выжатый лимон». Начал избегать поездок в командировки, на отдаленные расстояния. Летом 1960 г. поехал с семьей в отпуск на Кавказ, страх смерти усилился, и больной был вынужден прервать отпуск и приехать домой. Дома участились приступы сердцебиения, усилился страх смерти при езде городским транспортом, боялся один ходить по улице. При попытке совершать моцион появились неопределенная напряженность, тревога, чувство страха. Боялся переходить через площади. Последние несколько месяцев перед поступлением в больницу состояние ухудшилось, в связи с тем, что его хотели направить в командировку, в которую он боялся ехать. Усилился страх смерти, начал еще больше бояться ездить в городском транспорте, снизилось настроение, усилилась раздражительность. В таком состоянии обратился к нам за медицинской помощью, где получил курс амбулаторного лечения. *При обращении:* в соматоневрологическом статусе без патологии; АД — 115/70; пульс 76 ударов в минуту.

В психическом статусе: сознание ясное. Ориентировка всех видов сохранена. Общий фон настроения снижен. Спит тревожно. Жалуется на навязчивый страх смерти, возникающий в период перемещения городским транспортом, когда в транспорте нет рядом близких людей. Когда перемещается в сопровождении знакомых и близких людей, хотя и испытывает некоторое волнение, но может продолжить езду в транспорте. Если в командировку едет в компании, справляется с трудностями. Самостоятельно не выезжает в командировки последние несколько лет. Критическое отношение к состоянию полностью сохранено. Просит врача помочь избавиться его от страхов, преодолеть трудности с перемещением в транспорте и создать нормальные условия для работ, связанных с командировками. Верит в выздоровление. При проведении ассоциативного эксперимента был обнаружен нормальный средний латентный период ответных реакций (1,4).

Диагноз: невроз навязчивых состояний.

Катамнестические данные, полученные через полгода после лечения, свидетельствовали о том, что навязчивый страх смерти, если и возникал снова, то был менее интенсивным и позволял больному перемещаться

70

городским транспортом. Но, главное, больной начал свободно выезжать в командировки самостоятельно.

Анализируя последнее, третье наблюдение, можно с уверенностью сказать, что так же, как и предыдущие наблюдения, в данном случае речь идет о личности с застенчивым, робким, боязливым характером, унаследовавшим у своей матери черты возбудимости и мнительности. В связи с частыми переездами с одного места жительства на другое по семейным обстоятельствам поменял много школ, что могло усугубить особенности его характера. Он трудно адаптировался к новой обстановке.

Еще в детском возрасте наш больной, оказавшись случайно сдавленным со всех сторон в толпе, испытал страх смерти и хотя это чувство страха носило кратковременный характер и больной о нем забыл, но чувствовал себя как-то неловко в людных местах и боялся оставаться один в комнате. Можно с уверенностью сказать, что уже в далеком детстве под влиянием определенных обстоятельств начал образовываться отрицательный условно-рефлекторный механизм в виде страха смерти (толпа его могла задавить). Затем страх смерти обострился в связи с неожиданными мелкими переживаниями, связанными с тем, что на его глазах утонул сослуживец, а через 3 дня, когда выловили утопленника, он видел труп. Отрицательный условно-рефлекторный механизм упрочился. И все дальнейшие переживания, которые носили и не очень сильный характер, продолжали укреплять этот рефлекс. Страх смерти усиливался от разных причин, то от утомления, то от болезни сердца, то от мысли, что ему станет плохо в городском транспорте, то есть в изолированном помещении, и ему не успеют оказать помощь.

У нашего больного заболевание носило приступообразный характер, как и в первом случае. В

межприступный период навязчивости полностью угасали, что легко обострялись под влиянием ситуационных факторов.

Лечение больного проводилось в два приема. Первоначально было проведено 12 сеансов наркогипноанализа, которыми удалось снять острые проявления заболевания. Однако осталось чувство неопределенного страха, внутренняя тревога, боязнь площадей. После повторного курса наркопсихотерапии (15 сеансов) больной был полностью избавлен от навязчивого страха и мог даже самостоятельно ездить в командировки на дальние расстояния.

Резюмируя все вышесказанное, можно прийти к заключению о том, что для больных, страдающих неврозом навязчивых состояний, характерны специфические личностные особенности. Мы их определили как асте-но-боязливые, то есть все они были застенчивы, робки, маловыносливые, 71

терялись в трудных ситуациях и не всегда могли легко преодолеть те или иные препятствия на их жизненном пути, легко уставали при чрезмерных физических и умственных перегрузках. Как правило, у большинства наших больных в детстве или юности возникали эпизодически те или иные страхи неопределенного содержания. Причем возникающие в зрелом возрасте навязчивые страхи по содержанию были сходны с ранее испытанными страхами. Заболевание начиналось остро под влиянием психотравмирующих переживаний и носило приступообразный характер. Как правило, страхи возникали сразу же за началом действия психотравмирующей ситуации. Причем при каждом новом обострении содержание навязчивости не менялось. В наших наблюдениях был страх смерти. Помимо явлений навязчивости для невроза навязчивых состояний в клинической картине заболевания отмечались колебания настроения по экзогенному типу от легкого до значительного с преобладанием депрессивных тонов, повышенной раздражительности. Больные иногда жаловались на головные боли, сердцебиение и болезненные ощущения в области сердца, плохой сон и сниженный аппетит, что свидетельствовало о вовлечении в болезненный процесс вегетативной нервной системы.

Таким образом, на основании всего вышеизложенного мы можем констатировать, что основными причинами, вызывающими невроз навязчивых состояний, являются психические травмы, и в результате действия психической травмы происходит разрегулирование основных нервных процессов: тормозного и возбуждательного. Вследствие такой разрегулированности эти два процесса становятся более слабыми и менее подвижными, то есть инертными. Усиление инертности нервных процессов служит предпосылкой для образования отрицательных условно-рефлекторных образований, которые и лежат в основе навязчивых страхов. Ослабление основных нервных процессов способствует высвобождению вегетативной нервной системы из-под контроля центральной нервной системы и возникновению других вышеописанных симптомов болезни. По нашим наблюдениям, у больных в межприступный период никаких проявлений навязчивостей, как правило, не отмечалось, и они чувствовали себя совершенно здоровыми людьми; в редких случаях в определенных ситуациях навязчивости возникали в межприступный период. Крайне редко мы наблюдали непрерывное течение невроза навязчивых состояний, поддерживаемое длительной астенизацией нервной системы и организма в целом.

72

Психастения с навязчивостями

Под нашим наблюдением находилось 14 больных с психастенией с навязчивостями.

По давности заболевания они распределялись следующим образом: от 1 месяца до 1 года — 1 человек; от 1 года до 10 лет — 7 человек; от 11 лет до 20 лет — 3 человека и свыше 20 лет — 3 человека.

Анализ причин, вызвавших психастению с навязчивостями, показал, что, в отличие от невроза навязчивых состояний, причинами возникновения психастении были не только те или иные переживания, но и другие самые разные вредные факторы, то есть этот невроз имеет свою специфику. Многие специалисты вообще психастению относят к врожденным аномалиям развития в виде своеобразной психической слабости и недостаточности. Мы полагаем, что «психастения с навязчивостями» близка неврозу, но этот невроз имеет такие специфические, присущие только ему особенности, которые, по нашему мнению, являются результатом врожденного ослабления одного из безусловных рефлексов — оборонительного.

Особенности психастенического характера могут лишь подтвердить наше суждение. Психастеник нерешителен, неуверен в себе и своих силах, он постоянно колеблется, полон сомнений, его пугает каждая новая ситуация, каждое новое препятствие, встречающееся на его пути. Ему трудно найти решение по преодолению любых даже самых незначительных трудностей, в связи с тем, что он не

обладает для этого необходимой силой. Он с огромным трудом принимает любое решение, даже самое незначительное. Психастеник должен постоянно проверять правильность своих действий. Он не может полностью довериться своей памяти, в связи с чем он должен все фиксировать в блокноте, на любой бумажке. К врачу психастеник всегда является с большим количеством всякого рода записок, где скрупулезно записывает мельчайшие жалобы, дабы чего-то не упустить. Даже мыслительный процесс дается психастенику трудно, так как все для него чрезвычайно непросто. О психастенике, о его характере можно писать бесконечно долго. Но А. Чехов выразил характер психастеника кратко и ясно, заявив, что его главному герою Белкину были свойственны колебания во всем, он всегда боялся, «как бы чего не вышло». Р. Жанэ, внесший большой вклад в учение о психастении, характеризовал особенности психастенического мышления термином умственной жвачки. Для психастеников, по его учению, свойственна утрата чувства реального. Психастеник слабее других людей и менее стеничен. Его портрет ужасен. Но вышеописанный портрет психастеника или, вернее, его характер — это, с нашей точки зрения, специфический, но здоровый характер. Все описанные выше его

73

качества в обычном состоянии не беспокоят больного. В таком состоянии он не обращается к врачу. Приход к врачу становится необходимым только в том случае, когда наступает заострение специфических черт его характера, то есть тогда, когда наступает срыв нервной системы и все его черты характера приобретают гротескный характер. Особенности характерологических черт психастеника и являются началом его невроза — психастении. Невротическая фаза может проявляться либо заострением черт характера, выходящих за рамки нормы, либо возникновением на фоне декомпенсированных особенностей его характера разнообразных навязчивостей. Основными причинами, вызывающими декомпенсацию психастенического характера, то есть развитие психастении, по нашим наблюдениям, является психотравма, а уже дальнейшее усложнение течения самого заболевания и обрастание различного рода навязчивостями возможно под влиянием даже незначительных переживаний и ряда других факторов, способствующих ослаблению организма.

У наблюдаемых нами больных острая психотравма вызвала невроз в двух случаях, в остальных возникновению заболевания способствовало хроническое психотравмирующее воздействие. В одном случае больная во время бомбежки находилась в закрытом, переполненном людьми вагоне, из которого не могла выбраться, в связи с чем и развился навязчивый страх замкнутых пространств. В другом случае внезапная смерть сослуживца на глазах у больного вызвала неприятные ощущения в области сердца с последующим страхом смерти. В остальных случаях причинами возникновения невроза явились хронические психотравмирующие ситуации (конфликтные отношения между родителями, уход любимой девушки к товарищу и др.); дополнительную роль в возникновении заболевания играли самые разнообразные факторы (переутомление, инфекции, интоксикации, беременность и роды и др.).

Изучение преморбидных особенностей у больных психастенией показало, что у всех без исключения были выражены черты тревожно-мнительного характера, описанные выше. У двух человек в детстве были обнаружены страхи неопределенного характера, причины которых нам не удалось выявить. Причем наиболее выраженные характерологические особенности, такие, как мнительность, застенчивость, робость, присущие всем без исключения больным, носили явно патологический характер. У подавляющего большинства больных психастенией была выраженная склонность к болезненным сомнениям, обостренному самокопанию в себе, чрезмерному самоанализу. Малая выносливость и быстрая утомляемость отмечались у девяти больных; состояние общей настороженности в новой

74

обстановке — у восьми больных; у всех больных были обнаружены те или иные навязчивости, в том числе усиленный контроль над своими действиями (закрыта ли дверь, погашен ли свет; закрыта ли заслонка печи и т. д.); у шести больных выявлены черты трусливости, не обусловленные какими-то конкретными внешними обстоятельствами; у двух больных любые факторы новизны вызывали сильные волнения; трое больных тяжело переносили малейшие трудности.

У наблюдавшихся нами больных психастении навязчивости в большинстве своем выявлялись в виде навязчивых мыслей и действий. И на фоне этих навязчивостей иногда возникали навязчивые страхи, например страх высоты, страх закрытых помещений, боязнь оставить хлорамин. У одного из наших больных в конфликтной ситуации возникали мысли, что он «лишний» человек.

Навязчивости могли сочетаться между собой и приводили к еще большему самоанализу и самоконтролю по поводу правильности совершения того или иного действия, выполнение той или иной работы; у одного из наших больных страх смерти возникал тогда, когда у больного не было возможности опереться на какой-то рядом стоящий предмет; у другой больной — непреодолимое желание мыть без конца руки сочеталось со страхом испачкаться или заразиться.

В клинической картине наших больных, наряду с резко заострившимися чертами тревожно-мнительного характера, возникновением различного рода сочетающихся между собой навязчивостей, отмечалось снижение настроения, иногда доходящее до глубокой депрессии, временами сопровождающейся суицидальными тенденциями. Надо отметить, что при других неврозах депрессия никогда не достигала такой глубины. Большинство наших больных жаловалось на плохой сон, повышенную раздражительность, несдержанность.

Характерными для них были жалобы на различные ипохондрические построения. Многие пациенты жаловались на специфические головные боли, в виде толчков в голову, сжатия в голове, головокружение, неприятные ощущения в затылке, пустоту в голове, учащенное сердцебиение, ощущение жжения, тепла, чего-то, переливающегося в определенных частях тела, вибрацию сердца и т. д. Почти все без исключения наши больные жаловались на общую слабость, быструю утомляемость, невозможность сосредоточиться, сниженную работоспособность, особенно умственную, чувство собственной неполноценности и др.

Течение психастении с навязчивостями носило в основном непрерывный характер с периодическими обострениями. В период каждого следующего обострения больные все больше и больше обрастали новыми навязчивостями при сохранении предыдущих. Каждое новое обострение

75

заболевания могло возникнуть чаще всего в связи с переутомлением и даже незначительными переживаниями.

Для иллюстрации вышеизложенного приводим некоторые истории болезни.

Наблюдение № 4. Больной С, 25 лет, разнорабочий, поступил в отделение неврозов больницы им. Мечникова 3 мая 1962 г. с жалобами на множество самых разных навязчивых мыслей: какой была последняя мысль до появления навязчивостей; о чем думал в то время, когда проходил мимо какого-то определенного дома (иногда, чтобы вспомнить о чем думал, старался вернуться к этому дому); постоянное желание возвращаться в те места, где вынимал носовой платок из кармана (причем мог это повторять до изнеможения); сомнение закрыл ли дверь квартиры, уходя на работу, или оставил ее открытой (возвращался несколько раз домой, чтобы проверить свои сомнения) и др. В период наплыва навязчивостей падает настроение, усиливается утомляемость, снижается работоспособность. Ведет постоянную борьбу с навязчивостями, но это не только не приносит желаемого результата, а, наоборот, усугубляет состояние до выраженной депрессии.

В анамнезе: родился в семье служащего первым по счету. Отец — инженер, суровый, деспотичный, грубо обращался с детьми. Мать — домохозяйка, очень мнительная («до неподобства»), крайне впечатлительна, болезненна. Больной воспитывался у бабки и деда, которые очень любили его, но в то же время опекали, не давая никакой самостоятельности. В детстве был трусливым, мнительным, нерешительным. Ко всему новому относился настороженно, во всем сомневался. В старших классах школы «стал более смелым», во время прохождения службы в армии старался быть не хуже других, но это ему стоило больших трудов. Старался себя вести так, чтобы окружающие не могли считать его трусливым. Со слов больного, ему это удавалось, но с большими трудностями. В школу пошел с 7 лет. Окончил 10 классов. Учился с удовольствием, хотя тратил на учебу много времени и при этом очень уставал. В связи с тем что никакого режима в занятиях не соблюдал и занимался неравномерно, успеваемость была неровной. Читал много, но не «то, что нужно было». По характеру был мнительным, тревожным, несколько замкнутым, так как родные всегда «ограждали его от плохих друзей и всех изгоняли из дома». В школе больше общался с мальчиками, в среде девочек испытывал напряжение, терялся. После окончания школы был призван в армию, где служил до 1959 г. После демобилизации по окончании срока службы непродолжительное время работал кочегаром, а затем поступил в химико-технологический техникум.

76

учеба давалась с трудом, в связи с чем был вынужден ее оставить и посту-пить на работу в качестве разнорабочего на радиозавод. Взаимоотноше-для с окружающими людьми были всегда относительно ровными, старался не конфликтовать с людьми, но иногда «приходилось

срываться».

На работе после мелких ссор, на которые болезненно реагировал, старался «первым извиниться». Был трудолюбивым, аккуратным. Старался всегда как можно лучше выполнить порученную работу, при этом быстро уставал, но старался не показать это окружающим. Всегда и во всем сомневался; даже тогда, когда хорошо был подготовлен к сдаче какого-либо экзамена, считал, что можно было бы подготовиться лучше. Сильно волновался на экзаменах. В ситуациях, требовавших терпения и выдержки, не мог владеть собой, становился несобранным, растерянным, неорганизованным. К новой обстановке, к людям приспособлялся плохо. От одного рода мыслей и впечатлений с трудом переключался на другие. Спал всегда хорошо; редко видел сновидения, но утром не чувствовал себя отдохнувшим, свежим. Часто болел «простудными заболеваниями»; в 1954 г. перенес тонзиллэктомию. Алкогольные напитки не употребляет, не курит. Холост.

Заболел в 1956 г., во время службы в армии. Армейская служба давалась с трудом, но старался «не ударить лицом в грязь». С рвением выполнял свой служебный долг, очень уставал, но старался, чтобы никто этого не замечал. Накануне заболевания получил из дома от родителей несколько писем, в котором они ругали его за то, что он забросил учебу, требовали, чтобы он после армии продолжил свое образование. Служба в армии была очень напряженной, т. к. находился он на спецрежиме. Однажды, выполняя боевое задание, не спал несколько ночей, очень устал, положил секретную карту в карман и забыл, куда положил. Долго не мог найти карту, нервничал, переживал, боялся, что его могут осудить. Случайно, через несколько дней обнаружил карту у себя в кармане. Появился страх, начал бояться, что может вновь потерять карту. Стал испытывать «общее напряжение», начал постоянно оглядываться назад, казалось, что «что-то потерял». Затем стало казаться, что к его военной форме прилип какой-то предмет и он начал стряхивать его со своей одежды. Боялся, что если он не отряхнет свой костюм, то с ним может что-то недоброе случиться. Появились страхи неопределенного содержания. Осознавал, что заболел, но старался скрыть это от окружающих.

За медицинской помощью не обращался. После демобилизации почувствовал себя несколько лучше в связи с тем, что изменились условия его жизни и работа и подготовка к поступлению в техникум несколько успокоили его.

77

В 1960 г. после поступления в техникум навязчивости усилились, стал менее уверенным в себе, «рассеянным, невнимательным». Усилились навязчивые мысли о том, не потерял ли он конспект; начал чаще стряхивать что-то с костюма. Навязчивости все больше и больше стали раздражать больного, мешать ему в учебе. Снизилась успеваемость, в связи с чем он был вынужден оставить учебу. Обратился летом 1961 г. в психоневрологический диспансер, где после проведенного общеукрепляющего лечения гипогликемическими дозами инсулина почувствовал себя несколько лучше, смог дальше работать. Однако дома не утихали скандалы по поводу его учебы. Родители настаивали на том, чтобы больной продолжил учебу, называли его «лентяем», оскорбляли его. Болезнь обострилась, усилились навязчивости, он стал более раздражительным, вспыльчивым, неуверенным в себе, снизилось настроение. В таком состоянии поступил в отделение неврозов. *В соматоневрологическом статусе:* астенического телосложения, умеренного питания. АД — 110/60; пульс — 70 ударов в минуту; легкая недостаточность конвергенции справа, стойкий красный дермографизм. Сухожильные рефлексы оживлены, равномерны. Патологических рефлексов не обнаружено.

В психическом статусе: сознание ясное. Ориентировка всех видов сохранена. Поведение в отделении правильное. В меру общителен, но с больными о своем состоянии не распространяется. Иногда охотно играет в настольный теннис и даже показывает высокое мастерство в этой игре, много читает.

Старается говорить с врачом только в интимной обстановке, чтобы больные не знали ничего о его болезни. Жалуется на множество навязчивых мыслей и действий. Бесперывно что-то стряхивает со своей одежды, после умывания по несколько раз возвращается в туалетную комнату, проверяет, не забыл ли там какой-либо свой предмет. Постоянно говорит о своих сомнениях, анализирует свое «положение в жизни» и занимается анализом своих поступков. Старается бороться со своими навязчивостями, но все попытки устранить их способствуют их усилению. Критически оценивает свое состояние. Постоянно просит врача помочь ему. Бесперывно задает один и тот же вопрос: возможно ли вообще избавиться от его болезни? Фон настроения снижен, больной несколько депримирован, раздражителен. Мышление замедленно, склонен к самоанализу и самокопанию в

себе. Речь монотонная, дополняется выразительной жестикуляцией. Ассоциативный эксперимент показал значительно удлиненный средний латентный период (3,7) и увеличение истощаемости до +3,8 (показатель повышенной инертности раздражительного процесса).

78

Диагноз: психастения с навязчивостями.

Полученные через 1,5 года после лечения катamnестические сведения дают возможность говорить о том, что с момента выписки состояние компенсировалось, больной чувствует себя хорошо.

Продолжил работу электриком, поступил учиться в госуниверситет. Навязчивые мысли, действия и страхи не беспокоили больного. Жизненные невзгоды способствовали лишь обострению его характерологических особенностей на непродолжительное время.

Как явствует из приведенной выше истории болезни, наш больной по своим характерологическим качествам, несомненно, принадлежит к тревожно-мнительным личностям. Себя характеризует с детства человеком трусливым, мнительным, который ко всему новому относился настороженно, тяжело адаптировался к новой обстановке, с трудом входил в контакт с новыми людьми, всегда старался показать себя с лучшей стороны перед сверстниками. Много уделял внимания подготовке уроков, но быстро уставал, т. к. все старался делать фундаментально. По многу раз переписывал домашние работы, если обнаруживал, что они небрежно выполнены, был всегда чрезвычайно аккуратным, педантичным. При выполнении домашних заданий с трудом переключался с одного предмета на другой. Для усвоения следующего предмета требовалась пауза, и довольно длительная. К друзьям относился настороженно, не любил «расхлябанности и вранья».

Можно с уверенностью сказать, что наш больной относится, по И. П. Павлову, к типам со слабой нервной системой, с явно выраженной недостаточной подвижностью нервных процессов, то есть их инертностью. Об этом свидетельствует неорганизованность больного, растерянность при попадании в трудные ситуации, длительная приспособляемость к новой обстановке, людям и, наконец, слабая переключаемость с одного рода мыслей и впечатлений на другой.

Впервые заболел, когда был призван в ряды Советской Армии, оказался в экстремальной ситуации. Трудности армейской жизни старался компенсировать своим усердием. Начали обостряться характерологические особенности. Появилась утомляемость, стал более мнительным, начал теряться в сложных ситуациях, сильнее сомневался в том, правильно ли исполняет свой воинский долг. В это время не мог найти стратегически важную военную карту. Он положил ее в карман своей военной формы и забыл, куда положил. Боялся, что ему придется предстать перед военным трибуналом. Случайно обнаружил эту карту через несколько дней. Несколько успокоился, но усилились сомнения. Начал постоянно контролировать свои действия. Появились навязчивые мысли: «о чем думал, когда

79

проходил возле какого-либо дома, закрыл ли дверь казармы, аккуратно ли застелил свою постель и т. д.» и чувство страха перед возможностью что-либо потерять. Постоянно возвращался в те места, где вытаскивал что-либо из кармана, например носовой платок, из-за боязни, что при этом мог что-нибудь выронить. После окончания службы в армии напряжение снизилось, но болезненное состояние продолжало наращаться, в связи с чем больной был вынужден обратиться за медицинской помощью. Можно с уверенностью сказать, что возникновение у нашего больного навязчивостей и в особенности фобий объясняется тем, что в силу длительного перенапряжения, вызванного переживаниями в условиях армейской жизни, основные нервные процессы: тормозной и возбуждательный стали менее подвижными, инертными, что способствовало образованию отрицательных рефлекторных образований.

Заболевание характеризовалось непрерывным течением с периодическими обострениями, которые возникали под влиянием незначительных переживаний (требование родителей продолжить учебу) или перенапряжения, связанного с подготовкой к сдаче экзаменов в техникум. При каждом последующем обострении заболевания наступало «обрастание» новыми навязчивостями. При усилении навязчивостей в клинической картине болезни отмечалось снижение настроения до выраженной депрессии.

Наблюдение № 5. Больная К., 31 год, домохозяйка. Поступила в психоневрологический диспансер г. Днепропетровска 12 апреля 1960 г. с жалобами на брезгливость и боязнь прикасаться к людям, которые, по мнению больной, могут болеть «заразными заболеваниями», непреодолимую потребность без конца мыть руки, «кажется, что руки всегда грязные», постоянное чувство тошноты, головные боли, при волнении жжение в левой половине тела, подавленное настроение.

В анамнезе: родилась в крестьянской семье седьмой по счету. Отец — колхозник, был спокойным, уравновешенным, добрым; умер в 1933 году от дистрофии; мать была по характеру мнительная. Себя больная характеризует с тех пор, как помнит себя «неспокойной». С детства всегда была «неуверенной в себе», «постоянно проверяла свои действия». Никогда не могла уснуть до тех пор, «пока не проверит, закрыта ли дверь, закрыта ли печная труба заслонкой и т. д.» Отличалась робким, застенчивым характером, была трусливой, мнительной, брезгливой.

В школу пошла семи лет. Окончила 7 классов. Учеба давалась с трудом, училась посредственно. Легче давались точные науки, тяжелей — гуманитарные (литература и история). Много времени тратила на подготовку уроков, мало отдыхала, всегда чувствовала себя усталой и разбитой.

80

К концу дня чувствовала себя очень усталой. В школе была раздражительной, вспыльчивой, часто ссорилась с подругами. После любой, даже мелкой ссоры долго не могла успокоиться до тех пор, пока сама не помирится с обидчицей. Старалась первой извиниться даже тогда, когда не была виноватой. Больше дружила с девочками, но охотно бывала в компании мальчиков. После окончания школы начала работать счетоводом в школе, затем пионервожатой. В 1949 г. вышла замуж, не работала в течение 5 лет. С 1954 по 1955 гг. работала буфетчицей, но в связи с началом болезни уволилась с работы. Взаимоотношения с людьми всегда были хорошими. Была трудолюбивой, но на работе быстро уставала. Отличалась упорством и настойчивостью. С тех пор, как помнит себя, все, что делала, подвергала сомнению. По многу раз проверяла свои действия. Не была уверенной в своих знаниях. Любое переживание, даже незначительное, надолго застревало в сознании больной. Так, очень долго не могла забыть смерть сестры в 1942 г. В новой обстановке чувствовала себя неуверенной. Когда работала буфетчицей, много раз проверяла кассу, «не доверяла сама себе». Болезненно относилась «к частой смене своих мыслей и впечатлений». Очень нервничала, когда отменялось какое-либо заранее намеченное мероприятие.

Сон всегда был поверхностным, с трудом засыпала и медленно пробуждалась. Отмечались часто самые разные сновидения, вплоть до кошмаров.

В брак вступила в 21 год; была одна беременность, закончившаяся тяжелыми родами. Имеет дочь, взаимоотношения с мужем всегда были хорошие. Менструации с 15 лет, регулярные, безболезненные. Последние несколько лет перед менструацией появляются головные боли.

Половая жизнь с 21 года, в браке. Либидо повышенное; всегда получает удовлетворение в половой жизни. В детстве ничем не болела. В 1933 г. перенесла дистрофию (голодала семья).

Считает себя больной с 1950 г. Заболевание развивалось постепенно. После тяжелых родов несколько дней была в бессознательном состоянии. Когда пришла в сознание, появилась неприятная тошнота, которая держалась продолжительное время, в связи с чем постепенно развилось чувство брезгливости. Начала более тщательно мыть руки, и значительно чаще обычного, но относилась к этому спокойно. Особенно усилилось чувство брезгливости после переживаний на работе (в кассе обнаружилась большая недостача денег). Хотели привлечь к судебной ответственности. Начала чаще и более продолжительное время мыть руки, и это уже стало раздражать больную. Пыталась воздерживаться от частого мытья рук, но не могла «справиться с собой» из-за появляющегося в это время сильного напряжения, вынуждена была уволиться с работы, несмотря на то, что больная не была

81

виновата в пропаже денег. Однажды дома резала капусту и в это время к столу подошла дочь. Больная попросила ее отойти от стола, «чтобы не порезать ее ножом». В это время появилась навязчивая мысль: «А вдруг не удержусь и действительно ударю дочь ножом». Охватило сильное чувство страха. С тех пор страх перед острыми предметами охватывал ее каждый раз во время еды. Мысли о «загрязнении отошли на задний план, о них как-то забыла». Плохое самочувствие продолжалось несколько месяцев. За помощью не обращалась, сама боролась со своим состоянием.

Однажды в гости к больной домой пришла соседка и пожаловалась больной на своих соседей, что ее сторонятся все соседи в связи с тем, что она больна открытой формой туберкулеза. Больная испытала сильное нервное напряжение, но с трудом удалось удержать себя. Но когда соседка ушла к себе домой, испытала сильный страх перед возможностью заболеть туберкулезом. Стул, на котором сидела соседка, в ярости выбросила на улицу. Боялась прикасаться к местам, к которым она прикасалась. Вскоре соседка умерла, и во время похорон наша больная случайно прикоснулась к женщине, которая переодевала покойницу. Появились навязчивые мысли о микробах. Начала часто купаться. Не могла надевать те вещи, к которым кто-либо прикасался.

Чувство брезгливости продолжало нарастать. «Заразные» вещи прятала в отдельный чемодан и старалась к ним больше не прикасаться. Обходила стороной тех людей, к которым испытывала чувство брезгливости. Перед каждым приемом пищи до 30-40 раз намыливала руки мылом. Кожа рук была мацерирована и истончена. Вынуждена была переменить место жительства, чтобы не встречаться с теми людьми, к которым испытывала чувство брезгливости. На новом месте начала присматриваться к мусорным ящикам, боялась к ним прикасаться «как к источникам загрязнения». Ко всем тем, кто близко проходил мимо мусорного ящика, относилась с чувством брезгливости. По-прежнему продолжала «грязные» вещи прятать в чемодан или выбрасывала их, если они вызывали чувство брезгливости. Продолжала подолгу мыть руки, часто переодевалась, купалась. Поступила на стационарное лечение в психиатрическое отделение больницы им. Мечникова, где лечилась с 24 марта по 11 апреля 1960 г. При поступлении в соматоневрологическом АД—140/90 мм рт. ст.; пульс до 90 ударов в минуту; незначительные нистагмические подергивания при взгляде в сторону и сглаженность правой носогубной складки.

В психическом статусе: охотно вступает в контакт, сознание ясное Ориентировка всех видов сохранена. Во время беседы несколько напряжена, оглядывается по сторонам. Одета аккуратно, кисти сжаты в кулак. Стараются как можно меньше прикасаться к окружающим предметам, людям

82

Следит за тем, чтобы окружающие как можно меньше прикасались к ней. В палате находится одна, старается из палаты не выходить. Утром во время Убывания бесконечное число раз намыливает руки и смывает их. Не может остановиться. Фон настроения снижен, напряжена, раздражительна. Ежедневно на ночь принимает душ, но только тогда, когда все больные укладываются спать. Крайне щепетильна и не хочет, чтобы больные из-за нее страдали. Иногда, когда днем свободна душевая, также старается лишней раз принять душ. Но всегда при этом просит персонал в душевую никого не впускать.

Много времени проводит в постели, часто переодевается, даже тогда, когда не принимает душ. Малообщительна. Постоянно жалуется на чувство брезгливости; многократно перед едой намыливает руки; моет их до 30-40 раз. «Все время кажется, что руки недостаточно чистые». Попытка сдержать себя от многократного мытья рук сопровождается ростом общего напряжения, ухудшением настроения, плаксивостью. От больных, к которым испытывает чувство брезгливости, старается держаться на расстоянии. Никому не разрешает прикасаться к ее кровати, к ее одежде, даже медперсоналу. После того как кто-либо прикоснулся к ее кровати, просит поменять белье, принимает душ несколько раз в день. Перед приемом пищи многократно намыливает руки и долго их моет. Критически оценивает свое состояние. Умоляет врача избавить ее от страданий и тут же заявляет, что не верит в возможность выздоровления. Эмоционально неустойчива, раздражительна. Настроение подавленное. Не верит в выздоровление. Постоянно думает только о болезни, поэтому в первое время в отделении ничем не занималась, даже не могла читать художественную литературу. При проведении ассоциативного эксперимента было обнаружено удлинение латентного среднего периода ответных реакций (2,5).

Диагноз: психастения с навязчивостями.

Было проведено медикаментозное лечение (общеукрепляющее) и 35 сеансов наркопсихотерапии. В процессе такой терапии больная стала более спокойной, выровнялось настроение, чувство брезгливости медленно, но все же начало ослабевать, меньше стала намыливать руки и реже мыть их, реже стала переодеваться. Перестала фиксировать внимание на том, как к ней самой, ее вещам и ее кровати прикасаются посторонние люди. Начала общаться с пациентами, читала художественную литературу, выходила на прогулку и охотно общалась с больными. К моменту выписки фон настроения выровнялся, напряжение исчезло, оставалось легкое чувство брезгливости, не вызывавшее желания мыть часто руки. Руки мыла один, максимум два раза и к этому относилась спокойно. Выписалась домой в хорошем настроении.

83

К сожалению, катамнестических сведений от больной не удалось получить, т. к. через 1 год на наше письмо мы не получили ответа. Мы надеемся, что, несмотря на отсутствие катамнестических сведений, у больной со здоровьем было нормально, поскольку у нас была договоренность о том, что в случае ухудшения состояния она сама обратится к нам.

Таким образом, как и в предыдущих случаях, этой нашей больной также были присущи черты тревожно-мнительного характера. В детстве она перенесла дистрофию, что, несомненно, способствовало общему ослаблению организма. Рано лишилась отца и воспитывалась матерью с выраженными проявлениями мнительности, что, несомненно, способствовало появлению в раннем

возрасте особенностей ее характера. Сама больная говорит о себе как о «неспокойной» уже в детстве. Кроме того, всегда во всем сомневалась и старалась всегда проверять правильность своих действий. Не могла уснуть до тех пор, пока не проверит, закрыта ли дверь; всегда отмечалась повышенной брезгливостью. Но эти качества не волновали больную, так как она думала, что это свойственно любому человеку. Ее несдержанность не создавала проблем в связи с тем, что она старалась первой пойти на примирение с обидчиком, даже в том случае, если не была виноватой. Заболевание развивалось постепенно. Первым толчком, способствовавшим, прежде всего, заострению ее характерологических особенностей, явились тяжелые роды. Возникшее после родов чувство тошноты усилило свойственную больной брезгливость.

Стала более тревожной и маловыносливой; очень уставала, ухаживая за грудным ребенком, мало спала. Постепенно появилось желание часто мыть руки. Это желание нарастало, и чем чаще она мыла руки, тем труднее ей было остановить себя. Бесконечное намыливание рук и смывание мыла водой приводили к мацерации кожи на руках. Возрастающее чувство брезгливости и учащение мытья рук стало раздражать больную все больше и больше. Однако тогда она за помощью не обращалась. Переживания больной на работе, связанные с обнаружением денежной недостачи в кассе, за которую она отвечала, резко обострили состояние. Начинает активно бороться с навязчивым желанием мыть часто руки, но это приводит лишь к усилению этого желания и увеличению частоты мытья рук. Далее даже незначительные переживания способствуют появлению новых навязчивостей: так, страха перед острыми предметами (боится, как бы ножом не ударить свою дочь), перед возможностью заражения (боится подобно соседке заболеть туберкулезом).

После смерти соседки начинает выбрасывать вещи, к которым та прикасалась. Усиливающийся страх заражения приводит к тому, что больная вынуждена поменять место жительства. Но это не облегчает ее состояние,

84

после временного облегчения лишь способствует усилению болезни в вид^е нарастания разнообразных навязчивых состояний. При этом характерологические особенности больной маскируются и, наоборот, когда острота навязчивостей ослабевает, характерологические особенности становятся более выраженными. Так, из чувства брезгливости, составляющего одну из характерологических особенностей больной, под влиянием факторов, ослабляющих организм (роды и психотравма), вырастает навязчивое влечение много раз мыть руки, часто купаться, постоянно менять одежду, к которой кто-то прикоснулся, далеко обходить мусорные баки, ящики. Описанные выше особенности характера нашей больной в виде врожденной мнительности и общей слабости, выявляющейся в ее быстрой утомляемости, длительной задержке и стойкой зафиксированное[™] переживаний в сознании, болезненном реагировании на быструю смену впечатлений, медленной адаптации к новым условиям, свидетельствуют, с нашей точки зрения, о застойности или инертности в ее центральной нервной системе основных процессов: тормозного и возбуждательного и о возможности образования на этом фоне не одного, а нескольких отрицательных условно-рефлекторных образований.

Неврастения с навязчивостями

Под нашим наблюдением находилось 14 больных неврастенией с явлениями навязчивостей. По давности заболевания больные распределялись следующим образом: от 1 месяца до 1 года — 7 человек; от 1 года до 5 лет — 3 человека; от 5 лет до 10 лет — 4 человека. Таким образом, давность заболевания колебалась от 1 месяца до 10 лет.

Для этой группы больных были выявлены специфические характерологические особенности, которые мы определили как астено-сенситивные, то есть всем им в той или иной степени были присущи общая слабость, быстрая утомляемость, выраженная раздражительность, причем сами больные об этих своих качествах до начала болезни ничего не знали или, вернее, не предполагали их у себя. Свой характер 13 больных определяли как робкий, застенчивый; у 7 больных в детстве отмечались неопределенные страхи. Большинство больных (11) характеризовали себя уравновешенными и выносливыми.

Причиной возникновения заболевания у большинства наших больных были те или иные переживания. Мы разделили наших больных на три группы в зависимости от характера психотравмирующего воздействия.

К первой группе относилось 6 человек. Невроз у них возник, главным образом, после острой психотравмы. Причем последняя могла действо-

85

вать на фоне тяжелых условий службы в армии, на фоне некоторых факторов, астенизирующих организм (злоупотребление спиртными напитками, заболевание гриппом, аборт и т. д.). Так, для одного больного это был случай в пьяной компании, когда его хотели зарубить топором. У другого пациента заболевание развилось после волнений на экзаменах; у третьего — после мелкой ссоры с женой и родителями, то есть острота и содержание психотравмирующих переживаний варьировались.

Во второй группе были больные неврозом, вызванным относительно длительными психотравмирующими обстоятельствами. Так, у одного больного причиной заболевания явились переживания по поводу нескольких беременностей жены, закончившихся мертворожденным ребенком; у другой больной наслоились друг на друга переживания, связанные со смертью первого мужа, неудачным вторым браком и, наконец, арестом второго мужа; у третьей больной переживания были связаны с заражением сифилисом от мужа с последовавшим разводом; у четвертого больного заболевание началось после ряда серьезных переживаний по работе, связанных с ответственностью за выпуск недоброкачественной продукции.

Третью группу составили больные неврастенией с навязчивостями в связи с проявившимся воздействием на организм нескольких факторов, а именно психотравмирующие факторы в комплексе с другими разнообразными факторами, способствующие истощению организма и ослаблению нервной системы. У двух наших больных срыв нервной системы наступил в результате длительных переживаний по работе и злоупотребления продолжительное время спиртными напитками.

У одной больной невроз развился после длительных переживаний, связанных с тем, что «брат мужа написал анонимное письмо о том, что семья больной живет не по средствам», за что мужа больной хотели привлечь к ответственности. Затем на фоне длительных переживаний больная переболела холецистопанкреатитом, вслед за которым произошел срыв нервной системы.

Наконец, у другой больной невроз развился в результате переживаний, связанных с длительным конфликтом между ней и ее падчерицей, ревностью мужа и перенесенной на этом фоне тяжелой формой гриппа.

В клинической картине наших больных, страдающих неврастенией с навязчивостями, прежде всего появились жалобы на головные боли неопределенного характера, боли в области сердца, повышенную раздражительность, несдержанность, быструю утомляемость, расстройство сна (с трудном засыпают, поверхностный характер сна, кошмарные сновидения), на колебания настроения (по экзогенному типу), а уже позже на фоне

86

выраженной картины неврастении появились те или иные навязчивые состояния.

Мы выделяем два типа навязчивостей при неврастении. К первому типу относятся навязчивые мысли и действия, сочетающиеся с навязчивыми страхами. К этому типу относились шесть больных, у двух из которых доминировали навязчивые мысли о том, что их сердце может лопнуть, которые трансформировались в страх смерти. Причем страх смерти иногда возникал в городском транспорте, что затрудняло их перемещение по городу. Больные боялись оставаться одни дома; некоторые больные испытывали страх даже при госпитализации.

У одного нашего больного с тиками возник страх перед возможностью возникновения дрожи в руках. У других больных отмечались навязчивые мысли о тех или других тяжелых заболеваниях со смертельным исходом (рак мозга, позвоночника), что способствовало возникновению страха смерти.

Ко второму типу навязчивостей относились как единичные, так и множественные страхи. Так, у двух больных был страх смерти (без конкретного содержания). У остальных пяти больных отмечались разнообразные фобии. У одного больного были выявлены фобии огня, сочетающиеся с фобиями осколков стекла со страхом перед загрязнением; у другого сифило-фобия сочеталась со страхом сойти с ума; у третьего страх упасть в колодец сочетался со страхом перед повешением и боязнью острых предметов. У остальных двух больных страх сойти с ума сочетался со страхом смерти и страхом заболеть туберкулезом. В период обострения навязчивостей у большинства наших больных неврастенией с навязчивостями отмечалось снижение настроения. Течение заболевания носило непрерывный характер. Только в двух случаях наблюдалось обострение непрерывно текущего заболевания под влиянием психотравмирующих ситуаций.

Для иллюстрации приводим следующие истории болезни.

Наблюдение № 6. Больная Г., 42 лет, учительница. Поступила в отделение неврозов больницы им. Мечникова 21 мая 1963 г. с жалобами на головные боли (лобной области), повышенную

раздражительность, пониженное настроение, навязчивые мысли о том, что больна сифилисом, страх сойти с ума.

В анамнезе: родилась в крестьянской семье, отца своего не помнит, так как он оставил семью, когда больная еще была маленькой девочкой; мать всегда много работала, выносливая, спокойная в молодости, а в последнее время стала раздражительной.

Больная характеризует себя робкой и застенчивой, впечатлительной, обидчивой, но выносливой. На пятом году жизни, упав случайно в глубо-

87

кую яму, где было много лягушек, сильно испугалась. После этого несколько лет подряд кричала во сне, отмечались кошмарные сновидения. В школу пошла с 7 лет. Окончила 10 классов, училась хорошо. Была одной из лучших учениц школы. Учеба давалась легко, за исключением математики. Благодаря хорошей памяти дома мало времени тратила на подготовку уроков, «так как, прослушав учителя, могла дословно пересказать все услышанное». Взаимоотношения с товарищами и подругами всегда были теплыми, дружественными, мало конфликтовала с людьми. Была всегда усидчивой, выносливой, трудолюбивой. После окончания школы училась в педтехникуме, начала работать педагогом в младших классах. Затем закончила заочно пединститут и продолжала работать в школе преподавателем литературы. Работала всегда много и увлеченно. В работе никогда не уставала. Всегда была усидчивой и выносливой. В знаниях своих всегда была уверенной, на экзаменах всегда чувствовала себя спокойно. К новой обстановке привыкала быстро, легко сходилась с людьми.

В течение жизни болела брюшным тифом, скарлатиной, воспалением легких, сифилисом. Дважды была замужем. Первый муж погиб на фронте. Второй раз вышла замуж после войны. Второе замужество было крайне неудачным. Муж злоупотреблял спиртными напитками, был груб в обращении с больной, иногда избивал ее. За несколько лет до поступления в больницу муж заразил больную сифилисом. Очень тяжело пережила этот «позор». Вынуждена была развестись с мужем. Имела одну беременность, закончившуюся нормальными родами: родила дочь, и 10 беременностей, закончившихся абортми по медицинским показаниям.

Считает себя больной с января 1963 г. Заболеванию предшествовали длительные переживания, связанные с неудачным вторым замужеством, перенесенным сифилисом, разводом с мужем, а также тяжелая напряженная работа. Заболевание развивалось медленно и постепенно. Появились головные боли неопределенного характера. Первоначально их определяла как тяжесть в голове, «голова не ясная». Затем появилась раздражительность, несдержанность, временами возникали мелкие стычки с коллегами по работе. Затем появились боли и зуд в ушах. Обратилась к отоларингологу, который диагностировал «простудное заболевание ушей» и назначил тепловые процедуры. Проводимое лечение эффекта не дало, «казалось, что в ушах появились язвы». Резко усилилась раздражительность, хуже стала спать. Утром пробуждалась от сна разбитой и не отдохнувшей. Обратилась к своему участковому врачу, который после тщательного осмотра больной как-то пристально на нее посмотрел и после этого долго молчал. Это произвело сильное впечатление на больную, и у нее мелькнула мысль, не вернулась ли к ней старая болезнь (сифилис). Охватило чувство страха. С

88

тех пор мысли не покидают больную, несмотря на то, что было сделано несколько контрольных анализов крови на реакцию Вассермана. Усилилась раздражительность, еще хуже стала спать по ночам. Снизилось настроение, усилились головные боли. Появилось множество неприятных ощущений в голове. Начало казаться, что у нее появляются странности в поведении. Решила, что начала заболевать каким-то психическим заболеванием. В это время мысли о сифилисе ушли на второй план, хотя полностью не исчезли, но появился страх перед сумасшествием. Вынуждена была обратиться к психиатру, который направил больную в отделение неврозов.

В соматоневрологическом статусе: патологии не выявлено. АД — 110/70 мм рт. ст.; пульс 100 ударов в 1 минуту.

В психическом статусе: в контакт вступает легко, на вопросы отвечает правильно, легко и охотно. Подробно рассказывает о своих болезнях, о том, как тяжело перенесла сифилис. Было очень стыдно, т. к. все село знало о ее болезни, и особенно неловко чувствовала себя на работе. Казалось, что сотрудники как-то сторонятся ее. В период осмотра, хотя меньше вспоминала о страхе перед сифилисом, но заявляла, что временами этот страх возвращается к ней. Хотя в период осмотра ее больше волновал страх, не больна ли она каким-либо психическим заболеванием.

Эмоционально неустойчивая, крайне раздражительная, плаксивая. Фон настроения колеблется по

экзогенному типу. Сон поверхностный, иногда видит кошмары, но не может их рассказать (забывает), по утрам чувствует себя разбитой, утомленной. Первоначально мало общалась с больными, трудно было читать, так как не могла сосредоточиться. Постоянные мысли больной о сумасшествии беспокоили пациентку. Часто задавала врачу вопрос относительно своего психического здоровья. Не верила, что сможет стать здоровой и работать в школе.

Фиксирована на неприятных ощущениях в голове. Сообщила врачу, что после отхода ко сну боялась закрыть глаза, так как в этот момент может сойти с ума. Критически оценивает свое состояние. Тяготится им и пребыванием в отделении; временами плачет.

Диагноз: неврастения с навязчивостями.

В результате проведенного гипноанализа больная выписалась из отделения в хорошем состоянии. Катамнестические сведения, полученные через несколько лет после выписки из больницы, демонстрировали хорошее самочувствие больной, которая продолжала работать в школе по своей специальности. Самочувствие оставалось хорошим. Навязчивых мыслей о сифилисе и о сумасшествии не выявлялось, и даже воспоминаний о них не было. Вернее, если вспоминала о навязчивых мыслях, то они ее не раздражали. Иногда, в периоды большой и напряженной работы, появля-

89

лись кратковременные головные боли и нарушался сон, но это у больной не вызывало тревоги. Наблюдение № 7. Больная Х., 36 лет, швея. Поступила в отделение невротозов больницы им. Мечникова 29 июля 1963 г. с жалобами на неприятные ощущения в теле, в большей степени в области живота. Характеризует эти ощущения как жжение, есть жалобы на повышенную раздражительность, снижение работоспособности, приступы, во время которых «как будто бы что-то отрывается в животе, и появляются ощущение жара, распространяющегося по всему телу, навязчивый страх смерти, пониженное настроение, плохой аппетит и сон, сопровождаемый кошмарными сновидениями.

В анамнезе: родилась в семье рабочего первой по счету. Отец по характеру был добрым, ласковым, много внимания уделял детям. Мать в противоположность отцу была грубой, нервной. Себя больная характеризует впечатлительной, плаксивой, но в то же время смелой, «часто дралась с мальчиками и проказничала». Каких-либо страхов в детские годы не испытывала. В годы войны находилась на оккупированной территории, спокойно относилась к бомбежкам, к трудностям военного времени.

В школу пошла с 8 лет. Окончила 7 классов. Учеба давалась с трудом, особенно математика. Особого рвения к учебе не испытывала и поэтому мало внимания уделяла урокам. Готовила домашнее задание всегда в последнюю очередь. Взаимоотношения с родителями и подружками всегда были хорошими. После окончания 7 классов нигде не работала. После войны непродолжительное время работала разнорабочей на хлебозаводе. В 1946 г. вышла замуж, уволилась с работы, занималась домашним хозяйством. Была выносливой, трудолюбивой. В трудных ситуациях никогда не терялась, хотя и переносила их иногда тяжело. В детстве болела корью, ангиной. Менструации начались довольно поздно, в 17 лет, были болезненными и нерегулярными. После первых родов месячные нормализовались. Имела 19 беременностей, из которых 17 закончились абортми, а две — нормальными родами. Имеет двоих детей. Взаимоотношения с мужем хорошие.

Считает себя больной с июня 1962 г., когда она перенесла очередной довольно тяжелый аборт, во время которого потеряла много крови. После этого продолжительное время отмечалась общая слабость, быстро уставала на работе. Снижился аппетит, начала терять в весе, появилась раздражительность. К осени состояние несколько улучшилось, начала прибавлять в весе. В этот период времени на работе в качестве разнорабочей на стройке приходилось переносить много тяжестей. Начала быстро уставать, вновь появилась слабость. 13 мая 1963 г. после подъема очередной тяжести внезапно почувствовала, «как в животе как будто что-то оборвалось», испытала

90
«а сильный страх, казалось, что сейчас должна умереть. Такое состояние длилось около часа. Затем страх на неопределенное время оставил больную и она смогла закончить свою работу.

Продолжала работать, но ожидание возможного возобновления подобного страха сохранялось; отмечалась некоторая настороженность. Через 2 недели, также после подъема очередной тяжести, внезапно повторился прежний приступ страха. Перестала спать по ночам. Обратилась к участковому врачу, последний посмотрел ее крайне невнимательно и заявил больной, что у нее «сердце не в порядке», но не назначил ей при этом никакого лечения. Усилился страх смерти,

стала более раздражительной, значительно хуже стала спать по ночам. Начало «бросать в жар», «тело млело». Резко снизилось настроение, много плакала, вновь снизился аппетит, хуже стала есть и вновь начала терять в весе, усилилась раздражительность. С большим трудом начала справляться со своей работой. В таком состоянии была направлена в отделение неврозов.

В соматоневрологическом статусе: без особенностей; АД— 110/70 мм рт. ст.; пульс 68 ударов в минуту.

В психическом статусе: в контакт вступает легко. На вопросы отвечает по существу.

Ориентировка всех видов сохранена. Расстройство психической деятельности не обнаруживается. Критически оценивает свое состояние. Считает себя тяжелой больной. Жалуется на постоянные мысли о смерти, сопровождаемые выраженным страхом аналогичного содержания, фиксирована постоянно на разнообразных неприятных ощущениях то в области сердца, то в области живота, временами жаловалась на тягостные «пробегания тока по всему телу». Умоляет врача помочь ей и избавить ее от страха и неприятных ощущений во всем теле. Фон настроения колеблется по экзогенному типу. К вечеру настроение ухудшается. Первое время была крайне раздражительной. Все ее раздражало: и сама обстановка палаты, и люди, окружавшие ее, вплоть до приходивших к ней родственников и медперсонала. Много плакала, плохо спала по ночам. Не верила в успех терапии и выздоровление. Под влиянием нарюгипноанализа постепенно настроение выровнялось, стала более общительной, много читала. При проведении ассоциативного эксперимента обнаружено удлинение среднего латентного периода ответных реакций (2,7) и истощаемость +1,3, что свидетельствует о застойности или инертности основных нервных процессов: тормозного и возбуждательного в коре головного мозга.

Диагноз: неврастения с навязчивостями.

Через полгода после проведенного лечения катamnестические данные свидетельствовали о том, что общее самочувствие оставалось хорошим. Стала значительно спокойнее, навязчивый страх смерти не возобновлялся:

91

«даже забыла о том, что он у нее был». Отмечает значительное повышение работоспособности. В приведенных выше двух наблюдениях наших больных, страдающих неврастениями с навязчивостями, в преморбиде отмечались черты астено-сенситивного характера. С одной стороны, в период осмотра они себя характеризовали выносливыми, трудолюбивыми и смелыми, с другой стороны, говоря о своих особенностях характера в детстве, отмечали у себя черты робости, застенчивости, повышенной впечатлительности, обидчивости, плаксивости. Одна из них в детстве непродолжительное время испытывала неопределенный страх после падения в глубокую яму. Анализируя причины, вызвавшие заболевания у наших пациентов, можно констатировать их разнородный характер. У больной Г. заболевание развилось после действия длительной психотравмирующей ситуации. Здесь и смерть первого мужа на фронте, и неудачное второе замужество, и заболевание сифилисом, приведшее к разрыву со вторым мужем, и переживания на работе. У второй больной Х. причиной заболевания явился тяжелый аборт, сопровождающийся обильным кровотечением, тяжелая физическая работа и переживания семейного характера (ссоры с мужем). У наших больных неврастениями с навязчивостями, как и у больных психастениями, возникали навязчивости не в самом начале заболевания, а на фоне выраженных неврастенических симптомов. На фоне общей прогрессирующей астенизации, у больных развивались тревожно-фобические установки личности. У больной Г. прежде всего в начале заболевания появились головные боли, раздражительность, зуд в ушах, плохой сон, несколько позже развилась сифилофобия, которая несомненно возникла под влиянием ят-рогении (врач после осмотра больной долго думал о чем-то, а затем посмотрел на больную со значением), а затем присоединился страх сумасшествия; в последующем эти страхи сосуществовали у больной, сменяя друг друга. У больной Х. вначале развилась общая слабость, к которой присоединилась возрастающая раздражительность, расстроился сон, позже, после подъема тяжестей, показалось, что что-то оборвалось внутри, и возник страх смерти.

Таким образом, причинами возникновения неврастения с навязчивостями в большинстве своем явились физические факторы, приводящие к углублению астенизации организма, и на его фоне даже незначительные психотравмирующие факторы способствовали возникновению навязчивого симптомокомплекса. В клинической картине у всех наблюдавшихся нами больных неврастениями с навязчивостями на фоне выраженных симптомов, свойственных неврастениям (раздражительность, быстрая утомляемость, плаксивость, плохой сон, снижение работоспособности), в после-

92

дующем выявились навязчивости в виде нескольких фобий, сосуществующих либо одновременно, либо сменяющих друг друга. Кроме того, именно у больных неврастенией мы отмечали стойкие болезненные ощущения в различных частях тела, не имеющие под собой объективной почвы, которые мы трактовали как навязчивые ощущения.

Истерия с навязчивостями

Под нашим наблюдением находилось 11 больных с истерическими реакциями, в клинической картине которых обнаруживались разнообразные навязчивости. По давности заболевания больные распределялись следующим образом: от 2 недель до 1 года — 6 человек; от 1 года до 5 лет — 4 человека; свыше 5 лет — 1 человек.

Изучение преморбидных особенностей больных истерией с навязчивостями показало, что всем им была присуща малая выносливость, быстрая утомляемость, демонстративность, подчиняемость чужому влиянию. У 10 из наших больных отмечались черты робости, застенчивости, трусливости и только один больной характеризовал себя спокойным и уравновешенным. У пяти больных в анамнезе отмечались страхи в детстве; четверо характеризовали себя маловыносливыми, склонными к быстрой утомляемости в работе. Некоторые из наших больных медленно привыкали к новой обстановке, а некоторые, наоборот, считали, что к новой обстановке адаптировались быстро и легко и т. д.

Анализируя причины, вызвавшие заболевание у больных истерией с навязчивостями, мы пришли к заключению, что у 9 больных заболевание было вызвано острой психотравмирующей ситуацией; у двоих психотравма носила хронический характер.

Психотравме, как правило, предшествовали различные вредоносные воздействия, приведшие к ослаблению нервной системы (грипп, аборт, тяжелые роды, операция на нижних конечностях и т. д.).

Общим для всех без исключения наших больных с истерией навязчиво-стей было развитие навязчивостей по механизму самовнушения. Ведущими симптомами в клинической картине наших больных были чаще всего фобии.

Иногда фобии проявлялись, как и у больных неврозом навязчивых состояний, в виде монофобий, то есть одного какого-либо страха; в других случаях наблюдалось сочетание нескольких фобий одновременно. Так, у большинства больных истерией отмечались страх перед повешением, страх перед сумасшествием, страх смерти. Иногда страх сойти с ума сочетался со страхом смерти; страх перед сумасшествием сочетался с ожиданием чего-либо неприятного, а также со страхом какого-либо опасного поступ-

93

ка (как бы не посадить ребенка на горячую печь); страх заболеть (туберкулезом), со страхом переходить через улицу и т. д. Наряду с различными проявлениями навязчивостей, которые носили облигатный характер, в клинической картине истерии на задний план выступали жалобы на колебания настроения, тесно связанные с характером доминирующих страхов. У многих больных отмечались жалобы на головные боли, неприятные ощущения в голове, грудной клетке, боли в сердце, дрожь в теле, плохой сон и аппетит. У некоторых больных отмечались плаксивость, колебания настроения.

В отличие от больных, страдающих неврозом навязчивых состояний, при котором страх возникал остро, непосредственно во время начала действия самой психотравмы и, как правило, не отражал содержания психотравмы, у больных с истерией страх возникал через какое-то очень непродолжительное время после начала действия психической травмы, что свидетельствовало о его возникновении по механизму самовнушения, и, как правило, отражал ее содержание.

Течение заболевания у больных истерией с навязчивостями носило разнообразный характер. У 10 больных оно развилось постепенно и носило непрерывный характер; у одной больной заболевание было продолжительное, но протекало приступообразно.

Для иллюстрации приводим историю болезни.

Наблюдение № 8. Больная Г., 44 лет, врач, поступила в отделение неврозов ЦПНБ г. Харькова 28 февраля 1963 г. с жалобами на страх перед ночными дежурствами в больнице, страх переходить через улицу, снижение настроения, внутреннюю дрожь в теле, повышенную раздражительность, плохой сон.

В анамнезе: родилась в семье рабочего первой по счету. Отец отличался вспыльчивым характером; мать наоборот — чрезмерно уравновешенной, «сильной натурой». Больная всегда хотела стать похожей на свою мать, но, к сожалению, была слишком впечатлительной, несдержанной, раздражительной, обидчивой, робкой и легко ранимой. Хотя и понимала свои

недостатки, но всегда старалась их скрывать от окружающих. Наоборот, старалась демонстрировать «свои сильные стороны характера». В детстве развивалась нормально. В школу пошла с 8 лет. Окончила 10 классов. Учеба давалась без особенных трудностей, но большого усердия к работе не проявляла, так как была маловыносливой и неусидчивой. За счет высокой исполнительности училась хорошо. Увлекалась гуманитарными науками, труднее давались точные науки. Медленно привыкала к новой обстановке, людям. После окончания школы поступила в мединститут, который окончила в 1941 г. С 1941 по 1943 гг. находилась на оккупирован-

94

ной территории и не работала. После освобождения Харькова работала военврачом в госпитале с 1943 по 1945 гг. После войны работала участковым педиатром, а затем ординатором в детской больнице. На работе взаимоотношения с сотрудниками всегда были равными. В трудных ситуациях терялась, трудности переносила тяжело, надолго застревали в сознании любые, даже незначительные переживания. Замуж вышла в 22 года, за три недели до начала Великой Отечественной войны. Муж был мобилизован в армию и вскоре погиб на фронте. Тяжело перенесла утрату своего мужа и долго не могла его забыть. Повторно вышла замуж уже в 1946 г., но через год муж без всякого предупреждения, когда больной не было дома, забрал все вещи и скрылся в неизвестном направлении. Долго переживала нанесенную обиду. В 1956 г. тяжело перенесла скоропостижную смерть матери, которую очень любила, и которая, со слов больной, была ее настоящим другом и твердой опорой в жизни. Долго тосковала, не могла найти себе места. Болела ветряной оспой, свинкой, скарлатиной, частыми ангинами. В 1951 г. перенесла арахноидит, после которого периодически усиливается общая слабость. Менструации появились в 14 лет, регулярные, безболезненные. Имела две беременности, закончившиеся одна абортom, другая — пузырьным заносом. Детей не имеет. Последнее время встречается с человеком, за которого в ближайшее время собирается выйти замуж. Считает себя больной с августа 1961 года. В то время отдыхала в санатории г. Батуми. Чувствовала себя хорошо. Однажды проснулась среди ночи и пошла в туалет в состоянии выраженной сонливости. В то время, когда хотела зажечь свет, увидела на стене тень головы человека. Сильно испугалась, начала кричать. Но вскоре обнаружилось, что это был один из отдыхающих. Долго не могла уснуть, на следующий день и последующие дни чувствовала себя тревожно «не могла себя успокоить». Охватывало неопределенное чувство страха, отмечалось подавленное настроение. По приезду домой продолжила работу и вскоре забыла об инциденте на курорте. Через несколько месяцев у одной из коллег на ночном дежурстве чуть не погиб ребенок. Это сильно подействовало на больную, и через несколько дней, когда больная должна была выйти на очередное дежурство, появился страх перед дежурством. С огромным напряжением преодолевала страх и продолжала выходить по графику на дежурства. В ежедневной работе страхов не испытывала, но начала представлять себе умирающих на ее дежурствах детей, которым она не сможет оказать помощь. Представляла, как ее в лучшем случае уволят с работы, а в худшем привлекут к судебной ответственности. В ноябре 1962 г. через несколько дней после того, как больная была свидетелем потери сознания у одной женщины при переходе через улицу, сама стала с настороженностью переходить через улицу. Затем страх пере-

95

ходить улицу усилился и повторялся постоянно в этой ситуации. Перестала спать по ночам, страх перед дежурствами также усилился. Тяжело стало работать. Много плакала, снизилось настроение. В таком состоянии направлена в отделение неврозов.

В соматоневрологическом статусе: без видимой патологии; АД — 95/70 мм рт. ст., пульс 68 ударов в минуту; гипергидроз ладоней.

В психическом статусе: в контакт с врачом вступает легко и охотно. Ориентировка всех видов сохранена. Ведет себя в отделении правильно. Фон настроения снижен, эмоционально неустойчива, плаксивая, легко внушаема. Рассказывает, что последнее время перед поступлением в стационар день ее дежурства в больнице проходил очень напряженно, все время жила в ожидании того, что что-то может случиться с любым ребенком, что она не сможет оказать должную помощь пострадавшему ребенку. После окончания дежурства еще долго испытывала страх уже перед следующим дежурством. Правда, в интервалах между дежурствами страх несколько ослабевал. Обо всем, что касается ее болезни, рассказывает несколько наигранно и манерно, ищет постоянно сочувствия у врача. Критически оценивает свое состояние. Просит врача помочь ей. Не верит в то, что освободится от своей болезни, но после беседы с врачом

успокаивается. При проведении ассоциативного эксперимента было обнаружено удлинение среднего латентного периода до 2,3.

Диагноз: истерические реакции с фобиями.

Через 6 месяцев после лечения сообщила, что продолжает работать по специальности в той же больнице, чувствует себя хорошо, и хотя она после лечения еще ни разу не дежурила, но воспоминания о дежурствах не вызывают тревоги и волнения.

В приведенном наблюдении невроз развивается у личности легко внушаемой, мнительной, ранимой и обидчивой, личности маловыносливой, быстро утомляемой. К любой новой обстановке, к людям привыкает медленно. В трудных ситуациях чувствует себя напряженно, не может быстро принять решение, что способствует быстрой астенизации организма и нервным срывам.

Причиной возникновения заболевания у нашей больной было множество предшествовавших началу заболевания довольно значительных психотравм. Однако все они вызывали только кратковременные заострения характерологических особенностей больной и не мешали ее жизни и работе. Первая вспышка болезни со страхами произошла остро, но страх носил общий, а не конкретный характер. И только в последующем, при неприятностях на дежурстве у ее коллеги больная впервые испытала конкретный страх перед ночным дежурством. Позже, аналогично

первому страху, воз-

96
ник страх переходить улицу после того, как увидела, как при переходе улицы одна женщина потеряла сознание и упала, то есть следующий страх другого содержания возник на фоне невроза. Причем и в первом, и во втором случаях содержание страха соответствовало содержанию психотравмы, что, несомненно, подчеркивает возникновение у нашей больной страха по механизму самовнушения. Что касается патофизиологических механизмов, лежащих в основе истерии с навязчивостями, то они очень сходны с таковыми и при других неврозах. В результате психотравмирующих факторов, ослабляющих организм в целом, в том числе и центральную нервную систему, наступают качественные изменения особенностей основных нервных процессов: тормозного и возбуждательного. Они становятся ослабленными и менее подвижными, то есть инертными. По нашему мнению, под влиянием дополнительных переживаний, на фоне повышающейся инертности нервных процессов создаются условия для формирования отрицательных условно-рефлекторных механизмов, клинически выявляемых в виде единичных (монофобий) или множественных образований (полифобий).

В заключение настоящей главы хотелось бы обратить внимание читателей, что накопленный нами ранее клинический материал о навязчивостях выходит за временные рамки защиты кандидатской диссертации (1968) и продолжается до настоящего времени.

Накопленный нами огромный опыт по наблюдению, лечению больных, страдающих неврозами с навязчивостями, позволяет нам описать его в настоящей работе и сделать на наш взгляд важные выводы, касающиеся проблемы дифференциально-диагностических критериев навязчивостей при различных неврозах. До настоящего времени глубоких и всесторонних отличий навязчивостей при различных неврозах в доступной нам литературе мы не обнаружили. Но прежде чем приступить к главе об отличии навязчивостей при разных неврозах, мы должны осветить вопросы динамики явлений навязчивости при неврозах под влиянием наркопсихотерапии, которые также могут быть важными для дифференциации навязчивостей при разных неврозах.

Глава VI

Динамика явлений навязчивости при неврозах
под влиянием наркогипноанализа

Изучение динамики обратного развития неврозов с навязчивостями под влиянием наркопсихотерапии проводилась на тех же 74 больных, описанных в предыдущей главе.

За время нашей практики мы не смогли найти работ, проливающих свет на динамику обратного развития явлений навязчивости и некоторых других особенностей неврозов под влиянием того или иного психотерапевтического воздействия. В этой главе приведены полученные нами данные по динамике явлений навязчивости под влиянием наркогипноанализа. Цель нашего исследования—изучение влияния указанной терапии не только на навязчивости, но и на другие, не менее важные с нашей точки зрения, симптомы болезни, свойственные всем без исключения неврозам с навязчивостями. К таким симптомам относятся изменение эмоционального фона больного и отношение больного к отдельным болезненным состояниям и болезни в целом.

При изучении эмоциональных реакций больных в процессе проводимого лечения мы фиксировали не только динамику навязчивых состояний под влиянием наркогипноанализа, но и особенности

изменения настроения в отношении к навязчивостям на протяжении всего лечения.

При изучении последовательной перестройки отношения больного к отдельным болезненным состояниям и к болезни в целом мы интересовались главным образом отношением больного к явлениям навязчивости и к болезни в целом в плане роста уверенности больных в выздоровлении. Переходим к изложению полученных данных по этому вопросу при каждом неврозе в отдельности.

Невроз навязчивых состояний

При лечении больных, страдающих неврозом навязчивых состояний, в зависимости от давности заболевания и его тяжести, для получения хорошего терапевтического эффекта мы проводили от 20 до 25 сеансов наркогипноанализа. В тех случаях, когда продолжительность заболевания исчислялась несколькими неделями, высокий терапевтический эффект достигался уже после 10 сеансов. В редких случаях при затяжном течении заболевания мы проводили более 30 сеансов нарко психотерапии. Это было связано с тем, что в период проводимого лечения на больного продолжала оказывать воздействие психотравмирующая ситуация. Лечение всех неврозов с навязчивостями, в том числе и невроза навязчивых состояний, мы разделя-

98

ди на два этапа. Первый этап мы назвали начальным. Он охватывал приблизительно половину требовавшихся для курса лечения сеансов. Второй этап мы назвали периодом закрепления достигнутых результатов. Именно «а границе этих двух этапов наступает видимый перелом в течении заболевания; угасают или становятся крайне редкими навязчивости, теряя свою остроту, выравнивается настроение, у больного появляется устойчивая уверенность в выздоровлении. Анализ динамики навязчивостей при неврозе навязчивых состояний показывает, что на фоне проводимого наркогипноанализа наступает постепенное угасание навязчивостей. После проведения первых 10-12 сеансов у большинства больных фобии полностью исчезли, а у трети больных во второй половине лечения (после 10-12 сеансов) навязчивости появлялись крайне редко — чаще в утренние или вечерние часы и носили менее выраженный характер.

Показатели динамики эмоциональных реакций у больных неврозом навязчивых состояний в процессе лечения свидетельствуют о том, что с началом угасания навязчивостей отмечается постепенное выравнивание эмоционального фона. Но навязчивости угасали несколько быстрее, и к концу лечения, когда навязчивости уже полностью угасали, фон настроения еще колебался, и только к окончанию лечения настроение становилось ровным и устойчивым. Только у нескольких наших больных с более продолжительными и устойчивыми страхами, сопровождающимися неприятными ощущениями в теле, колебания настроения отмечались вплоть до конца лечения. Однако, несмотря на эти колебания, больные чувствовали себя значительно бодрее. Критерием изменений отношения больных к болезни в целом мы считали возрастающую уверенность в себе и в выздоровлении.

По нашим наблюдениям, уверенность больных в выздоровлении в период лечения нарастала параллельно угасанию навязчивостей и выравниванию эмоционального фона. После окончания лечения у большинства из них она была полной. И только у тех пациентов, у которых отмечались единичные и нестойкие навязчивости, уверенность в выздоровлении была менее выраженной. У большинства больных полная уверенность в выздоровлении появлялась после проведения 13-16 сеансов, то есть в середине лечения. Это в большей степени касалось тех из них, у которых наряду с навязчивостями и выраженными эмоциональными сдвигами в клинической картине выявлялись навязчивые ощущения. У части больных в случаях раннего обращения к врачу уверенность в выздоровлении появлялись уже после 2-3 сеансов.

Для иллюстрации вышесказанного приводим историю болезни.

99

Наблюдение № 9. Больной С, 49 лет, товаровед, поступил в отделение неврозов больницы им. Мечникова 28 марта 1962 г. с жалобами на навязчивые мысли о заболевании сифилисом, пониженное настроение, головные боли, боли в области переносицы, «временами чувствую, что нос набрякает», «сетки перед глазами», головокружение, жжение и резь внизу живота, отдающие в половой член, боль в крестцовой области, чувство «окаменения» костей.

В анамнезе: родился в семье служащего, девятым по счету. Отец был фельдшером, никогда ничем не болел, умер на 83-м году жизни, мать — домохозяйка. Выделить какие-либо особенные характерологические особенности у родителей не мог. Однако отметил, что они не были мнительными. Больной себя характеризует как робкого, застенчивого, впечатлительного, но стойкого. В 14 лет неожиданно среди ночи, когда больной спал, был внезапно облит холодной

водой. Очень испугался, но быстро успокоился и забыл об этом. В школу пошел с 8 лет. Окончил 6 классов: учеба давалась легко по всем предметам. Учился с большой охотой и прилежно. Взаимоотношения с ребятами в школе были хорошими. Никогда не принимал участия в драках, наоборот, старался уладить любой конфликт, дабы избежать драки. Дружил с физически более сильными ребятами. Общество девочек избегал в связи в том, что в их среде чувствовал себя робко.

После окончания 6 классов несколько лет помогал отцу в работе по хозяйству. С 1929 по 1931 гг. работал в колхозе и одновременно продолжал учебу. В 1934 г. окончил педтехникум и поступил в зооветеринарный институт. После окончания первого курса был мобилизован в летное училище. Окончив летное училище, в течение 20 лет служил в рядах Советской Армии летчиком-инструктором. В 1954 г. уволился в запас. Первое время работал инструктором в аэроклубе, а затем устроился на работу товароведом на металлобазе.

Всю жизнь тяжело переживал несправедливость и равнодушие людей к различным сторонам жизни. Но при этом оставался пассивным. В трудных условиях умел мобилизовать себя. В первый период войны во время полетов его самолет оказался на вражеской территории, но он умел своевременно уходить от преследования врага, при этом чувствовал себя напряженно и после полетов. К новой обстановке и людям адаптировался легко. Спал всегда хорошо: быстро засыпал и легко просыпался; сновидений каких-либо не помнит. Болел в детстве корью, тифом (каким, не знает), ангиной, дизентерией. Женат с 1940 г. Имеет сына. Отмечает снижение либидо последние полгода. Не курит. Алкогольные напитки употребляет умеренно.

Считает себя больным с 1958 г., когда без всяких видимых причин отметил у себя незначительное ослабление половой функции: уменьшилось

100

либидо, уменьшилась эрекция. Тогда не придавал этому факту особого значения. В сентябре 1959 г. имел случайную половую связь, где его мужские дачества оказались на высоте. В декабре того же года, то есть через три месяца после случайной половой связи, появилось жжение в головке полового члена. Затем жжение распространилось на весь половой член и низ живота. Вспомнил о случайной половой связи, и появились навязчивые мысли о том, не заболел ли он тогда сифилисом. Снизилось настроение, неприятные ощущения в половых органах продолжали усиливаться. Длительное время чувствовал себя плохо, но не решался обращаться к врачам. В январе 1960 г. обратился в южно-венерологический диспансер. Венерологическое заболевание было клинически и лабораторно исключено, после чего больной несколько успокоился. Но через непродолжительное время, после ряда мелких переживаний по работе и ссоры с женой вновь появились прежние ощущения в половом члене и низу живота, мысли о сифилисе возобновились с прежней силой. Вновь обратился в кожно-вене-рологический диспансер, где вновь подтвердили, что признаков сифилиса у больного не обнаружено. На непродолжительное время успокоился. Однако уже летом того же года появились неприятные ощущения в области носа, «что-то давит на нос». Мысли о сифилисе вновь усилились. Неоднократно посещал кожно-венерологический диспансер и после беседы с врачом успокаивался на непродолжительное время. Через год появились головокружения, в связи с чем вновь обострились мысли о сифилисе. После очередного обращения в диспансер был диагностирован простатит и назначено соответствующее лечение. Мысли о сифилисе в тот момент исчезли, но ощущение жжения в области половых органов осталось. После длительного и неэффективного лечения у урологов был направлен на лечение в клинику неврозов.

В соматоневрологическом статусе: тоны сердца акцентированы, склонность к повышению АД до 190/130; пульс 100 ударов в 1 минуту.

В психическом статусе: в контакт с врачом вступает охотно. Ориентировка всех видов сохранена. Бредовых идей и галлюцинаций не высказывает. Сообщил врачу, что мысли о сифилисе не покидают его в течение всего периода бодрствования. Хотя и понимает, что объективных данных, подтверждающих его сомнения, нет, но не может отвязаться от этих мыслей. Связывает их с неприятными ощущениями в области половых органов и в низу живота и считает, что их усиление обусловлено именно этими ощущениями и находится в прямой зависимости от них. Критически оценивает свое состояние. Фон настроения снижен, настроение колеблется по экзогенному признаку. Эмоционально неустойчив, раздражителен. Сон Поверхностный и тревожный. Постоянно просит врача избавить его от

101

мыслей о сифилисе и от неприятных ощущений. Ипохондричен. В отделении ведет себя

правильно, в меру общителен. Временами пытается читать художественную литературу, которая несколько отвлекает больного от мыслей и ощущений.

Диагноз: невроз навязчивых состояний.

Лечение: за время пребывания в отделении было проведено общеукрепляющее лечение, водолечение и 20 сеансов наркогипноанализа.

Внушения врача уже во время первого сеанса наркопсихотерапии начинались с успокаивающей фразы, произносимой тихим монотонным голосом: «Вы спокойно лежите в постели, стараетесь ни о чем постороннем не думать. Все Ваше внимание сосредоточено на моем голосе. Вы стараетесь понять каждое сказанное мною слово». Затем произносится формула внушения на фоне первой стадии наркоза (стадия снижения активности и инициативы): «Вы чувствуете, как расслабляются мышцы всего Вашего тела, наступает состояние покоя, чувство теплоты разливается по всему Вашему телу. Спокойствие возрастает. Начинает уравниваться Ваша центральная нервная система. Ослабевают все неприятные ощущения во всем Вашем теле». В этот момент введено внутривенно 0,5 см³ 10% раствора амиталя натрия, больной пожаловался на тяжесть в голове. Внушение тут же было направлено на устранение неприятных ощущений в голове. В фазе эмоциональных сдвигов, после введения 1,0-1,5 см³ 10% раствора амиталя натрия, больной отметил, что самочувствие его улучшилось, исчезли неприятные ощущения в теле, голова стала легкой. Врач продолжил внушения, нацеленные на поддержание хорошего самочувствия и выравнивание настроения. В период перехода больного в фазу оглушения (после введения 2,0-3,5 см³) формула внушения направлена на разъяснение сущности заболевания. Больному разъяснено, что возникшие неприятные ощущения в половых органах через несколько месяцев после случайной половой связи явились для больного психотравмирующим фактором, который способствовал срыву высшей нервной деятельности, то есть разрегулированности основных нервных процессов: тормозного и возбуждающего, ослаблению их силы и подвижности. В результате этого возник отрицательный условно-рефлекторный механизм, то есть возник страх перед возможным заболеванием сифилисом. Далее врач произносит спокойным и уверенным голосом: «Под влиянием моих внушений начинают уравниваться основные нервные процессы, тормозной и возбуждающий. По мере уравнивания этих двух процессов будут возрастать их сила и ускоряться их подвижность, будут исчезать неприятные ощущения в теле и вместе с ними будут угасать навязчивые мысли о сифи-

102

се В процессе проводимого внушения мысли о сифилисе будут появляться с каждым днем все реже и реже». Далее врач разъясняет больному, „то навязчивости по данным длительных наблюдений за такого рода больными никогда не реализуются, то есть никогда с больным не случается того, что заключено в содержании навязчивости. Сеанс заканчивается перестройкой отношения больного к отдельным проявлениям болезни и болезни в целом. «С каждым днем, — внушает врач, — под влиянием внушений будет возрастать уверенность в выздоровлении. Чем сильнее будет возрастать уверенность в выздоровлении, тем реже будут появляться навязчивые мысли о сифилисе». В заключение врач говорит о важности самовнушения в целях быстрого выздоровления и о необходимости для закрепления достигнутых результатов лечения включение больного в спортивный режим. Далее больной после внутривенного введения 5 см³ 10% раствора амиталя натрия погружается в состояние наркоза.

После первого сеанса наркогипноанализа больной спал два часа. Со слов больного, после пробуждения от лечебного сна отмечалось «прекрасное настроение». Голова была легкой, навязчивых мыслей о сифилисе не отмечалось. Неприятные ощущения в области полового члена отсутствовали. После первого сеанса спал хорошо. На следующий день проснулся с легкой тяжестью в голове, настроение оставалось ровным, навязчивых мыслей не отмечалось, появилась уверенность в выздоровлении. В течение последующих трех сеансов наркогипноанализа основная цель внушения была направлена на устранение навязчивых мыслей. После проведенного четвертого сеанса наркогипноанализа настроение оставалось ровным, навязчивых мыслей о сифилисе не обнаруживалось. Больной жаловался на общую слабость. Временами все же появлялись неприятные ощущения в голове и половых органах, но реакция на них со стороны больного была значительно спокойнее. Ночной сон оставался хорошим.

После пятого и шестого сеансов наркогипноанализа настроение колебалось в связи с появлением неприятных ощущений в голове, появлением «темных пятен перед глазами», которые раздражали больного. Навязчивые мысли о сифилисе не появлялись. Продолжала, хотя и в меньшей степени, колебаться уверенность в выздоровлении. В этот период акцент во внушении был направлен на

устранение неприятных ощущений в теле и укрепление уверенности в выздоровлении. Громким голосом в состоянии оглушения больного врач продолжает внушения: «Подобно тому, как под влиянием моих внушений угасли навязчивые мысли, начнут в большей степени угасать и навязчивые ощущения. Вы будете все спокойнее реагировать на появляющиеся те или иные ощущения в теле, и чем спокойнее

103

Вы будете на них реагировать, тем они будут становиться менее выраженными и будут появляться все реже и реже. И чем больше Вы будете в это уверены, тем быстрее неприятные ощущения в теле полностью исчезнут как и навязчивые мысли. Вы должны быть здоровым человеком и Вы будете здоровым!»

После проведения седьмого сеанса наркогипноанализа отмечалось некоторое обострение навязчивых мыслей о сифилисе, снижение эмоционального фона. Навязчивые мысли стали раздражать больного и вновь появилась неуверенность в выздоровлении. После проведения восьмого и девятого сеансов наркогипноанализа настроение вновь выровнялось, ощущения в половых органах хотя и появлялись, но перестали раздражать больного, однако уверенность в выздоровлении оставалась неустойчивой. Опять исчезли навязчивые мысли о сифилисе. В течение последующих пяти сеансов наркогипноанализа навязчивые мысли о сифилисе не появлялись, неприятные ощущения в половых органах появлялись только в утренние часы, но они не раздражали больного и к полудню исчезали, отмечалось колебание настроения. Больной стал более уверенным в себе и в выздоровлении. После проведения 10 сеансов наркогипноанализа он был несколько взволнован после того, как увидел возбужденного психического больного. Появилась неуверенность в возможном выздоровлении, и во внушениях акцент был направлен именно на повышение уверенности в выздоровлении: «Чем больше Вы будете верить в свое полное и окончательное выздоровление, тем быстрее Вы полностью избавитесь от своей болезни». После проведенного 15-го сеанса наркогипноанализа и до конца лечения состояние больного продолжало улучшаться. Настроение выровнялось, больной стал бодрым, активным. Полностью исчезли навязчивые мысли о сифилисе, исчезли неприятные ощущения в половых органах. Появилась полная уверенность в себе и в том, что он будет совершенно здоровым человеком. В этот период психотерапия была направлена на разъяснение роли самовнушения и важности активации личности в целях закрепления достигнутых результатов лечения. 5 апреля 1962 г. больной в хорошем состоянии был выписан домой.

Наблюдение Ке 10. Больная Г., 32 лет, домохозяйка, обратилась в поликлинику ЦПНД г. Харькова 16 марта 1963 г. с жалобами на навязчивые мысли о том, что больна раком, испытывает головокружение, общую слабость, снижение настроения, плохой сон, сниженный аппетит. *В анамнезе:* родилась в крестьянской семье третьей по счету. Жила в хороших материальных условиях. Отец по характеру был добрый, ласко-

104

ь. И, спокойный. Умер в 1949 г. от рака желудка; мать всегда была ворчливой, раздражительной и мнительной.

Сама больная характеризует себя впечатлительной, мнительной, застенчивой и робкой, боязливой. Очень боялась мертвецов и поэтому боялась ходить мимо кладбища; в вечернее время на улице чувствовала себя леспокойно. В детстве часто говорили дома о колдунах и ведьмах, которых очень боялись. В школу пошла с 8 лет, окончила 7 классов. Учеба давалась с трудом, почти по всем предметам. После окончания 7 классов продолжила учебу в торговой школе, но вынуждена была ее оставить в связи со смертью отца. Очень тяжело перенесла смерть отца. Через год поступила на работу нянечкой в детский сад, затем продолжительное время работала разнорабочей на стройке. В связи с тем что работа была тяжелой, уволилась с работы, поступила на швейную фабрику. Замуж вышла в 23 года. Взаимоотношения с мужем сразу сложились не очень удачно. Муж злоупотреблял спиртными напитками, часто избивал больную, дома часто были конфликты. Менструации появились в 14 лет, регулярные, безболезненные, имела четыре беременности, из которых 3 аборта и одни нормальные роды. Имеет дочь. Влечение к половой жизни пробудилось в 19 лет, начала жить половой жизнью в 20 лет вне брака. Удовлетворение в половой жизни начала получать последние три года, но за время болезни либидо снизилось год назад, после развода с мужем переехала к матери на постоянное место жительства, но очень тяжело переживала разрыв с мужем.

В течение всей жизни всегда терялась в трудных ситуациях, с трудом находила правильные решения. Обращалась всегда за помощью к более сильным людям. Свои переживания скрывать не

могла, «старалась выплеснуть их любому встречному».

Болела гриппом, ангиной, экземой, в 1953 г. перенесла аппендэктомия.

Считает себя больной с августа 1961 г. Заболеванию предшествовали Длительные переживания, связанные с конфликтами с мужем, который на протяжении длительного времени злоупотреблял спиртными напитками, «дома хулиганил», постоянно выгонял больную из дома, избивал ее.

Однажды на работе после обеда в столовой, появились боли в животе, «вздулся живот». При ощупывании живота обнаружился какой-то комок внизу Живота. Вначале подумала о внематочной беременности, затем о грыже. Обратилась к гастроэнтерологу, и после рентгенологического обследования было диагностировано опущение желудка, но больная была направлена почему-то на консультацию к онкологу. В тот момент, когда врач пред-

105
ложил больной проконсультироваться у онколога, сразу же появилась на-вязчивая мысль о раке.

«Стала вся трястись, казалось, что умирает, снизилось настроение, «ребенок стал не мил».

Принимала амбулаторное лечение, но состояние продолжало ухудшаться. Мысли о раке одолевала больную, перестала спать по ночам, снизилось настроение, плакала, резко снизился аппетит, начала терять в весе. Летом 1962 г. была направлена на санаторно-курортное лечение в г. Сочи. Но лечение должного эффекта не давало. Навязчивые мысли о раке не покидали больную, настроение оставалось подавленным, «ничего не радовало в жизни, никуда не ходила, даже «не хотелось идти к морю», плохо спала по ночам, отмечались кошмарные сновидения. После приема центедрина навязчивые мысли о раке ослабели на некоторое время, несколько улучшился сон, исчезли кошмарные сновидения. Но фон настроения оставался низким. По возвращении домой с курорта развелась с мужем, состояние несколько улучшилось. Последние три месяца перед поступлением в больницу муж в письмах просил вернуться к нему. Долго не знала, как поступить, но когда приняла решение возвратиться к мужу, получила письмо от подруги, которая сообщила, что муж по-прежнему злоупотребляет спиртными напитками и продолжает вести разгульную жизнь. Отменила поездку к мужу. Состояние здоровья ухудшилось. Обострились мысли о раке, снизилось настроение, перестала спать по ночам, ухудшился аппетит. В таком состоянии обратилась в ЦПНБ.

В соматоневрологическом статусе: несколько пониженного питания, какой-либо патологии не обнаружено.

В психическом статусе: охотно вступает в контакт, на вопросы отвечает по существу.

Расстройство психической деятельности не обнаруживает. Жалуется на постоянные мысли о раке. Критически оценивает свое состояние, соглашается с врачом, что объективно рентгенологически рак не обнаружен, но мысль о раке не покидает больную. Напротив, всякие попытки борьбы с этими мыслями лишь усиливают их. Фон настроения снижен, плачет, не верит в выздоровление. Но постоянно продолжает задавать вопрос врачу, будет ли она здорова. Ничем дома не занимается. С ее слов, «потеряла всякий интерес к окружающему». За собой не следит, на прием к врачу приходит небрежно и неопрятно одетой. Эмоционально неустойчива, раздражительна. При проведении ассоциативного эксперимента обнаружено удлинение среднего латентного периода (2,9).

Диагноз: невроз навязчивых состояний.

Лечение: за время амбулаторного лечения больная получала общеукрепляющее (медикаментозное) лечение и 18 сеансов наркогипноанализа, которые проводились ежедневно. Во время каждого сеанса вводилось внут-

106

овенно от 3,0 до 4,0 см³ 10% раствора амитала натрия, на фоне которого проводилось внушение.

Во время первого сеанса на фоне нарастающей сонливости (0,5 см³) проводилось общеуспокаивающее внушение. Больная начала улыбаться (1,0 см³), и в это время внушение было направлено на выравнивание настроения. Врач предложил вспомнить о навязчивых мыслях о раке, и при этом внушалось спокойное отношение к ним. «Вы вспомнили о Ваших навязчивых мыслях, о раке, но эти мысли Вас больше не раздражают. С каждым последующим сеансом Ваше отношение к навязчиво стям будет становиться все более спокойным не только в период сеанса, но и в бодрствующем состоянии». И далее врач продолжает внушение: «Вы будете в последующем все более спокойно воспринимать навязчивые мысли, во-первых, потому, что Ваше спокойствие будет возрастать; во-вторых, потому, что под влиянием моих внушений Вы будете все больше и больше осознавать, что навязчивости никогда не реализуются. С момента начала изучения навязчивостей прошло более 350 лет, и за весь этот период не описано ни одного случая,

чтобы с больным случилось то, чего он опасался».

В состоянии легкого оглушения (1,5 см³) продолжается внушение, направленное на угасание навязчивых мыслей о раке: «С каждым последующим сеансом Вы будете все меньше и меньше в период бодрствования вспоминать о навязчивостях и болезни в целом. Весь период болезни вытесняется из Вашего сознания и забывается. Ваше все более и более возрастающее спокойствие по отношению к навязчивостям будет способствовать их более быстрому и полному исчезновению».

Заключительное внушение врача направлено на рост общей уверенности больной в выздоровлении (3,0 см³) и роли самовнушения в полном и окончательном выздоровлении и закреплении достигнутых результатов лечения. Затем больная погружалась в состояние наркотического сна (4,0 см³).

После первого сеанса наркопсихотерапии больная спала 1 час. В момент пробуждения отмечала тяжесть в голове, «плохо соображала». Навязчивых мыслей о раке не отмечалось. Настроение оставалось сниженным, в связи с тем, что болела голова. Ночь спала плохо, видела кошмарные сны (снилось, что ссорилась с мужем), утром отметила, что не чувствует себя бодрой и нет уверенности в том, что будет когда-либо здоровой. В течение последующих трех сеансов наркопсихотерапии настроение колебалось. Хуже себя чувствовала в утренние и вечерние часы. В это время появлялись навязчивые мысли о раке, которые продолжали раздражать

107

больную. Периодически появлялось чувство тяжести в голове. Сон не-сколько улучшился. Дома по-прежнему ничем не занималась. Продолжала сомневаться в возможности выздоровления. В этот период акцент во внушениях врача был направлен на выравнивание настроения, угасание навязчивостей, на перестройку больной к навязчивостям и болезни в целом и на укрепление ее уверенности в выздоровлении.

После пятого-седьмого сеансов наркогипноанализа постепенно начало выравниваться настроение. Во время беседы с врачом впервые начала появляться улыбка на лице, стала спокойней. Появился интерес к окружающему. Стала следить за своей внешностью: «Начала подкрашивать помадой губы, купила новые туфли». Навязчивые мысли о раке стали появляться значительно реже и только в утренние часы. Больная относилась к ним значительно спокойнее. Начала больше думать о своей семье, о будущем. Голова становилась все более ясной. Нормализовался сон. Начала верить в то, что будет здоровой. После восьмого сеанса наркопсихотерапии спала очень мало, что вызвало «реакцию огорчения». Однако навязчивых мыслей о раке не возникало. Ночь спала хорошо, но беспокоили кошмарные сновидения. Основное внушение врача было направлено на общее успокоение больной.

После девятого сеанса наркогипноанализа настроение больной выровнялось еще в большей степени. Исчезли навязчивые мысли о раке. Стала более активной, включилась в домашнюю работу, значительно лучше стала спать, исчезли кошмарные сновидения. Иногда после пробуждения от ночного сна появлялись боли в животе, но они не вызывали навязчивых мыслей о раке. Внушение врача в это время было направлено на угасание навязчивостей и изменение отношения к ним и болезни в целом. Подчеркивалась в большей степени идея о том, что навязчивости никогда не реализуются. Врач продолжал внушения: «С каждым последующим сеансом Вы не только перестанете вспоминать о навязчивых мыслях, но все меньше и меньше будете думать обо всем том, что связано со всем периодом заболевания». Кроме того, внушалась важная возрастающая уверенность больной и подчеркивалась роль самовнушения в полном и окончательном выздоровлении. Акцент внушения начал сосредоточиваться на важности соблюдения спортивного режима и трудоустройства больной для закрепления достигнутых результатов лечения.

После проведенного десятого сеанса наркогипноанализа и до конца лечения состояние больной продолжало улучшаться. Настроение несколько ухудшалось только тогда, когда вспоминала о муже, об их разрыве. Мысли о раке появлялись крайне редко, но больная воспринимала эти мысли спокойно, то есть они ее не раздражали; начала строить планы на будущее.

108

Еще больше начала следить за своей внешностью. В значительной мере укрепились уверенность больной в том, что она будет здоровым человеком. 6 апреля 1963 г. в состоянии значительного улучшения окончила курс амбулаторного лечения.

Наблюдение № 11. Больная М., 25 лет, конструктор, поступила в отделение невротозов психиатрической клиники ДМИ 3 мая 1963 г. с жалобами на навязчивый страх смерти, тревогу,

подавленное настроение, неприятные ощущения в голове, плохой сон и сниженный аппетит. *В анамнезе:* родилась в семье военнослужащего первой по счету. Отец был спокойный, выдержанный; мать — мнительная. В детстве большая развивалась нормально. По характеру была мнительной, волновалась по малейшему поводу. В детстве очень боялась грозы. В школу пошла с 7 лет, окончила 10 классов с серебряной медалью, институт железнодорожного транспорта. К учебе относилась серьезно, уроки готовила всегда добросовестно. Была общительной, имела много друзей. В трудных ситуациях терялась, была не уверена в себе. После окончания института в 1960 г. работала непродолжительное время инженером, а затем перешла на работу конструктором в институт автоматики, где работает в настоящее время.

В течение жизни болела корью, коклюшем, свинкой, воспалением легких, частыми ангинами, воспалением желчного пузыря. Менструации с 12 лет, не регулярные, очень болезненные. Замужем. Имела одну беременность, закончившуюся тяжелыми родами. Имеет маленького ребенка.

Считает себя больной с 19 апреля 1963 г. Однако вспомнила, что в 1957 г., когда находилась на лечении в больнице по поводу ангины, врач, осмотрев ее, сказал, что у больной не совсем здоровое сердце. Сразу же после разговора с врачом больная разволновалась, «потемнело в глазах, казалось, что куда-то провалилась» (ятрогения), испытала сильный страх смерти. Но через несколько дней успокоилась и как бы забыла об этом эпизоде.

Предшествовало настоящему заболеванию длительное переутомление больной, связанное с недосыпанием в связи с уходом за грудным ребенком. Накануне заболевания получила телеграмму от бабушки о том, что она на днях приезжает помочь больной в уходе за ребенком. Вслед за этой телеграммой получила сообщение о том, что бабушка скоропостижно скончалась в дороге. «Внутри все похолодело», много плакала. Мать больной срочно выехала хоронить бабушку. Больная осталась дома одна, волновалась, плохо спала по ночам. Появился страх смерти. «Все внутри обрывалось, тряслось, казалось, что должна умереть». Неоднократно к больной вызывали «скорую помощь», но страх смерти ее не покидал. Резко снизилось настроение, много плакала, страх смерти усиливался, ухуд-

109

шился сон Обратилась в психоневрологический диспансер, откуда была направлена в отделение неврозов.

В соматоневрологическом статусе: патологии не выявлено.

В психическом статусе: в контакт вступает легко. Во время беседы с врачом гшачет. Фон настроения снижен. Жалуется на чувство страха смерти. Постоянно прощается с жизнью. Просит врача помочь ей, но при этом не верит в выздоровление. Расстройств психической деятельности не обнаруживает. Критически оценивает свое состояние. В отделении ведет себя формально правильно, но боится психических больных. В связи с этим первое время старается не выходить из палаты, большую часть времени проводит в постели. Все время думает о своем ребенке. Настроение колеблется по экзогенному типу. Плохо спит по ночам. Первое время в отделении ничем не занимается. При проведении ассоциативного эксперимента было обнаружено удлинение среднего латентного периода (2,1).

Дис/гноз: невроз навязчивых состояний.

Лечение: за время пребывания в отделении больной была проведена медикаментозная терапия, водолечение и 22 сеанса наркогипноанализа. Во время каждого сеанса вводилось внутривенно от 3,0 до 5,0 см³ 10% амитала натрия, на фоне разных фаз наркоза проводилось соответствующее внушение. Сеансы наркогипноанализа проводились ежедневно.

Во время первого сеанса в стадии снижения общей активности и инициативы внушения врача были направлены на общее успокоение больной, а в стадии эмоциональных сдвигов (0,8 см³) — на выравнивание настроения. В состоянии эйфории врач предложил больной вспомнить о страхе смерти, одновременно внушая спокойное отношение к нему. Больная при этом впервые улыбнулась и сказала: «Если бы всегда было так».

В состоянии оглушенности (1,5-3,5 см³) проводились внушения, нацеленные на угасание навязчивого страха смерти, о невозможности реализации навязчивостей вообще и страха смерти в частности, о важности возрастающей уверенности в выздоровлении, о роли самовнушения в окончательном выздоровлении. Затем больная погружалась в наркотический сон (5,0 см³ 10% амитала натрия).

После первого сеанса наркогипноанализа больная спала 4 часа (продолжительность наркотического сна на протяжении всего курса лечения колебалась от 1,5 до 4,0 часов). После

каждого пробуждения больная чувствовала себя хорошо. Временами отмечалось легкое головокружение. Настроение начало выравниваться с первого сеанса, навязчивые страхи исчезли. По ночам стала спать хорошо, «видела какой-то сон», но содержание его не могла рассказать. После проведения первого сеанса наркогипноанализа ночью спала хорошо, утром жаловалась на шум в голове.

ПО

в С больничной обстановке стала относиться несколько спокойнее. Появилась некоторая уверенность в том, что сможет стать здоровым человеком.

В последующих сеансах внушения врача были в основном направлены на выравнивание настроения и полное угасание навязчивого страха.

После второго сеанса больная жаловалась на головные боли, но навязчивого страха не было. По утрам «стучало в голове», была рассеянной. Значительно улучшился аппетит, но больная не до конца уверена, что будет здоровой.

В течение последующих четырех сеансов наркогипноанализа состояние продолжало улучшаться, но настроение колебалось, несмотря на то, что навязчивых страхов не было. Сон нормализовался, был глубоким и без каких-либо сновидений. По утрам появлялся шум в голове, который раздражал больную. Временами появлялось чувство уверенности в возможности выздоровления. Акцент во внушении в последующих сеансах наркогипноанализа был направлен врачом на важность повышения уверенности в выздоровлении для быстрого выхода больной из своего болезненного состояния. После седьмого сеанса наркогипноанализа больная заявила, что она чувствует себя здоровой. Настроение оставалось ровным, навязчивый страх не появлялся. Стала спать глубоко. В последующие три сеанса настроение продолжало колебаться, в связи с появившимися в утренние часы ощущениями тяжести в голове, но навязчивости не появлялись. Внушения врача в этот период времени в основном были направлены на устранение неприятных ощущений в голове: «Вы будете просыпаться по утрам с легкой и ясной головой. Никаких неприятных ощущений в голове у Вас больше не будет».

В течение последующих четырех сеансов, после того, как больная увидела возбужденного психического больного, состояние несколько ухудшилось, казалось даже, что сходит с ума. Но после очередного сеанса каких-либо навязчивых страхов больше не возникало. Внушение было в основном направлено на устранение неприятных ощущений в голове, укрепление уверенности в выздоровлении и на необходимости соблюдения спортивного режима в целях быстрого выздоровления и приобщения к трудовой деятельности.

После 15-го сеанса и до конца лечения состояние больной продолжало улучшаться. Настроение хотя и колебалось незначительно, в связи с периодически появляющимися ощущениями в голове, к концу лечения выровнялось полностью. Навязчивый страх смерти больше не возобновлялся. Даже временно появляющиеся по утрам неприятные ощущения в голове перестали раздражать больную и не влияли на ее хорошее настроение.

111

Больная стала строить планы на будущее, сконцентрировала свое внимание на семье, ребенке, начала себя готовить к выходу на работу.

В хорошем состоянии больная выписана домой.

Приведенные выше наблюдения красочно иллюстрируют особенности течения невроза навязчивых состояний и динамику его обратного развития в процессе наркогипноанализа.

Во всех случаях общими являются черты астено-боязливой характера: застенчивость, робость, трусливость, быстрая утомляемость, медленная адаптация к новой обстановке. У всех больных в детстве выявлены те или иные страхи, обусловленные какими-либо психотравмирующими обстоятельствами (рассказы родителей о ведьмах, мертвецах, испуг после встречи с вором, психическими больными и т. д.).

В основном, причинами, вызвавшими болезненное состояние у всех наших больных, были острые психотравмирующие ситуации. В ряде случаев острая психотравма действовала на фоне хронической психотравмы (у больного С, длительное время страдавшего половой слабостью, появившиеся после случайной половой связи неприятные ощущения в половом члене; у больной Г. на фоне продолжительных конфликтных отношений с мужем, ятрогения явилась толчком к возникновению навязчивости; у больной М. острая психотравма (внезапная смерть бабушки), действующая на фоне ослабления организма, вызванного тяжелыми родами и длительной бессонницей, связанной с кормлением новорожденного ребенка). В результате воздействия острой психотравмирующей ситуации у больных начинают формироваться навязчивости в виде

разнообразных фобий (сифи-лофобия, канцерофобия, страх смерти).

Лечение нашим больным проводилось спустя разные периоды времени после начала заболевания (С. — через три года; Г. — через два года; М. — через 2 недели). Проводимое ранее амбулаторное лечение первым двум больным эффекта не дало. Течение заболевания у них носило приступообразный характер, то есть периоды усиления навязчивостей сменялись их ослаблением. Но всегда при обострении заболевания возникали одни и те же по своему содержанию навязчивости.

Каждому больному в среднем проводилось по 20 сеансов наркогипноанализа.

В результате изучения психотерапевтического воздействия на больных, страдающих неврозом навязчивых состояний, нам удалось выявить некоторые отличительные особенности этого невроза в период обратного развития. Прежде всего, под влиянием лечения у больных начинают угасать навязчивости и одновременно или вслед за ними начинает выравниваться настроение. Полное угасание навязчивостей и других симптомов

112

йозности наступает, как правило, в середине лечения, то есть к 10-му сеансу. В отдельных случаях, как у больных С.иМ., навязчивости нивелируются, в то время ^{как} отмечаются колебания настроения, связанные не с навязчивостями, а возникающими периодически неприятными ощущениями в различных частях тела. К концу лечения настроение все же выравнивается полностью. Навязчивые страхи у больной Т. хотя к концу лечения изредка и возникали, но они ее не волновали, а их появление было обусловлено продолжавшей действовать психотравмирующей ситуацией в семье. Но несмотря ни на что, настроение оставалось радостным.

Любопытным остается факт, что навязчивости и настроение начинают перестраиваться с первых сеансов наркопсихотерапии. Но уверенность в выздоровлении появляется значительно позже (после 10-12). К концу лечения у больных С. и Г. полностью перестроилось отношение и к отдельным болезненным проявлениям, и к болезни в целом, благодаря чему в значительной степени укрепились уверенность больных в выздоровлении. У больной М. уверенность в выздоровлении колебалась до юнца лечения.

Резюмируя все приведенные данные, полученные в результате изучения динамики обратного развития заболеваний у наших больных неврозом навязчивых состояний, мы приходим к заключению, что в среднем для получения хорошего терапевтического эффекта требовалось от 20 до 25 сеансов наркогипноанализа.

В результате проводимого психотерапевтического воздействия на больного уже после 2-3 сеансов наступало ослабление или полное угасание навязчивых страхов. К концу лечения они либо исчезали полностью, либо возникали эпизодически в связи с продолжающимися иногда возникать теми или иными неприятными ощущениями в различных частях тела и продолжающимся неблагоприятным влиянием психотравмирующих факторов.

Выравнивание настроения у больных в процессе проводимой терапии наступало одновременно с угасанием навязчивых страхов или вслед за этим.

Перестройка отношения больных к болезни наступала после 10-12 сеансов. Большинство больных начинало без колебаний верить в возможность выздоровления. И только у части больных эта уверенность могла колебаться в результате периодически возникающих неприятных ощущений в различных частях тела и появления единичных, эпизодически возникающих навязчивых страхов. Таким образом, наркогипноанализ невроза навязчивых состояний, прослеженный нами не только на трех больных, а на огромном количестве подобных больных, позволяет нам говорить о высокой эффективности данного метода, о том, что в большинстве своем терапия заканчивается

113

полным исчезновением навязчивостей или же их значительным ослаблением, выравниванием настроения, ослаблением неприятных ощущений в теле и укреплением полной уверенности больных в своем окончательном выздоровлении. Причем угасание навязчивостей наступает в одних случаях одновременно с выравниванием настроения, в других — несколько предшествует ему. Перестройка отношения больных к болезни чаще (всего) начинается где-то в середине лечения, то есть после проведения 10-12 сеансов и к концу лечения становится стабильной.

Психастения с навязчивостями

Как мы уже писали выше, под нашим наблюдением находилось 14 больных, страдающих психастенией с навязчивостями.

В процессе проводимого лечения было установлено, что для получения высокого терапевтического эффекта требовалось проводить до 24 сеансов наркогипноанализа.

Начальный период лечения продолжался где-то от 10 до 17 сеансов наркогипноанализа. Продолжительность закрепляющего этапа варьировала от 7 до 10 сеансов. Таким образом, переломный момент в сторону улучшения состояния в процессе проводимого лечения наступал, как и у больных неврозом навязчивых состояний, после 10-12 сеансов наркогипноанализа.

Анализ динамики навязчивостей у больных психастенией показал, что в процессе проводимого наркогипноанализа наступает постепенное их угасание — примерно так же, как и при неврозе навязчивых состояний. Однако, учитывая специфику навязчивостей при психастении, прежде всего начинают угасать навязчивые страхи, затем мысли, а в последнюю очередь навязчивые действия. У большинства больных к концу лечения навязчивые страхи и навязчивые мысли исчезали полностью, а навязчивые действия оставались только у некоторых больных. Итак, угасание навязчивостей начиналось уже после первых сеансов наркогипноанализа. К десятому сеансу у большинства больных они исчезали полностью, у части — навязчивости появлялись редко, и интенсивность их была меньше. Лишь у одного нашего больного (Щ.) навязчивости исчезли только после 15 сеансов. Перестройка отношения больных к навязчивостям шла параллельно с их угасанием. Большинство больных начинало спокойнее реагировать на появление последних уже в течение первых сеансов наркогипноанализа. У нескольких больных спокойное реагирование на навязчивости появилось лишь после проведения 10-го сеанса наркогипноанализа.

Динамика эмоциональных реакций у наших больных в процессе наркогипноанализа свидетельствует о том, что у больных психастенией на-

114

поение выравнивалось значительно позже угасания навязчивостей. У большинства больных психастенией настроение начало выравниваться только после 10-17 сеансов наркогипноанализа. Только у одного больного Б. настроение несколько улучшилось уже после второго сеанса. Это было, с нашей точки зрения, обусловлено тем, что в этот период времени больной получил известие о том, что его жена благополучно родила ребенка. К концу проводимой терапии почти у всех наших больных фон настроения был ровным и устойчивым. Только у одного больного Б. настроение колебалось до конца лечения из-за клаустрофобии в закрытом психиатрическом отделении. Изменение отношения больных психастенией в процессе наркогипноанализа к их болезни и возможности выздоровления наступало где-то в середине лечения (после 12-19 сеансов) и у большинства больных было неустойчивым и к концу лечения, в связи с особенностями астеномни-тельного характера. Несмотря на то, что склонность больных к сомнениям, самоанализу и самокопанию, значительно ослабевала, все же у них не возникало полной уверенности в выздоровлении.

Неприятные ощущения в теле у больных психастенией носили эпизодический и неярко выраженный характер и не оказывали отрицательного влияния на перестройку отношения больных к навязчивостям и болезни в целом.

Для иллюстрации приводим историю болезни.

Наблюдение № 12. Больной Г., 24 лет, конструктор, п/я 186, поступил в отделение неврозов психиатрической клиники ДМИ 16 июля 1963 г. с жалобами на разнообразные навязчивые состояния: «страх сойти с ума, страх высоты, страх утонуть во время купания в реке, страх оставаться одному дома, постоянные сомнения, навязчивые желания постоянно проверять те или иные свои поступки или действия», «постоянное желание возвращаться домой и проверять, не оставил ли дверь открытой, свет зажженным», снижение настроения, плохой сон, сопровождающийся кошмарными сновидениями и периодическими вздрагиваниями всего тела. *В анамнезе:* родился в семье рабочего первым по счету. Отец работал железнодорожником-ремонтником, по характеру спокойный, мнительный. Мать — домохозяйка. По характеру очень добрая, светлая, мнительная. Больной себя характеризует жизнерадостным, мнительным, крайне застенчивым, робким. Всегда во всем сомневался, отмечалась склонность к самоанализу. Каких-либо страхов в детстве не испытывал. В школу пошел с 8 лет. Окончил 7 классов, затем механический техникум. Учеба давалась легко, был прилежным учеником. Всегда тщательно готовил уроки, был чрезмерно аккуратен, исполнительен. Охотно поддержи-

115

вал отношения с друзьями; в среде девочек чувствовал себя неуверенно и робко.

Работать начал с 19 лет, когда после окончания техникума поступил на работу в качестве конструктора. Год назад поступил на учебу в химике технологический институт, на вечернее

отделение. Совмещает работу с учебой в институте. На работе взаимоотношения с сослуживцами хорошие с начальством — напряженные, в связи с тем, что не переносит их лицемерия. Крайне болезненно реагирует на любые, даже мелкие ссоры. В трудных ситуациях всегда терпит, долго не может найти правильное решение волнуется. Очень тяжело пережил разрыв с любимой девушкой, «которая ушла к другому». Всегда пользовался советом и помощью старших, более сильных людей. «Если меня кто-либо поддержит, сразу становится легче ориентироваться в ситуации и находить правильные решения».

В детстве болел корью, скарлатиной, воспалением среднего уха и часто ангинами. Курит и алкогольные напитки употребляет умеренно. Имел редкие случайные половые связи. Считает больным с весны 1962 г. Однако первые признаки заболевания появились еще в 1959 г., после того, как неожиданно его любимая девушка, с которой собирались пожениться, ушла к товарищу. Наступила «душевная депрессия». Сильно уставал на работе; приходил домой и ложился спать. Сон был тревожным, никого не хотелось видеть. В это время начал конфликтовать на работе с начальством. Появились сомнения в целесообразности продолжения учебы в институте и даже не хотелось есть. Усилилась застенчивость, «начал бояться общаться с девушками». В этот период времени тяжело заболела его мать; она впала в коматозное состояние, каретой скорой помощи была доставлена в больницу с приступом почечной колики. В это время оставался дома один. Усилилось общее волнение, стал сомневаться во всем. Приходилось работать, учиться, одновременно ухаживать за младшим братом. Однажды вечером начал писать стихи. Долго не мог подобрать нужной рифмы. Очень разволновался, охватило чувство страха, казалось, что «схожу с ума». Ощутил сильный прилив крови к голове. Не спал до утра, беспокоили страхи перед сумасшествием. Пытался бороться со страхами, но они продолжали усиливаться. Работал с большим напряжением, усилились сомнения, стал больше анализировать свою работу, учебу и т. д. Начал сомневаться в том, что справляется со своей работой и правильно ее выполняет. Многократно проверял одни и те же чертежи. Обратился к районному психиатру, который назначил больному лекарство. После приема лекарства состояние несколько улучшилось, мысли о сумасшествии оставили его. Но сомнения продолжали одолевать больного. В мае 1963 г. больному было отказано на работе в

116

предоставлении отпуска для экзаменационной сессии. Перестал спать по «очам. Вновь обострились страхи сумасшествия. Начал бояться высоты, старался не выходить на балкон; во время купания в реке боялся далеко уплыть от берега, так как появились мысли о том, что может не доплыть до берега и утонуть. Начал возвращаться домой по дороге на работу и проверять: не оставил ли свет зажженным, дверь незапертой, газ невыключенным, и т. д. Снизилось настроение. Появились вздрагивания всего тела во время сна, отчего часто пробуждался. С большим трудом сдал экзаменационную сессию. Вскоре был госпитализирован в клинику неврозов.

В соматоневрологическом статусе: без патологии. Показатели сахара в крови до, во время и после лечения составили соответственно: 87 мг%, 76 мг% и 74 мг%, АД — 100/65.

В психическом статусе: в контакт вступает легко, на вопросы отвечает по существу. Охотно и подробно рассказывает о себе, особенно о своих проблемах. Жалуется на наличие множества разнообразных навязчивых страхов, возникающих либо раздельно, либо одновременно, критически оценивает свое состояние. Расстройства психической деятельности не обнаруживает. В отделении в меру общителен, иногда принимает участие в настольных играх. Педантичен, чрезмерно аккуратен. Много читает. Сомневается во всем: в правильности лечения, в возможности выздоровления. Интересуется постоянно у врача, сможет ли он когда либо стать здоровым человеком, сможет ли он продолжить учебу в институте и т. д. Постоянно жалуется на множество разнообразных навязчивых страхов, особенно обеспокоен страхом перед сумасшествием. Просит врача о помощи. Фон настроения был снижен по экзогенному типу, раздражителен. При проведении ассоциативного эксперимента было обнаружено удлинение среднего латентного периода (2,3).

Диагноз: психастения с навязчивостями.

За период пребывания в отделении больному проводилось общеукрепляющее лечение, водолечение, 20 сеансов наркогипноанализа. Во время каждого сеанса вводилось от 4,0 до 5,0 см³ 10 % раствора амитала натрия.

В стадии снижения активности и инициативы проводилось внушение, нацеленное сначала на общее успокоение больного, затем на перестройку отношения больного к болезни и устранение всяческих сомнений. Врач внушает: «Вместе с уравниванием основных нервных процессов:

тормозного и возбуждательного постепенно будут ослабевать Ваши сомнения . И уже сейчас, в период проведения сеанса, Вы перестали испытывать какие-либо сомнения». (Больной на вопрос врача, заданный в это время, чувствует ли он себя уверенно, ответил утвердительно.)

117

В этой стадии наркоза ($1,0 \text{ см}^3$) врач несколько раз громким голосом продолжает акцентировать внимание больного на исчезновении сомнений.

В фазе эмоциональных сдвигов (до $1,5-1,7 \text{ см}^3$) выравнивается эмоциональный фон, повышается настроение, больной при этом начинает слегка улыбаться и заявляет, что он стал себя чувствовать лучше, уменьшились сомнения относительно возможности стать здоровым человеком.

При переходе в стадию оглушенности ($2,5-3,5 \text{ см}^3$) внушение было нацелено на разъяснение больному сущности заболевания, его патофизиологических механизмов и пути возможного выхода из болезненного состояния. Врач проводил следующее внушение: «Особенности Вашего ас-тено-мнительного характера способствовали усилению Ваших сомнений. В результате стрессовой ситуации разрегулировались основные нервные процессы: тормозной и возбуждательный, они стали слабее и более инертными. На этом фоне стали образовываться отдельные отрицательные условно-рефлекторные образования в виде разнообразных навязчивых страхов. По мере уравнивания основных нервных процессов будут восстанавливаться их качества: повышаться их качества и ускоряться подвижность. Все это вместе взятое будет способствовать быстрейшему угасанию образовавшихся отрицательных условно-рефлекторных образований, устранению навязчивых страхов и ликвидации обострившихся черт Вашего характера». В фазе оглушения продолжали угасать навязчивости. «Все навязчивые страхи с каждым последующим сеансом будут появляться все реже и реже, и они будут становиться все более слабыми. Ваше отношение к этим страхам будет становиться все более спокойным, в связи с чем они быстрее угаснут». В дальнейшем формулы внушения врача направлены на перестройку отношения к болезни: «По мере того как будут исчезать сомнения, навязчивые страхи, у Вас будет укрепляться уверенность в себе и в Вашем полном и окончательном выздоровлении». И, наконец, на завершающем этапе проводилось внушение, нацеленное на разъяснение больному важности положительного влияния самовнушения на быстрейшее выздоровление. А для достижения достигнутого положительного результата лечения во внушении разъяснялась важность стимуляции личности. Для этого рекомендовалось больному начать заниматься физкультурой по утрам для подъема общего тонуса организма, для более быстрого и полного выздоровления больного. Далее больной погружается в фазу наркотического сна ($4,5 \text{ см}^3$). После первого сеанса наркопсихотерапии сон продолжался четыре часа. После пробуждения отмечалось хорошее настроение. Больной отметил, что «чувствовал себя выспавшимся», настроение было радостным, никаких навязчивых страхов не

118

^мечалось. Даже воспоминания о навязчивости не вызывали волнения. Ночью спал хорошо, но на следующий день после пробуждения от сна отмечалась повышенная раздражительность, начал сомневаться в выздоровлении.

Во время второго и третьего сеансов наркогипноанализа акцент внушений был направлен на общее успокоение больного, уравнивание основных нервных процессов: тормозного и возбуждательного и устранение в связи с этим страхов и сомнений. После пробуждения от второго сеанса наркогипноанализа длительное время отмечалась сонливость. В последующую ночь спал хорошо. Утром жаловался на головокружение. Настроение колебалось по-прежнему, воспоминания о навязчивых страхах не вызывали раздражения, но не было достаточной уверенности в выздоровлении. После третьего сеанса наркогипноанализа самочувствие было хорошее, но на второй день после пробуждения от ночного сна больной во время утренней зарядки дал болезненную реакцию на замечание, которое сделала ему санитарка, после чего снизилось настроение, возобновились страхи, но острота их осталась низкой.

После проведения 4-7 сеансов наркогипноанализа никаких навязчивых страхов не было, даже перестал вспоминать о них; настроение выровнялось. По ночам спал хорошо, изредка отмечались сновидения, которые не беспокоили больного. Стал несколько бодрее, спокойнее. Начал играть в настольные игры (пинг-понг), но после игры отмечалось головокружение.

Во время каждого последующего сеанса наркогипноанализа врач продолжал проводить внушения, нацеленные на изменение отношения больного не только к навязчивым страхам, но и к болезни в целом.

После проведения восьмого и девятого сеансов наркогипноанализа самочувствие оставалось

хорошим. В воскресенье «не мог найти себе места», снизилось настроение. К вечеру появились навязчивые мысли о сумасшествии, которые раздражали больного, ночь спал тревожно, видел кошмарные сновидения. На следующий день утром настроение было сниженным, отмечалась повышенная утомляемость, появились сомнения в отношении возможности выздоровления. После проведения десятого сеанса наркогипноанализа настроение стало «отличное», никаких навязчивых страхов не было. В последующем ночь спал хорошо, затем утром настроение колебалось, но оставался спокойным. Уверенность в выздоровлении колебалась.

После проведения 11-14-го сеансов наркогипноанализа настроение продолжало улучшаться, навязчивые страхи не появлялись. Временами проявлялась раздражительность, связанная с какими-либо внешними раз-

119
дражителями, и повышенное стремление к самоанализу и самокопанию Сон оставался хорошим, но иногда появлялись легкие сновидения. Иногда по утрам возникали головные боли. Начал заявлять, что управляет собой Увеличилась уверенность больного в выздоровлении. В последующих сеансах внушалась важная роль самовнушения и значение рационального режима труда и отдыха для окончательного выздоровления. После пятнадцатого сеанса наркогипноанализа и до конца проводимого лечения отмечалось «отличное настроение».

Навязчивых страхов не отмечалось. Стал значительно спокойнее. Улучшился сон, но настроение все же колебалось без всяких причин. Перестал вспоминать о своей болезни, но в момент выписки все же полной уверенности в выздоровлении не было в связи с тем, что сомневался в том, сможет ли сочетать работу с учебой, сможет ли в ближайшее время жениться и как скажется женитьба на здоровье, сможет ли быть полноценным человеком и т. д.

Выписался из отделения в хорошем состоянии, навязчивых страхов не отмечалось, настроение было ровным, приступил к работе. Было рекомендовано временно прервать учебу в институте. Наблюдение № 13. Больной Ш., 29 лет, инженер-технолог. Поступил на стационарное лечение в Днепропетровский психоневрологический диспансер 24 февраля 1960 г. с жалобами на разнообразные навязчивые состояния. Прежде всего, он обеспокоен тем, как бы во время беседы с кем-либо не сказать что-либо лишнее, оскорбительное для собеседника, страх перед возможным появлением при беседе с кем-либо смыкания рта (при этом старается прикрывать рот рукой); обеспокоен постоянными сомнениями во всех своих действиях, жалуется на общую слабость, быструю утомляемость, чувство неполноценности, отсутствие интереса к окружающему, ослабление памяти, рассеянность, невозможность сосредоточиться, периодическую тревогу и неуверенность в себе, сопровождающиеся неприятными ощущениями в затылке и промежности. *В анамнезе:* родился в семье служащего первым и единственным по счету. Отец — инженер, спокойный, добрый, ласковый; мать — домохозяйка, очень мнительная. Характеризует себя мнительным, робким, застенчивым. В школу пошел с 8 лет, окончил 10 классов. Учебу в школе совмещал с учебой в музыкальной школе по классу скрипки. Учеба давалась легко, был отличником. Имел много друзей; но дружил больше с мальчиками, хотя в среде девочек чувствовал себя свободно, но был застенчивым. При напряженной работе быстро уставал. На экзаменах очень волновался, даже тогда, когда был уверен в своих знаниях. После окончания школы поступил в инженерно-строительный институт, который окончил в 1955 г. В любой новой обстановке чувствовал себя неуверенно. Хорошие взаимо-

120
отношения с людьми складывались медленно. Долго адаптировался к новой обстановке. В детстве болел корью, скарлатиной, воспалением легких, в зрелом возрасте перенес тяжелый грипп и ангину. Женат, имеет ребенка. Считает себя больным с 1954 г., то есть в течение последних 6 лет. Заболеванию предшествовали переживания, связанные с необходимостью оставить учебу в музыкальном училище в связи с перенесенным плекситом. Появилось напряжение во всем теле, навязчивые мысли о том, как бы не сказать что-то лишнее, оскорбляющее собеседника. Начал настороженно следить за своей речью. Первоначально это проявлялось эпизодически, поэтому не придавал этому особенного значения. За медицинской помощью не обращался. Весной 1955 г. много трудился над дипломным проектом, сильно уставал. После защиты диплома, по дороге домой внезапно возникло сомнение, не затерялась ли его записка к дипломному проекту. Испытал сильное волнение. Вынужден был вернуться в институт и убедиться в том, что документ на месте, и лишь тогда успокоился. Вскоре возобновился прежний навязчивый страх оскорбить кого-либо во время беседы. Навязчивости стали более острыми и начали сильно раздражать больного. Обратился к психиатру и был помещен на лечение в психоневрологический диспансер, где

получал гипогликемические дозы инсулина, другое медикаментозное лечение, состояние несколько улучшилось, стал спокойнее, но навязчивости не оставляли больного, хотя и потеряли прежнюю актуальность. Он продолжал работать, и после перенесенной ангины и гриппа, вновь обострились навязчивости. После проведения общеукрепляющего лечения состояние улучшилось, но уже в «хорошем состоянии мучили сомнения». В 1958 г. вновь после перенесенного гриппа прежний, навязчивый страх возобновился и начал сопровождаться «сильным смыканием рта» и желанием прикрыть рукой рот. Крайне болезненно стал реагировать на навязчивости. Появилось затрудненное дыхание и подергивание левого глаза. Был госпитализирован в психоневрологический диспансер, где во время осмотра врач сказал больному, что у него, возможно, не навязчивости, а бред. После ятрогении состояние резко обострилось. Присоединились к прежним навязчивостям мысли о сумасшествии. Резко возросла общая слабость. Вынужден был выписаться из больницы. Дома в течение месяца чувствовал себя крайне плохо. Заявлял родным, что он «дегенерат». Приставал к домочадцам с одним и тем же вопросом: «Не оскорбил ли я кого-либо?» В это время резко снизилось либидо. Однажды утром проснулся от боли в левом яичке (в руке в это время было зажато левое яичко). Настроение снизилось. «Потерял интерес к половой жизни». Особенно плохо чувствовал себя после полового акта, «терял силы», появились сильные боли в промежности, уменьшилась эрекция, половой акт

121

стал менее продолжительным, начал избегать интимных отношений с женой. Боялся, что после полового акта будет чувствовать себя еще хуже.

С 25 мая по 1 июля 1959 г. находился в отделении неврозов ЦПНБ г. Харькова, где лечился аминазином, дробными дозами инсулина и наркопсихотерапией. К концу пребывания в клинике состояние ухудшилось усилились навязчивости, участилось «смыкание рта», больше стал фиксировать внимание на ощущениях в половых органах. Дома продолжал работать, и состояние продолжало ухудшаться, резко снизилось настроение, работоспособность, ухудшился сон. В таком состоянии поступил в психоневрологический диспансер.

В соматоневрологическом статусе: высокого роста, астенического телосложения, пониженного питания. Какой-либо патологии не выявлено.

В психическом статусе: в контакт вступает легко, на вопросы отвечает по существу.

Ориентировка всех видов сохранена. Поведение в отделении правильное. На вопросы врача отвечает охотно. Дает о себе подробные анамнестические сведения. Во время первой беседы предупредил врача, чтобы с ним говорили только наедине, чтобы другие больные не слышали. Задаст множество вопросов и требует разъяснения по поводу каждого его болезненного состояния. Жалуется на навязчивые мысли о том, как бы в беседе с кем-либо не сказать что-нибудь лишнее, оскорбительное для собеседника. Рассказал, что каждая беседа с посторонним человеком вызывает общее напряжение всего организма, желание постоянно прикрыть рукой рот, чтобы окружающие не заметили, как смыкается его рот. Попытка воздержаться от смыкания рта сильно утомляет и способствует еще большему смыканию. Многократно спрашивает врача, не оскорбил ли он его во время беседы, не сказал ли что-либо лишнее и т. д. Фиксирован на неприятных ощущениях в области половых органов. Постоянно анализирует свое болезненное состояние, фиксируется на мелочах. Считает, что его заболевание связано с ослаблением половой функции, и по этому поводу также задает много вопросов. Крайне не уверен в себе, во всем сомневается, не верит, что сможет стать когда-либо здоровым человеком, но в то же время критически оценивает свое состояние. Просит врача каждый раз во время беседы помочь ему освободиться от его болезни, фон настроения снижен по экзогенному типу, раздражителен.

При проведении ассоциативного эксперимента обнаружено значительное удлинение среднего латентного периода (9,6), повышенная инертность раздражительного процесса (истощаемость +4).

Диагноз: психастения с навязчивостями.

За время пребывания в отделении больному было проведено медикаментозное, общеукрепляющее лечение, водолечение и 20 сеансов нарко-

122

ршаоанализа. Во время каждого сеанса внутривенно вводилось до 5,0 см³ 10% раствора гексенала. Внушение проводилось по разработанной нами общей схеме, но с учетом индивидуальных особенностей больного, характера болезненных расстройств. При введении 0,5 см³ 10% раствора гексенала наступала стадия снижения общей активности и инициативы. В этот период проводилось внушение, направленное на общее успокоение больного и устранение всяческих сомнений. Затем наступала стадия эмоциональных сдвигов, повышалось настроение, больной

начинал улыбаться (1,0 см³). Внушения были нацелены на выравнивание эмоционального фона. В это время больной сообщал врачу, что чувствует себя жизнерадостно и что у него исчезли сомнения. Внушения врача в это время нацелены на полное подавление неуверенности в себе и устранение сомнений. Стадия оглушения наступала после введения 2,5 см³ раствора гексенала. Акцент внушения в этот период времени был направлен на угасание навязчивостей и изменение отношения к ним, на роль самовнушения в процессе выздоровления. «Вы чувствуете себя сейчас спокойно. Снялось напряжение в мышцах губ. Вы будете легко говорить со своим врачом и с окружающими людьми, и при этом никакой потребности прикрывать рукой свой рот у Вас не будет. (Больной отметил, что в настоящее время напряжения в губах не испытывает.) Во время беседы со мной или другими людьми Вы будете чувствовать себя спокойно, у Вас исчезнет настороженность «как бы не сказать чего-либо лишнее». «В данный момент у Вас нет никаких навязчивостей и точно так же Вы будете чувствовать и в состоянии бодрствования». Далее больной погружается в состояние наркотического сна (4,5 см³).

После проведенного первого сеанса наркогипноанализа больной спал 30 минут. После пробуждения от сна отметил улучшение настроения. Навязчивых мыслей и движений (смыкания губ и прикрытия рукой рта) не отмечалось. Несколько спокойнее беседовал с больными и медперсоналом. С вечера долго не мог уснуть, но затем спал глубоким сном до утра. Проснулся бодрым, неожиданно появились боли в грудной клетке, появилась тревога по поводу состояния своих легких; беспокоили сомнения относительно своего выздоровления.

Во время второго сеанса внушение было направлено на общее успокоение больного, уравнивание центральной нервной системы, на устранение сомнений относительно болезни его легких, на укрепление уверенности больного в том, что он будет здоровым человеком. После второго сеанса навязчивостей не наблюдалось, но настроение колебалось. Ночь спал тревожно, мешали сновидения. Пытался читать, но «трудно было

123

сосредоточиться». По-прежнему нет уверенности в возможности выздо. рования.

В дальнейшем внушения врача акцентировались на угашении навязчивостей и укреплении уверенности в выздоровлении. После третьего сеанса вновь снизилось настроение «чувствовал себя тоскливо». Усилилось «сжатие губ», возросли сомнения. Жаловался на головные боли, хуже спал по ночам.

После четвертого сеанса наркогипноанализа почувствовал себя несколько спокойнее, настроение продолжало колебаться, навязчивости появлялись несколько реже, больной спокойнее реагировал на них. Продолжал охотнее и более раскованно беседовать с больными, при этом не прикрывал рот рукой.

После проведения пятого-седьмого сеансов настроение выровнялось. Навязчивости появлялись реже, и отношение к ним становилось более спокойным. Спал хорошо. Сновидений не было.

Продолжал жаловаться на «низкий жизненный тонус»; отмечались колебания настроения.

Периодически возникали навязчивости, но отношение к ним все же оставалось спокойным.

Наблюдались подергивания мышц лица и туловища. С утра временами болела голова, появлялось тревожное состояние, жаловался на дрожь в теле, раздражительность, сомнения относительно выздоровления.

После восьмого-одиннадцатого сеансов наркогипноанализа навязчивости появлялись все реже и реже, фон настроения был ровным. Отношение к навязчивостям становилось более спокойным, рот не смыкался, рукой перестал закрывать рот; охотнее беседовал с больными и медперсоналом. После 12-го сеанса и до конца лечения навязчивости появлялись эпизодически, отношение к ним оставалось спокойным, настроение становилось все более ровным, уверенность в выздоровлении возрастала, больной становился более активным.

После проведенного лечения навязчивые воспоминания появлялись крайне редко, настроение выровнялось, оставались некоторые сомнения в рамках характерологических особенностей, уверенность в выздоровлении была полной. Выписался домой в хорошем состоянии с положительной установкой на продолжение трудовой деятельности.

Анализ наших наблюдений больных психастениями с навязчивостями показал, что все они в преморбиде относились к личностям астено-мни-тельного характера. Все они до начала заболевания были склонны к самокопанию, самоанализу и постоянным сомнениям. Однако эти качества до болезни не тревожили больных, т. к. они воспринимали их как нормальные

124

у обоих больных заболеванию предшествовали длительные психотрав-друющие ситуации в

сочетании с другими факторами, ослабляющими поганизм. Но пусковыми механизмами в развитии болезненного процесса «влились незначительные переживания.

Так, у больного Г. заболеванию предшествовали длительное переутомление, переживания, связанные с разрывом с любимой девушкой, длительной болезнью матери. Толчком к началу болезненного процесса, то есть к развитию навязчивого симптомокомплекса, явились незначительные переживания, связанные с тем, что он длительное время не мог подобрать нужной рифмы при написании стихотворения.

Пусковым механизмом заболевания у больного Ш. явилось переутомление, связанное с совмещением работы с защитой дипломного проекта, действующее на фоне длительных переживаний в связи с болезнью плекситом и невозможностью в связи с этим продолжать занятия в музыкальном училище.

Как явствует из приведенных выше наблюдений, заболевание у наших больных развивалось постепенно. Начало их заболевания манифестировало с заострения их характерологических особенностей. Они стали более мнительными, более ослабленными; все окружающее стало их раздражать. Сомнения их приобрели гротескный характер и начали способствовать изменению эмоционального фона, снизилось настроение, ухудшился сон. У больного Г. сомнения повлекли за собой желание постоянно контролировать свои поступки, действия. Он бесконечно начал проверять, не оставил ли дверь открытой, свет зажженным, для чего многократно, идя на работу, возвращался домой. Затем присоединились разнообразные навязчивости, «что не выдержит переживаний и сойдет с ума», страх перед высотой, страх утонуть во время плавания в реке, страх оставаться одному дома и т. д. Больной Ш. начал сомневаться в том, правильно ли выбрал специальность, стоит ли продолжать учебу и т. д. В период работы над дипломным проектом начал постоянно контролировать правильность своих расчетов, часто возвращался в институт и проверял, не потерял ли он что-либо из Дипломной работы и т. д. Затем появились навязчивые мысли, как бы во время беседы с кем-либо не сказать что-либо лишнее и не оскорбить собеседника, навязчивые действия смыкания рта и прикрывания рта рукой и т. д.

Приведенные здесь наблюдения и наблюдения за всеми нашими больными с психастенией с навязчивостями на протяжении многих лет позволяют нам в обобщенном виде высказать свои соображения по поводу особенностей клинического течения заболевания у данной группы больных

125

Общим для всех наблюдаемых нами больных психастенией с навязчивостями являются симптомы, появляющиеся на фоне длительно действующей психотравмирующей ситуации или факторов, способствующих ослаблению организма, обусловленные заострением, прежде всего черт астено-мнительного характера до уровня, когда эти особенности характера начинают раздражать больных, то есть уровня выраженной патологии. И уже в последующем под влиянием даже незначительных переживаний в клинической картине заболевания формируются те или иные навязчивости. Причем последние могут проявляться то в виде мыслей то в виде действий, которые могут сменять друг друга либо существовать одновременно.

Все без исключения наши больные психастенией с навязчивостями попадали к нам на лечение с давними сроками (от 3-4 до 7-10 лет). Так, больной Г. пришел к нам на лечение через четыре года от начала заболевания, а больной Ш. — через 7 лет. Проводимое им ранее амбулаторное, стационарное лечение было малоэффективным.

Изучение особенностей обратного развития заболевания, в процессе проводимого наркогипноанализа показало, что первоначально под влиянием лечения начинают угасать навязчивости в следующей последовательности. Вначале исчезают страхи, затем мысли, а в последнюю очередь действия. И лишь затем начинают ослабевать заостренные черты характера. К концу лечения у всех наших больных навязчивости исчезали полностью и только в редких случаях, когда характерологические особенности полностью не нормализовались, иногда возникали те или иные навязчивости, но и они не раздражали больных.

Выравнивание настроения происходит во втором закрепляющем периоде заболевания, то есть после 10-12 сеансов, и идет параллельно с возрастающей уверенностью в выздоровлении. К концу лечения у нашего больного Г. навязчивости полностью угли, настроение выровнялось, укрепилась уверенность в выздоровлении. У больного Ш. в конце лечения отмечались редкие навязчивости, к которым он относился спокойно, настроение, несмотря на редкие навязчивости, оставалось ровным и устойчивым, а уверенность в выздоровлении была недостаточной в связи с особенностями его характера. Однако оба наших больных по окончании курса наркогипноанализа

выписались домой в хорошем состоянии, что свидетельствует о высокой эффективности разработанного нами варианта наркогипноанализа применительно к психастении с навязчивостями.

126

Неврастения с состояниями навязчивости

Под нашим наблюдением, как уже было отмечено выше, находилось 14 больных, страдающих неврастенией с навязчивостями. Число сеансов, необходимых для достижения положительного эффекта в лечении наших больных, колебалось от 10 до 25 сеансов. Закрепляющий этап в лечении начинался с 6-10-го сеансов.

Анализ обратного развития заболевания больных неврастенией с навязчивостями показывает, что динамика угасания симптомов навязчивости в период проведения наркогипноанализа происходит постепенно. Прежде всего, как и у больных психастенией с навязчивостями, угасают навязчивые страхи, затем навязчивые мысли и в последнюю очередь навязчивые действия. У большинства больных навязчивости исчезали полностью, и только у некоторых к концу лечения отмечались отдельные навязчивости. Угасание навязчивостей обычно начиналось после первых нескольких сеансов. К середине лечения (примерно к 10-му сеансу) у большинства больных они исчезали полностью и только у одного больного стойко держались до 11-го сеанса, а затем появлялись все реже и реже.

Перестройка отношения больных к навязчивостям шла параллельно с их угасанием. Уже после первых нескольких сеансов наркогипноанализа отношение к ним со стороны больных становилось более спокойным. У тех же больных, у которых к концу лечения появлялись редкие навязчивости, обусловленные неприятными ощущениями в теле и названные нами навязчивыми ощущениями, отношение к навязчивостям становилось более спокойным, хотя навязчивые ощущения и продолжали раздражать больных.

Параллельно с угасанием в процессе проводимого наркогипноанализа неврастении с навязчивостями изменились эмоциональные реакции. Уже после нескольких первых сеансов у большинства больных отмечается выравнивание настроения, а к концу лечения оно было ровным и устойчивым. Только у одной больной Г. отмечалось некоторое снижение настроения в связи с продолжающимся влиянием на больную психотравмирующей ситуации.

Отношение больных неврастенией с навязчивостями к болезни в целом чаще всего изменялось в процессе лечения одновременно с угасанием навязчивостей и выравниванием эмоционального фона. Это происходило в закрепляющем периоде лечения, то есть после 6-10 сеансов. В случаях задержки причиной ее являлись навязчивые ощущения и повышенная раздражительность.

127

Следует подчеркнуть, что у больных неврастенией с навязчивостями как и у больных невротом навязчивых состояний, выявляются идентичны неприятные ощущения, носящие характер навязчивых, которые способствуют снижению эмоционального фона.

Анализ динамики навязчивых ощущений при неврастении с навязчивостями свидетельствует о том, что навязчивые ощущения исчезают после угасания других навязчивостей. В ряде случаев навязчивые ощущения, но в значительно ослабленном состоянии, оставались у больных и после проведенного лечения. Однако они уже не вызывали сильного раздражения. К концу проводимого лечения у большинства больных настроение выравнивалось полностью, исчезала раздражительность, укреплялась уверенность больных в полном и окончательном выздоровлении.

Приводим истории болезни.

Наблюдение № 14. Больной З., 26 лет, слесарь, поступил на стационарное лечение в отделение невротозов ДМИ 23 ноября 1963 г. с жалобами на повышенную раздражительность, головные боли, сильное сердцебиение, снижение работоспособности, снижение настроения, плохой сон, навязчивый страх смерти и страх перед сумасшествием.

В анамнезе: родился в семье военнослужащего первым по счету. Родители были спокойными и добрыми по характеру. Часто приходилось менять место жительства, но довольно быстро адаптировался к новой обстановке. Был упорным, настойчивым, но быстро уставал в период экзаменов; характеризует себя как спокойного, жизнерадостного и общительного человека. В школу пошел с 7 лет, окончил 10 классов. Учеба давалась легко. В детстве болел всеми детскими болезнями, в 1957 г. перенес ревмокардит. После окончания школы пытался поступить в институт, но по конкурсу не прошел. Очень переживал из-за этого, почувствовал себя не в своей тарелке. Отмечалось снижение настроения, повышенная раздражительность, плохо спал по ночам. Но за медицинской помощью не обращался. Поступил работать слесарем на завод, и вскоре

самочувствие выровнялось. Работает на заводе до настоящего времени. В Советской армии не служил в связи с «плохим зрением». Женат, имеет ребенка. Взаимоотношения с женой хорошие. Считает себя больным в течение последних шести месяцев. Причиной заболевания явились переживания, связанные с неприятностями по работе: ему отказывали в повышении разряда. Начал злоупотреблять спиртными напитками. Стал более раздражительным, снизилась работоспособность, больше уставал на работе, ухудшился сон. Однажды пришел домой в нетрезвом состоянии, и в период засыпания появилось сильное головокружение, почувствовал, что «койка переворачивается», испытал сильное нео-

128
деленное чувство страха. До утра не мог уснуть. На второй день, на работе забыл об этом страхе. Через несколько дней, будучи в кино, «стало плохо», вновь испытал страх. Появилось чувство настороженности, боялся что с ним что-то должно случиться. Обратился к терапевту, но тот каких-либо соматических заболеваний у больного не обнаружил. Стал более раздражительным, фон настроения снизился, хуже спал по ночам, но продолжал работать. Появились сжимающие боли в области сердца, сердцебиение, страх смерти. Принимал амбулаторно триоксазин, после чего страх смерти несколько уменьшился, но ощущение чего-то неприятного не покидало больного. Начал бояться ходить по городу без сопровождения, при себе всегда носил валокордин и тогда чувствовал себя спокойнее. Усилилась раздражительность, ухудшился сон, снизился аппетит, появилось «удрученное настроение». Был направлен в отделение неврозов.

В соматоневрологическом статусе: высокого роста, астенического телосложения, несколько пониженного питания. Внутренние органы без видимых отклонений от нормы. В анализах крови и мочи без признаков патологии. АД — 110/70, сахар крови до лечения 110 мг%; в середине лечения 88 мг%; легкая конвергенция справа. Патологических рефлексов нет.

В психическом статусе: в контакт вступает легко, на вопросы отвечает легко и охотно. Жалуется на повышенную раздражительность, быструю утомляемость, пониженное настроение, плохой сон (с трудом засыпает и рано просыпается). Продуктивной психопатологической симптоматики не обнаруживает. Охотно беседует с врачом. Заявляет, что находится в состоянии тревожного ожидания несчастья, периодически наступает страх смерти, сменяющийся страхом сумасшествия. Хватается постоянно за сердце, считает пульс. Фиксирован на неприятных ощущениях в голове. Критически оценивает свое состояние. Не верит в свое выздоровление.

Диагноз: неврастения с навязчивостями.

Больному было проведено общеукрепляющее, медикаментозное лечение и 19 сеансов наркогипноанализа. Во время каждого сеанса вводилось внутривенно 5,0 см³ 10% раствора амитала натрия. Внушение на фоне выступающих фаз наркоза проводилось по общей схеме, с учетом индивидуальных особенностей больного и характером заболевания.

В стадии снижения общей активности и инициативы внушения врача были направлены на общее успокоение больного и разъяснение сущности болезненного процесса. Далее, в следующей стадии — стадии эмоциональных сдвигов — внушения врача были направлены на выравнивание настроения. В это время больные, как правило, начинают улыбаться и благодарить врача за лечение и отмечают значительное улучшение самочувствия. Врач использует положительные изменения в состоянии больного

5. Заказ №981.

129

и продолжает успокаивать его, выравнивать его эмоциональный фон, уг)а новешивать процессы в центральной нервной системе. «Ваше заболевание является результатом психотравмирующих переживаний, которые привели к разрегулированности деятельности центральной нервной системы и под влиянием моих внушений на фоне общего успокоения и выравнивания настроения начинают приходить в состояние равновесия основные нервные процессы центральной нервной системы: тормозной и возбуждающий. Начинают нормализоваться их основные качества: сила и подвижность. Основные нервные процессы становятся более сильными и более подвижными. Особенно усиливается тормозной процесс, становясь более подвижным».

Вслед за этим врач проводит внушение, направленное на устранение неприятных ощущений в теле: «В связи с уравниванием нервной системы Вы будете спокойнее реагировать на неприятные ощущения в голове и области сердца, и эти ощущения с каждым днем будут ослабевать и появляться все реже и реже». Вслед за угасанием неприятных ощущений в теле врач направляет внушение на угасание навязчивостей, устранение неприятных ощущений в теле и

области сердца по тому же принципу, что и угасание ощущений.

В последующей стадии оглушения внушение врача направляется на еще большее угасание навязчивостей, устранение неприятных ощущений в теле, выравнивание эмоционального фона, укрепление уверенности в себе и выздоровлении, забвение всего периода болезни. В заключительной стадии внушения врача нацеливаются на разъяснении роли самовнушения и саморегуляции, роли соблюдения спортивного режима в деле более быстрого, более полного и окончательного выздоровления.

В дальнейшем больной погружается в глубокий наркотический сон.

После первого сеанса наркогипноанализа больной спал около 5 часов. При пробуждении отмечалось хорошее настроение, навязчивых страхов не было. Но он продолжал испытывать неуверенность относительно возможности выздоровления. Неприятные ощущения в голове и сердце, хотя и имели место, но меньше раздражали больного. Весь день отмечалось спокойное состояние; следующую ночь спал хорошо. В последующих сеансах внушение продолжало быть нацеленным на угасание навязчивостей и в особенности на угасание неприятных ощущений в теле и укрепление уверенности в выздоровлении. «Возрастающая уверенность в выздоровлении будет способствовать быстрейшему исчезновению неприятных ощущений в теле и навязчивого страха смерти и страха перед сумасшествием».

130

После 2-4 сеансов наркогипноанализа состояние продолжало улучшаться. Навязчивых страхов не было, настроение оставалось ровным. Ощущения в теле хотя и появлялись, но значительно меньше раздражали больного. После проведенного 4-го сеанса вновь появился страх смерти, снизилось настроение, плохо спал и вновь сомневался относительно своего выздоровления. Далее акцент внушения был направлен на устранение неприятных ощущений в области сердца.

В последующих 7-8 сеансах наркогипноанализа состояние продолжало улучшаться. Страхов не отмечалось, настроение оставалось ровным, но по утрам появились неприятные ощущения в сердце, которые не вызывали какого-либо раздражения, но вызывали сомнения относительно выздоровления. Акцент во внушении был направлен на более спокойное отношение больного к неприятным ощущениям в сердце.

После 10-го сеанса наркогипноанализа больной отмечает у себя «отличное состояние». Исчезли навязчивые страхи, выровнялось настроение, окрепла вера в выздоровление. Отмечается повышение активности. Значительно лучше стал спать, улучшился аппетит.

В процессе дальнейшего лечения состояние здоровья продолжало улучшаться. Исчезли навязчивые страхи и ощущения, выровнялось настроение, нормализовался сон. Больной поверил полностью в выздоровление, и хотя к концу лечения изредка появлялись незначительные ощущения в области сердца, но они его не раздражали, и он начал строить планы на будущее.

Выписан домой 21 декабря 1963 г. в хорошем состоянии.

Наблюдение № 15. Больной А., 35 лет, тракторист, поступил в отделение неврозов больницы им. Мечникова г. Днепропетровска 28 декабря 1962 г. с жалобами на головные боли, повышенную раздражительность, быструю утомляемость, пониженное настроение, плохой сон, навязчивый страх сойти с ума и страх смотреть собеседнику в глаза, постоянные мысли о неизлечимости его заболевания.

В анамнезе: родился в семье военнослужащего первым по счету (из близнецов). Отец служил в милиции, погиб при исполнении служебных обязанностей, когда больной был маленьким мальчиком. Отца не помнит. Мать по профессии бухгалтер; работала по специальности в колхозе. По характеру была мнительной. Наш больной в раннем детстве после падения попал в больницу с переломом руки. С тех пор боится больницы; по характеру был застенчивым, робким. В школу пошел с 8 лет. Окончил 4 класса. Школу был вынужден оставить в связи с тем, что перенес тяжелую форму малярии. После этого длительное время отмечалась общая слабость. Рабо-

5*

131

тать начал в колхозе с 14 лет. Первое время был прицепщиком на тракторе, а затем, после окончания курсов трактористов, начал работать по специальности. Взаимоотношения с людьми всегда были хорошими, мелкие обиды переживал в себе. Был настойчивым, трудолюбивым, но маловыносливым; быстро уставал на работе. Болел в детстве корью, скарлатиной, дифтерией, сыпным тифом, плевритом, туберкулезом легких. Курит много. С 1958 по 1960 гг. злоупотреблял спиртными напитками, в связи с чем часто ссорился с женой. Имеет 4 детей.

Считает себя больным с декабря 1960 г. Предшествовали заболеванию злоупотребление

спиртными напитками и конфликтная ситуация в семье в связи с этим. Заболевание развивалось исподволь. Начал быстрее обычного уставать на работе, стал более раздражительным, несдержанным. Чаще ссорился с женой в связи с тем, что не мог, как раньше, сдерживать себя. Ухудшился сон. Однажды после очередной выпивки и домашнего скандала появились сильные головные боли, резко снизилось настроение, «испугался своего состояния», но пошел на работу. На работе «сомлел», частично потерял сознание, в связи с чем испытал сильный испуг. Появилась тревога, ожидания какого-то несчастья, показалось, что кто-то сильно ударил по затылку. Продолжал работать, но «что-то дернуло в голове», возник навязчивый страх, «казалось, что схожу с ума». С тех пор мысли о сумасшествии не покидают больного. Настроение резко снизилось, стал более депрессивным, раздражительным, появилось ощущение жжения в голове, «что-то мелькает перед глазами».

Принимал амбулаторное лечение, «давали какие-то таблетки», в связи с тем, что оно эффекта не дало, был направлен в отделение неврозов.

В соматоневрологическом статусе: высокого роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Внутренние органы без видимых отклонений от нормы. В анализах крови и мочи без патологии. Сахар в крови до лечения — 84 мг%; во время лечения — 68 мг%; после лечения — 75 мг%. Реакция Вассермана отрицательная, знаков органического поражения центральной нервной системы не обнаруживает.

В психическом статусе: в контакт вступает легко. На вопросы отвечает по существу. Ориентировка всех видов сохранена. Бредовых идей и галлюцинаций не определяется. В отделении мало общается с больными и медперсоналом. Во время беседы с врачом или любым другим собеседником старается не смотреть в глаза, мотивируя это тем, что боится в это время появления страха сумасшествия. Пытается бороться с этим страхом, но все эти попытки освободиться от него лишь усиливают страх. Настроение сниженное, отмечаются частые его колебания. Эмоционально неустойчив, крайне раздражителен, легко возбудим. Постоянно просит врача

132

убавить его от страданий, особенно от страха и неприятных ощущений в голове. критически оценивает свое состояние, но не верит в возможность выздоровления.

Диагноз: неврастения с навязчивостями.

За время пребывания в отделении больному было проведено медикаментозное, общеукрепляющее, водолечение и 21 сеанс наркогипноанализа. В период проводимых сеансов внутривенно вводилось от 4,0 до 7,5 см³ Ю% раствора амиталя натрия и проводилось внушение согласно выработанной нами общей схеме лечения, с учетом индивидуальных особенностей больного и спецификой болезненного состояния.

Внушение в стадии снижения общей активности и инициативы было направлено на общее успокоение больного и устранение неприятных ощущений в голове. В стадии эмоциональных сдвигов внушения способствовали выравниванию эмоционального фона. Хотя больной отмечал, что появилось радостное настроение, но высказывал сомнения относительно возможности выздоровления и просил врача избавить его от болезни.

В стадии оглушения внушение было направлено на угасание навязчивостей. Указывалось, что спокойное отношение к ним будет способствовать их быстрейшему угасанию. Во внушениях врач подчеркивал роль самовнушения и занятия физкультурой в целях быстрейшего, полного и окончательного выздоровления. В дальнейшем больной погружался в наркотический сон (5,0 см³). После первого сеанса наркогипноанализа больной спал 1,5 часа (в последующих сеансах пришлось увеличить дозу амиталя натрия до 7,5 см³). После пробуждения от лечебного сна отмечалось хорошее настроение, навязчивых страхов и неприятных ощущений в голове не было. Стал спокойнее, улучшился аппетит, чувствовал себя бодрее. Ночь спал хорошо, но продолжал сомневаться относительно своего выздоровления.

В течение последующих сеансов наркогипноанализа настроение колебалось, был раздражительным. Навязчивые страхи появлялись эпизодически, но отношение к ним было более спокойное, оставался бодрым. Жаловался на «мелькание перед глазами», «не совсем ясное зрение». Сон нормализовался. Окрепла вера в возможность выздоровления.

После шестого сеанса наркогипноанализа настроение было ровное, навязчивых страхов не было. Жаловался на сильные головные боли, повышенную раздражительность, дрожь в теле. Спал ночь хорошо. Уверенность в выздоровлении не полная. После седьмого сеанса дрожь в теле исчезла, настроение выравнивалось, навязчивых страхов не отмечалось. Начал заявлять, что должен

выздороветь, однако полной уверенности в этом у него не

133

было. В последующих сеансах акцент внушения был направлен на укрепление уверенности в выздоровлении.

После восьмого сеанса наркогипноанализа состояние ухудшилось в связи с тем, что получил неприятное письмо от жены. Сообщил о том, что был крайне взволнован, «голова воспалилась, болело сердце», настроение снизилось, но навязчивых страхов не было. Ночь спал хорошо. Дальнейшие внушения были нацелены на разъяснение важности для быстрого выздоровления спокойного реагирования больным не только на отдельные болезненные проявления и на болезнь в целом, а также на различные внешние воздействия. В течение нескольких последующих сеансов наркогипноанализа настроение колебалось, болезненные симптомы то появлялись, то исчезали. После 12-го сеанса наркогипноанализа и до конца проводимого лечения состояние больного продолжало улучшаться. На появляющиеся редкие навязчивые страхи больной реагировал более спокойно. Редкие неприятные ощущения в голове перестали раздражать больного. Настроение выровнялось, становился менее раздражительным и более уверенным в выздоровлении, сон полностью нормализовался.

После окончания курса наркогипноанализа настроение было хорошее и устойчивое, навязчивые страхи полностью исчезли, временами все же появлялись головные боли и легкая раздражительность, но уверенность в выздоровлении не колебалась. Однако сомневался, что сможет работать по своей специальности. 30 января 1963 г. был выписан домой в хорошем состоянии.

Анализ приведенных выше двух наблюдений больных, страдающих неврастениями с навязчивостями, показал, что заболеванию предшествовало длительное злоупотребление спиртными напитками, на фоне которого психотравмирующие переживания способствовали развитию прежде всего типичной для неврастения картины общего невроза. Прежде всего у больных появились головные боли, они стали более раздражительными, снизилось настроение, ухудшился сон. Уже позже, на фоне выраженных симптомов болезни, даже под влиянием малозначительных переживаний появились навязчивые страхи. У больного З. после неприятностей на работе и приема алкоголя в просоночном состоянии появились боли в области сердца, явившиеся дополнительным психотравмирующим фактором, которые вызывали страх смерти, а позже и страх сойти с ума. У больного А. злоупотребление спиртными напитками сочеталось с постоянными конфликтами с женой. Появившиеся, как и в первом случае, просоночном состоянии головные боли вызвали страх смерти и сумасшествия и усилили раздражительность, ухудшили настроение и ночной сон. Продолжитель-

134

ность заболевания у наших больных колебалась от 7 месяцев до 2 лет. Прочимое ранее амбулаторное лечение эффекта не дало.

Таким образом у больных этой группы, наблюдаемых нами на протяжении многих лет, в процессе проводимого наркогипноанализа болезнь оазвивается в обратном направлении по сравнению с клиническим течением данного болезненного процесса.

Прежде всего, под влиянием наркогипноанализа начинают угасать навязчивости. Причем если у больного имеется несколько навязчивых страхов, то прежде всего начинает угасать страх, появившийся позже, а затем тот, который появился вначале. Почти одновременно с угасанием навязчивостей у большинства больных начинается перестройка эмоционального фона, то есть начинает выравниваться настроение. Причем угасание навязчивостей и выравнивание настроения происходит уже после нескольких сеансов (2-3) наркогипноанализа. Что касается основных симптомов неврастения (раздражительная слабость, быстрая истощаемость, головные боли, плохой сон), то они под влиянием наркогипноанализа начинают угасать значительно позже, где-то после 8-10 сеансов. Самыми стойкими у больных неврастениями с навязчивостями оказываются неприятные ощущения в голове.

Уверенность больных в выздоровлении под влиянием наркогипноанализа начинает расти где-то после 8-10 сеансов, параллельно с угасанием общих симптомов неврастения. К концу лечения у большинства больных навязчивости исчезают полностью, настроение нормализуется и становится более устойчивым. К концу лечения только у некоторых больных отмечались незначительные проявления основных симптомов неврастения в связи с продолжающимся психотравмирующим воздействием. Однако к концу лечения состояние больных нормализовалось в такой степени, что они могли с охотой выписываться домой в состоянии полной реабилитации (социальной и

трудовой).

Истерия с навязчивостями

Под нашим наблюдением находилось 11 больных, страдающих истерией с навязчивостями, которые получали курс наркогипноанализа.

Среднее количество проводимых больным сеансов наркогипноанализа варьировало от 20 до 30. Анализ показал обратное развитие истерии с навязчивостями под влиянием наркогипноанализа. В процессе лечения начинает постепенно угасать навязчивости, и у большинства больных к концу лечения они исчезают полностью. Только в крайне редких случаях у данной группы больных к концу лечения отмечались навязчивости, не вызывающие у них раздра-

135

жения. Этому способствовала продолжающая действовать психотравмирующая ситуация.

Явления навязчивости у больных истерией под влиянием наркогипноанализа начинали угасать после первых нескольких сеансов, а их полное угасание наступало к 15-му сеансу. Спокойное отношение к навязчивостям у больных несколько опережало их полное угасание. У большинства больных оно появлялось уже после первых нескольких сеансов наркогипноанализа, а к 10-му сеансу навязчивости перестали волновать больных полностью.

В процессе проводимого наркогипноанализа динамики эмоционального фона и угасание навязчивостей были параллельны. Уже после первых нескольких сеансов наркогипноанализа у большинства больных наступало выравнивание настроения, но с некоторыми незначительными колебаниями, а к концу лечения настроение полностью выравнивалось и становилось более стабильным. Только у одной больной настроение оставалось сниженным в связи с предстоящим расторжением брака.

Наращение у наших больных истерией с навязчивостями уверенности в выздоровлении в процессе проведения наркогипноанализа шло параллельно с угасанием навязчивостей и выравниванием эмоционального фона. Полная уверенность в выздоровлении у большинства больных наступала после проведения 10-12 сеансов. Только у некоторых больных к концу лечения оставались сомнения относительно своего полного выздоровления. Они были обусловлены сохранением психотравмирующей ситуации, способствующей снижению эмоционального фона и появлению редких навязчивостей.

Отдельные имеющие место неприятные ощущения в различных частях тела у больных истерией с навязчивостями, как и больных психастенией с навязчивостями, носили нестойкий характер. Эти ощущения, благодаря спокойному отношению больных к ним, начинали угасать уже после нескольких первых сеансов наркогипноанализа и к середине лечения исчезали полностью. К концу лечения неприятные ощущения в теле отмечались у нескольких больных, но отношение к ним оставалось спокойным.

Для иллюстрации приводим следующие наблюдения.

Наблюдение № 16. Больная К., 23 лет, весовщица, поступила на стационарное лечение в ПНД г. Днепропетровска 6 декабря 1960 г. с жалобами на периодические головные боли, «мозги сжимаются», «мозги, как будто переворачиваются», разнообразные навязчивости (страх сойти с ума, страх посадить ребенка на горячую печь), дрожь в теле, плаксивость, кошмарные сновидения. Отец работал разнорабочим на заводе, по характеру был

136

спокойным, добрым; умер в прошлом году от туберкулеза легких. Мать по характеру очень нервная.

Больная росла нервным ребенком, была крайне впечатлительной, робкой, застенчивой.

Отмечалась склонность к фантазированию, легко внушаемая. Неоднократно в своей жизни испытывала разнообразные страхи. Так, {лесть лет назад больная испугалась бабки, после чего старалась избегать встречи с ней. После смерти отца, которую пережила тяжело, боялась покойников, были мысли о том, что может заболеть туберкулезом; боялась длительное время одна оставаться дома. Год назад вышла ночью из дома и увидела подозрительного человека, вышедшего из подворотни, испугалась и сильно кричала. За три месяца до поступления на лечение, во время родов вновь испытала сильный страх неопределенного содержания. Детскими инфекциями не болела, перенесла воспаление легких. В школу пошла с 7 лет. Окончила 10 классов. Учеба давалась с трудом, во время выполнения домашнего задания сильно уставала. Жила в тяжелых квартирных условиях; ситуация в семье складывалась неблагоприятно. За какое-то преступление отец был осужден, что вызвало тяжелые переживания у больной, затем после его возвращения он вскоре умер от туберкулеза, что также отрицательно действовало на больную.

Боялась что заразилась туберкулезом. Помимо учебы в школе приходилось помогать матери в работе по дому, в связи с чем очень уставала. После окончания школы поступила работать на завод весовщицей, где работает в настоящее время. Взаимоотношения с людьми по работе в основном хорошие; болезненно переносит даже мелкие ссоры и на работе и в быту. Замуж вышла в 21 год, через год родила ребенка. Роды были тяжелыми. Менструации с 13 лет, регулярные, безболезненные.

Считает себя больной в течение последних трех месяцев, после тяжелых родов. Появилась общая слабость. По возвращении из роддома несколько дней у нее не было молока; нервничала, плакала, но затем появилось молоко, и больная вскоре успокоилась. Две недели назад переболела ангиной, после чего усилилась общая слабость, появилось головокружение, шаткость при ходьбе. Начала ощущать неприятные ощущения в голове, «казалось, что мозги переворачиваются», появилось сердцебиение, чувство жара по всему телу. Начало казаться, что «сходит с ума», испытала чувство страха, но вскоре успокоилась, но с этого момента боялась, как бы страх не возобновился.

Постепенно возникли мысли, а затем страх: как бы ребенка не посадить на горячую печку. Чтобы преодолеть навязчивые страхи, выбегала из дома на улицу, немного успокаивалась. Представляла себе, как она может посадить ребенка на горячую печь, что вызывало сильное чувство страха и волнения, плакала, старалась освободиться от своих фан-

137

тазий, но это способствовало лишь их усилению. Боялась оставаться од» Хуже стала спать по ночам, видела кошмарные сны, настроение ухудш» лось. Была направлена на стационарное лечение.

В соматоневрологическом статусе: высокого роста, атлетическое телосложения, умеренного питания. Внутренние органы без патологии тоны сердца несколько приглушены; ускорено СОЭ; моча без патологии Сахар крови до лечения — 56 мг%; во время лечения — 91 мг%; после лечения — 105 мг%; признаков органического поражения центральной нервной системы не обнаружено.

В психическом статусе: в контакт вступает легко. На все вопросы отвечает по существу. Ориентировка всех видов сохранена. Расстройства психической деятельности не обнаруживает. Демонстративна. В беседе с врачом старается подчеркнуть свое «тяжелое» состояние, перевязывает голову платком, старается во время обхода лежать в постели. Ищет сочувствия у врача и больных. Легко внушаема, любые переживания, связанные с пребыванием в больнице, старается перенести на себя. Все жалобы окружающих больных находит у себя. Предъявляет множество жалоб, особенно тяготеет представлениями о том, как сажает свою дочь на горячую печь, при этом ее охватывает чувство сильного страха, начинает плакать. Фон настроения снижен, сон тревожный, сопровождается яркими и страшными сновидениями; критически оценивает свое состояние. Просит врача помочь освободить ее от навязчивостей, не верит в выздоровление. При проведении ассоциативного эксперимента были обнаружены значительное удлинение среднего латентного периода (3,6) и повышенная истоцаемость (+2,4), что свидетельствует о выраженной инертности раздражительного процесса.

Диагноз: истерия с навязчивостями.

Лечение: за время пребывания в отделении больной было проведено медикаментозное общеукрепляющее лечение, водолечение и 20 сеансов наркогипнолиза. Внутривенно вводилось от 3,0 до 5,0 см³ 10%раствора гексенала, и на фоне известных фаз наркоза проводили внушение по разработанной нами общей схеме поэтапной психотерапии с учетом индивидуальных особенностей больной и характером ее заболевания.

В стадии снижения активности и инициативы внушение врача, как обычно, нацелено на общее успокоение больного и разъяснение ему его важности спокойного отношения к отдельным болезненным симптомам для их устранения, то есть врач разъясняет больному, что общее успокоение пациента делает его менее впечатлительным и внушаемым.

138

В стадии эмоциональных сдвигов (2,0 см³) внушения врача направле-^j на выравнивание эмоционального фона и важность этого для быстрого выздоровления.

В стадии оглушения (2,5-4,0 см³) внушения врача направлены на гашение навязчивостей за счет спокойного реагирования на них, вытеснения из сознания всего периода болезни. Врач внушает: «С каждым последующим сеансом навязчивости будут продолжать ослабевать в связи с возрастающим спокойным отношением к ним. Они будут Вас раздражать в меньшей степени. Наш опыт показывает, что те люди, которые боятся сойти с ума, никогда не заболевают психическими

заболеваниями; те люди, которые боятся причинить что-либо плохое окружающим, тем более своим близким людям, особенно детям, никогда этого не делают. Вы должны запомнить самое главное, что навязчивости никогда не реализуются. Это значит, что Вы никогда не сойдете с ума и никогда не посадите свою дочь на горячую печь». Эта формула внушения повторяется несколько раз, после чего внушалась важность самовнушения и саморегуляции, а также соблюдения спортивного режима для быстрого выздоровления. Затем больная погружалась в состояние наркотического сна (4,0 см³).

После первого сеанса наркогипноанализа больная спала около часа. При пробуждении ощущала приятную дремоту, навязчивостей не было. Настроение колебалось в течение дня. К вечеру вспомнила о доме, о ребенке, настроение снизилось, «хотелось плакать». Ночь спала тревожно, часто пробуждалась, видела кошмарные сны. Не была уверенной в выздоровлении. В дальнейшем, во время второго-третьего сеансов внушения врача концентрировались на выравнивании настроения и важности хорошего устойчивого ее состояния для быстрого выздоровления. После проведенного 4-го сеанса наркогипноанализа появилось чувство «сжатия в голове», с вечера долго не могла уснуть, настроение снизилось, ночь спала тревожно.

После проведенных 5-го и 6-го сеансов наркогипноанализа по вечерам долго не могла уснуть. Мучили представления о том, что сын ее уже вырос и умер. Охватило чувство страха. Казалось, «что сердце и мозги останавливаются», появился страх смерти. Беспокоилась по поводу своего сердца, заявляла, что никогда не будет здоровой. Врач акцентировал внушение на повышении уверенности в выздоровлении и ее значения для быстрого выздоровления.

После 7-го и 8-го сеансов наркогипноанализа настроение выровнялось, навязчивости исчезли, значительно улучшился сон. Временами ста-

139

новилась более настороженной, боялась возвращения прежнего плохого состояния.

В дальнейшем, в течение нескольких сеансов возникло «напряжение в ногах», «мозги сжимало». Появилось волнение, настроение колебалось испытывала неопределенное чувство страха, не верила в выздоровление. Акцент внушения в это время был сделан на укреплении уверенности в выздоровлении, на активации личности посредством приобщения к труду соблюдении спортивного режима и важности всего этого для быстрого выздоровления.

После проведения 10-го сеанса наркогипноанализа и до конца лечения настроение постепенно выравнивалось и оставалось устойчивым. Навязчивостей не отмечалось. Но временами имела место настороженность относительно возможного повторения прошлого болезненного состояния. Временами появлялась слабость в ногах, но она не волновала больную и не ассоциировалась с прежней болезнью. Уверенность в выздоровлении к концу лечения была устойчивой. В хорошем состоянии больная была выписана домой.

Наблюдение № 17. Больная Т., 22 лет, колхозница, поступила в отделение неврозов 3 августа 1963 г. с жалобами на навязчивый страх перед повешением, угнетенное настроение, «отобрало радость», плаксивость, плохой сон, пониженный аппетит.

В анамнезе: родилась в крестьянской семье, третьей по счету. Отца своего не помнит, т. к. он умер, когда больной был 1 год. Мать была спокойной, доброй, «работящей». Больная по характеру была крайне впечатлительной, робкой, застенчивой, трусливой, с детства боялась мертвецов. В 12-летнем возрасте сосед («психически больной») начал кричать, что «небо горит», и разбудил нашу больную. С тех пор боится туч и грозу. В школу пошла с 8 лет, успеваемость была низкой, т. к. много времени уделяла работе по дому. В связи с плохим материальным положением семьи вынуждена была бросить учебу в школе и начать работать в колхозе и дома. Была несколько замкнутой, малообщительной, часто ссорилась с подругами, после чего тяжело переживала. Старалась первой помириться даже в том случае, когда не была виноватой. Первое время работала дояркой в колхозе, затем выполняла разные работы. Любая непосильная работа сильно утомляла больную. В 17-летнем возрасте была изнасилована, после чего забеременела и вынуждена была сделать аборт. Очень тяжело перенесла эту травму и успокоилась только тогда, когда через 2 года вышла замуж. Но после аборта долго болела и любые трудности начала тяжело переживать. В работе начала уставать больше прежнего. В детстве перенесла корь. Менструации с 15 лет, регулярные, безболезненные. Замуж вышла в 19 лет.

140

шела три беременности, из которых две закончились абортом, а одна нормальными родами. Имеет дочь. Взаимоотношения с мужем хорошие. Половая жизнь с 17 лет вне брака. Либи́до появилось в 16 лет. Удовлетворение в половой жизни появилось вскоре после вступления в брак.

Считает себя больной с 17-летнего возраста, после того как была изнасилована. Длительное время было стыдно общаться с подругами, т. к. в селе все знали о случившемся. Настроение было подавленное, много плакала, плохо спала по ночам. Состояние ухудшилось, когда узнала, что беременна. После сделанного аборта усилилась общая слабость, отмечались страхи неопределенного характера, «всего боялась». Несколько успокоилась после того, как вышла замуж, и муж оказался очень хорошим человеком, Он хотя и знал, что больная была изнасилована до брака, никогда ее в этом не упрекал и не вспоминал. В июле 1963 г., то есть за месяц до поступления на стационарное лечение к нам в отделение, больная сделала аборт, во время которого была большая кровопотеря. Чувствовала себя очень слабой, с трудом справлялась с работой по дому. В начале июля 1963 г. одна знакомая рассказала больной, что повесилась молодая женщина. Больная испытала чувство страха неопределенного характера, который быстро забыла. Вечером того же дня, когда отошла ко сну и появилась легкая дремота, вспомнила о повешенной женщине и подумала, как чувствует себя человек, решивший кончить жизнь самоубийством. Представила себя повешенной, охватило чувство страха перед повешением. До утра не могла уснуть. Страх перед повешением заполнил сознание больной. Начала бояться одна оставаться дома в связи с тем, что может повеситься. Начала нагружать себя работой, чтобы меньше вспоминать о навязчивом страхе; присоединился страх перед кладбищем. Представляла себе, как она будет лежать на кладбище. Настроение снизилось, много плакала, плохо спала по ночам с кошмарными сновидениями. Амбулаторное лечение у невропатолога несколько улучшило состояние больной; она стала спокойней, но мысли о повешении не покидали больную и вызывали чувство страха. В таком состоянии больная направлена в отделение неврозов.

В психическом статусе: сознание ясное, ориентировка всех видов сохранена. В контакт вступает легко, на вопросы отвечает по существу. Расстройств психической деятельности не обнаруживает. Поведение в отделении формально правильное. Первое время ничем не занималась, много времени проводила в постели, плакала, мало общалась с больными. Демонстративна, первое время во время обхода старалась показать врачу, насколько она «тяжело» больна. Голову заматывала косынкой, много плакала, старалась подчеркнуть свое «тяжелое состояние». Жаловалась на навязчивый страх перед повешением. Плачет и рассказывает, как она пыта-

141

ется освободиться от страха, а страх от этого только усиливается. Сообщила, что временами появляется страх смерти, сопровождающийся представлениями о кладбище. Критически оценивает свое состояние. Умоляет врача, с некоторой театральностью, избавить ее от навязчивостей и от болезни в целом. Легко внушаема, быстро соглашается с врачом о том, что она будет здоровой, но через непродолжительное время начинает сомневаться в возможности выздоровления. Настроение в отделении колебалось от легкой депрессивности до выраженной депрессии. При проведении ассоциативного эксперимента обнаружено удлинение среднего латентного периода (2,4).

В соматоневрологическом статусе: среднего роста, правильного телосложения, умеренного питания. Внутренние органы без видимых отклонений от нормы. В анализах мочи и крови без патологии. Сахар крови до лечения — 96 мг%; в процессе лечения — 96 мг%; после лечения — 88 мг%. Признаков органического поражения центральной нервной системы нет.

Диагноз: истерия с навязчивостями.

За время пребывания больной в отделении ей было проведено медикаментозное, общеукрепляющее, водолечение и 25 сеансов наркогипно-анализа. Во время каждого сеанса больной внутривенно вводилось 4,0 см³ 10% раствора амиталя натрия и проводилось внушение по выработанной нами схеме с учетом характера заболевания и особенностей личности.

В стадии снижения активности и инициативы проводилось внушение, направленное на общее успокоение больной. В стадии эмоциональных сдвигов внушение способствовало подъему настроения и далее, в стадии оглушения, внушение было сосредоточено на уравнивании центральной нервной системы и на изменении отношения к навязчивостям и болезни в целом. Здесь важно подчеркнуть, что на этом этапе важнейшим во внушении врача является тот факт, что навязчивости, за всю длинную историю наблюдения за ними, никогда не реализовывались, то есть врач разъясняет больной, что у людей, у которых отмечались мысли о повешении, никогда этого не осуществляли. В заключение врач подчеркивал роль самовнушения и саморегуляции центральной нервной системы и соблюдения больной физкультурного режима для быстрого выздоровления. После этого больная погрузилась в состояние наркотического сна (4,0 см³). После первого сеанса наркогипноанализа больная спала один час. После пробуждения заявила, что

чувствует себя «совершенно здоровой». Настроение было хороши. К вечеру появились мысли о повешении, но они в меньшей степени раздражали больную и не вызывали прежнего стра-

142
^я Больная могла сравнительно легко отвлечься от них, ночь спала хорошо, утром проснулась в слегка подавленном настроении. После того как уви-ела возбужденного психического больного, вновь появились мысли о сумасшествии, а прежние мысли не волновали больную. Сомневалась относительно возможности своего выздоровления.

В дальнейшем в процессе проведения наркогипноанализа настроение колебалось, навязчивые страхи перед повешением сменялись страхами перед сумасшествием, но больная стала на них реагировать спокойнее. Спала по ночам хорошо, хотя иногда беспокоили кошмарные сновидения. Настроение в основном оставалось ровным, и у больной продолжала нарастать уверенность в выздоровлении.

Последующие сеансы были нацелены на полное угасание навязчиво-стей, на забвение их и всего периода болезни, на важность положительного самовнушения для полного и окончательного выздоровления.

После проведения одиннадцатого сеанса наркогипноанализа больная жаловалась на общую слабость. К вечеру появлялись редкие мысли о повешении, которые раздражали больную. Ночь спала хорошо, но отмечались кошмарные сновидения. Больная говорила о том, что чувствует себя более уверенно в том, что будет здоровой. «Смотрела на ветви деревьев, вспоминала о навязчивых мыслях, о том, что могла бы на ветке повеситься», но оставалась спокойной.

В последующих 12-14 сеансах состояние колебалось, отмечалось понижение настроения, редкие навязчивости о повешении раздражали больную, но оставалась уверенность в выздоровлении.

После пятнадцатого сеанса наркогипноанализа и до конца лечения состояние больной продолжало улучшаться. Настроение полностью выровнялось, стало более устойчивым. Мысли о сумасшествии не появлялись. Крайне редко вспоминала про мысли о повешении, но они не раздражали и не волновали больную. Нормализовался ночной сон, исчезли кошмарные сновидения. Уверенность в выздоровлении продолжала возрастать. В хорошем состоянии выписана домой.

Анализ описанных выше двух случаев истерии с навязчивостями позволяет нам сделать вывод о том, что у обеих больных в преморбиде выявлены черты астено-демонстративного характера. Обе больные в преморбиде отличались повышенной впечатлительностью, выраженной внушаемостью. У обеих больных в детстве отмечались те или иные страхи, вызванные различными психотравмирующими моментами.

Как в первом, так и во втором случае началу заболевания предшествовали тяжелые роды и аборт, сопровождающиеся кровотечением, а также ангина, которые способствовали значительному ослаблению организма.

143

У больной К. на фоне усиления астенизации организма незначительное волнение, вызванное кратковременным исчезновением молока при корм-лении ребенка (что явилось несомненной психической травмой), способствовало первоначально появлению неприятных ощущений в голове и возникло неопределенное чувство страха, который через несколько часов по механизму самовнушения приобрел конкретное содержание, то есть она начала опасаться, что сходит с ума, а в последующем боялась причинить своему ребенку какой-либо вред. Последнее опасение позже обрело конкретное содержание: «как бы не посадить своего ребенка на горячую печь».

У больной Т. также на фоне общей слабости, после полученного известия о том, что повесилась молодая женщина, появилось чувство страха неопределенного характера, позже обретшее определенное содержание, идентичное содержанию психотравмы, то есть появился страх перед повешением. У обеих больных заболевание было непродолжительным (от одного до трех месяцев).

Изучение динамики обратного развития заболевания под влиянием наркогипноанализа показало, что в процессе лечения первоначально начинают угасать навязчивые страхи в обратной последовательности их развития. Параллельно с их угасанием, под влиянием лечения начинает выравниваться настроение и укрепляться уверенность больных в их полном и окончательном выздоровлении. Отмеченные в конце проводимого лечения некоторые редкие навязчивости и соответствующие колебания настроения были обусловлены какими-либо внешними психотравмирующими переживаниями и высокой внушаемостью больных. Но они не имели существенного влияния на отношение больных к выздоровлению и на их благоприятную выписку

из больницы.

Мы наблюдали за большим числом больных, страдающих неврозами с навязчивостями в процессе психотерапевтического лечения, и имеем возможность сделать следующие выводы:

1. В процессе психотерапевтического воздействия на больных, страдающих неврозами с навязчивостями, как наркогипноанализа, так и гипноа-нализом выявляется динамика обратного развития навязчивостей, эмоционального фона, уверенности больных в выздоровлении;
2. Навязчивые состояния встречаются при всех существующих неврозах (неврастении, психастении, истерии и неврозе навязчивых состояний) и имеют свои специфические особенности;
3. На примере наркогипноанализа при всех клинических формах неврозов под влиянием терапии в первую очередь наступает постепенное угасание навязчивостей. У большинства больных последние начинают исчезать уже после проведения 2-3 сеансов. У больных с психастенией и

144
„еврастенией прежде всего начинали угасать навязчивые страхи, затем „язчивые мысли и, в последнюю очередь, навязчивые действия. К юнцу ясчения у большинства больных навязчивости угасали полностью, и толь-го в редких случаях выявлялись навязчивости, носившие кратковременный характер и не вызывавшие какого-либо раздражения у больных. Причинами их неполного угасания являлись долго сохраняющиеся в процессе течения неприятные ощущения в теле, которые мы трактовали как навязчивые ощущения (невроз навязчивых состояний, неврастения), неполная компенсация характерологических особенностей (психастения, неврастения) и различные, продолжающие действовать к концу лечения психотрав-мирующие факторы (истерия);

4. Перестройка эмоционального фона в процессе проводимого лечения происходила параллельно (истерия) или вслед за угасанием навязчивых симптомов (невроз навязчивых состояний, неврастения) или же некоторое время спустя после их угасания (психастения);
5. Перестройка отношения больных к болезни или рост их уверенности в выздоровлении в процессе проводимого лечения наступали в закрепляющем периоде терапии (то есть после 10-12 сеансов) (невроз навязчивых состояний, психастения, неврастения). У части из них они шли параллельно с угасанием навязчивостей и повышением общего эмоционального фона (истерия);
6. Количество сеансов наркогипноанализа, необходимых для достижения высокого терапевтического эффекта, варьировало от 18 до 30. Это было обусловлено, в основном, длительностью заболевания и продолжающимися в процессе лечения психотравмирующими переживаниями у некоторых больных;
7. У всех наблюдаемых нами больных неврозами с навязчивостями, независимо от продолжительности болезненного процесса и сложности его течения, мы достигали высокого психотерапевтического эффекта. Все они к концу лечения были полностью реабилитированы и могли продолжать работать;
8. Данные эффективности наркогипноанализа приведены в следующей таблице:
Эффективность наркогипноанализа больных неврозами с навязчивостями.
Как видно из приведенной выше таблицы, к концу проводимого наркогипноанализа у абсолютного большинства больных навязчивости полностью исчезли, настроение почти у всех больных выравнивалось и оставалось устойчивым. Более чем у половины больных появилась полная уверенность в выздоровлении, а у остальных она колебалась.

145

Резюмируя все вышеизложенное, мы можем с уверенностью констатировать, что наркогипноанализ больных неврозами с навязчивостями является высокоэффективным методом лечения.

Анализ динамики обратного развития неврозов с навязчивостями под влиянием наркогипноанализа показал, как под влиянием данной терапии происходит регресс навязчивостей в последовательности обратной их раз-витию, причем интенсивность их начинает ослабевать уже после проведения нескольких сеансов. Более стойкими оказываются единичные навязчивости (монофобии) у больных с неврозом навязчивых состояний.

Таблица № 4

№п/п	Симптомы болезни		Количество больных
1	Навязчивости	Исчезновение	57
		Значительное ослабление	17

		Всего	74
2	Настроение	Ровное	68
		Неустойчивое	5
		Пониженное	1
		Всего	47
3	Уверенность в выздоровлении	Полная	39
		Частичная	35
		Всего	74

Ослабление интенсивности и уменьшение частоты появления навязчивостей в процессе наркогипноанализа приводит к перестройке эмоционального фона. Прежнее тревожное настроение со всевозможными опасениями, сомнениями, неуверенностью в себе сменяется более спокойным и устойчивым настроением и большей уверенностью в возможность полного и окончательного выздоровления. Тенденция к самоанализу и бесконечной переработке своих болезненных ощущений сглаживается. Больные начинают проявлять возрастающий интерес к внешним сторонам жизни, легче адаптируются к продолжающим действовать психотравмирующим ситуациям. Все это способствует более положительному отношению больных к возможности быстрой своей адаптации к жизни. Прежнее чувство бесперспективности и безысходности сменяется чувством уверенности в себе и в выздоровлении. У тех больных, у которых под влиянием наркогипноанализа навязчивости полностью не исчезали и появлялись эпизодически под влиянием продолжающих действовать психогенных факторов, к концу лечения они

146

стали менее выраженными и носили кратковременный, преходящий характер- Это, по всей вероятности, обусловлено, с одной стороны, появлением более критического отношения больных к своему состоянию, а с другой стороны, влиянием положительного самовнушения, выработанного в процессе проведения наркогипноанализа.

Наркогипноанализ, являясь своеобразным комбинированным воздействием, с одной стороны, наркотического препарата, а с другой — словесного воздействия, оказывает на больного и его болезненное состояние двойное воздействие. Введение снотворных препаратов способствует усилению тормозного состояния в коре и подкорке, в том числе в области образования патодинамических структур в виде отрицательных условно-рефлекторных образований, поддерживающих и фиксирующих навязчивости. Проводимое психотерапевтическое воздействие на больного способствует образованию очагов возбуждения в коре головного мозга, которые по механизму внешнего торможения способствуют угасанию очагов застойного возбуждения и отрицательных условно-рефлекторных образований. Эти два механизма, по всей вероятности, и приводят к сложной перестройке в центральной нервной системе, способствующей освобождению больных от навязчивых проявлений болезни в целом.

Глава VII

Анализ клинико-экспериментальных данных и их значение для понимания патофизиологических механизмов неврозов с навязчивостями и особенностей наркогипноаналитического воздействия на них

Для выявления патофизиологических механизмов, лежащих в основе невроза с навязчивостями, и понимания роли наркогипноанализа в его лечении мы подвергли наших больных исследованию методом ассоциативного эксперимента. Полученный нами материал был математически обработан при помощи метода вариационной статистики.

Полученные нами данные показали, что до лечения у всех наших больных неврозом с навязчивыми состояниями выявлены удлинение среднего латентного периода ответных реакций, увеличенный процент повторных ответов, высокая истощаемость нервных процессов.

Это свидетельствует, с нашей точки зрения, об инертности нервных процессов, о наличии во второй сигнальной системе явлений отрицательной индукции и запредельного торможения.

Выраженность этих показателей варьировала при разных формах неврозов.

Данные латентного периода в ассоциативном эксперименте, полученные при исследовании больных неврозами с навязчивостями, обработаны, как мы уже указывали выше, при помощи метода вариационной статистики, представленные в таблице № 5.

Из приведенной ниже таблицы № 5 видно, что в процессе проводимого наркогипноанализа

происходит снижение среднего латентного периода \bar{x} у всех больных неврозами с навязчивостями. Полученные величины средних квадратичных отклонений можно считать вполне достоверными, так как уровень значимости при найденных значениях t — менее 0,01. Как же изменялись показатели ассоциативного эксперимента в процессе проводимого наркогипноанализа?

148

Таблица № 5 Средние величины латентного периода в ассоциативном эксперименте у больных неврозами с явлениями навязчивости до и после наркогипноанализа

№ п/п	Ста- ти- стиче- ские вели- чины	Формы неврозов и время исследования							
		Невроз навязчивых состояний		Психасте- ния		Неврастения		Истеричес- кие реакции	
		До лече- ния	Посл е лече- ния	До лече- ния	Посл е лече- ния	До лече- ния	После лече- ния	До лече- ния	Посл е лече- ния
1	\bar{x} в сек	2,9	1,8	3,7	2,2	2,4	1,5	3,1	1,6
2	G	1,145	0,551	2,126	1,068	0,226	0,223	1,261	0,453
3	t_x	0,205	0,103	0,604	0,305	0,0607	0,0607	0,505	0,202
4	Св°/ с	39,4	30,6	57,4	40,8	14,8	9,4	40,7	28,3
5	t	14,1	17,4	6,1	7,2	24,7	39,5	6,1	7,9
6	P	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01

Примечание:

\bar{x} — средняя арифметическая продолжительности латентного периода;

G — среднее квадратичное отклонение; t_x — средняя ошибка; С — коэффициент вариабельности;

t — нормированное отклонение; P — уровень значимости.

149

После внутривенного вливания 10% раствора амитала натрия (до 25 см³) в фазе оглушения показатели общего среднего латентного периода показатели ответных реакций и среднего латентного периода для аффе- тивно-значимых слов снижаются по сравнению с данными исследований до лечения. Все это, по нашему предположению, приводит к угасанию патодинамической структуры (отрицательного условно-рефлекторного механизма), лежащей в основе навязчивостей. Проводимые внушения на фоне неполного наркоза приводят к нормализации показателей общего среднего латентного периода ответных реакций обычных и аффективно-значимых слов, что соответствует угасанию отдельных навязчивостей у ряда больных.

У больных психастенией с навязчивостями к концу лечения средний латентный период ответных реакций значительно снизился, но он все же несколько превышал норму; средний латентный период для аффективно-значимых слов к концу лечения оставался высоким (3,0). Все это свидетельствует о том, что в процессе наркогипноанализа у больных психастенией с навязчивостями нет полного устранения всех патодинамических структур, лежащих в основе навязчивостей, очевидно, в связи с наличием у этой группы больных множества разнообразных навязчивостей.

Подтверждением этому мнению может служить появление в конце проводимого лечения у некоторых больных редких, т. н. «остаточных» навязчивостей, которые хотя и обнаруживаются, но теряют свою прежнюю актуальность.

Аналогичные данные мы получили при проведении ассоциативного эксперимента у больных, страдающих другими неврозами с навязчивостями.

Анализ процента повторений показал, что у больных как психастенией, так и неврастенией с

навязчивостями процент повторений постоянно уменьшался на протяжении всего лечения, что свидетельствовало о том, что под влиянием наркогипноанализа у этой группы больных наступало постепенное снижение инертности основных нервных процессов. То же происходило и в большинстве случаев при неврозе навязчивых состояний.

У больных истерией с навязчивыми состояниями к концу лечения процент повторений в одних случаях увеличивался, в других не изменялся, что говорит о стойкости явлений инертности основных нервных процессов при этом неврозе.

Данные изменения истощаемости в процессе лечения у больных невротами с навязчивостями показывают, что при психастении с навязчивостями и неврозе навязчивых состояний истощаемость снижается, что сви-

150

детельствует об увеличении силы раздражительного процесса, способствующей увеличению терапевтической эффективности.

У больных невротами и истерией с навязчивостями в процессе лечения отмечались нормализация и уменьшение явлений истощаемости.

Это указывает на уравнивание основных нервных процессов: тормозного и возбуждательного, что, с нашей точки зрения, имело значение для закрепления достигнутых результатов лечения.

Данные последовательного торможения и их динамика в процессе лечения говорят о стойкости и застревании патодинамической структуры. В отдельных случаях к концу лечения она полностью не исчезает, а лишь в значительной степени ослабевает.

Результаты сопоставления клинических данных с показателями ассоциативного эксперимента к концу проводимого лечения косвенно могут служить критерием эффективности наркогипноанализа.

Средний латентный период после проведенного наркогипноанализа исследовался у 41 больного (у 9 больных психастенией с навязчивостями, у 17 — невротом навязчивых состояний, у 10 — невротами с навязчивостями, и у 5 — истерией с навязчивостями). У 32 пациентов средний латентный период к концу лечения снизился до нормальной величины, что указывает на определенную нормализацию процессов в центральной нервной системе под влиянием лечения, то есть на высокую эффективность наркогипноанализа. Интересно отметить, что сохранение высоких и средних показателей латентного периода, после лечения, в большинстве своем сопутствовало стойкой зафиксированное™ навязчивых явлений. Приведем некоторые материалы, иллюстрирующие эти данные.

При проведении ассоциативного эксперимента подбирались 25 слов-раздражителей. Каждое пятое слово из них было аффективно-значимым, то есть имело прямое отношение к характеру навязчивостей больного. Ответные реакции фиксировались в процессе каждого ассоциативного эксперимента.

Было изучено 20 больных невротом навязчивых состояний, у которых проведено 84 ассоциативных эксперимента. Каждый больной подвергался исследованию не менее четырех раз. Анализ словесных отчетов, собранных у больных по окончании каждого ассоциативного эксперимента, показал правильное понимание поставленной перед ними задачи на период исследования; больные определили свое отношение к аффективно-значимым словам и к исследованию в целом.

151

Прежде всего хотелось бы отметить, что все без исключения больные спокойно относились к проводимому исследованию. Меньшая их часть (% больных) спокойно относилась к аффективно-значимым словам; большая часть больных (14) болезненно реагировало на аффективно-значимые слова в связи с тем, что они напоминали им о болезни, способствовали обострению навязчивостей, снижали настроение; только у одной больной слово «рак» не вызвало раздражения, а лишь затруднило больной подобрать ответное слово.

Сопоставление симптомов навязчивости и аффективно-значимых слов в середине лечения приведено в таблице № 6.

Таблица № 6

Сопоставление содержания навязчивых симптомов с аффективно-значимыми словами у больных невротом навязчивых состояний

№ п/п	Фамилия, инициалы, номер истории болезни	Навязчивос ти	Аффективно- значимые слова	Реакция на аффективно- значимые слова
1	2	3	4	5
1	А-ва В. В., 98543	Страх сумасшеств ия	Страх, сумасшествие, эпилепсия, психиатрия, поезд	Все слова связывала с заболеванием и особенно слово «поезд». «Если сойду с ума, то лягу под поезд»
2	Б-ай Н. Н., 98347	Страх смерти	Страх, болезнь, аппетит, настроение, больница	Особое раздражение вызвало слово «болезнь»
3	Б-ан Н. Д., 1198	Страх смерти	Сердце, болезнь, страх, смерть, больница	Никакие слова не волновали
4	В-ин И. П., 19	Страх смерти	Страх, смерть, сердце, больница, сосед	Слова «страх» и «смерть» волновали

152

ГТ	2	3	4	5
5	В-ев В. М., 310	Страх перед тем, как бы не дрожала правая рука	Рука, болезнь, дрожь, бессонница, конечность	Во время исследования постоянные мысли о руке
6	Р-ус Н. И., 739	Страх смерти	Страх, смерть, сердце, болезнь, больница	Слово «смерть» напоминало о болезни и волновало
7	Г-цВ.В., 98995	Агорафобия	Площадь, страх, расстояние, пустыня, болезнь	«Страх», «дорога», «расстояние» были неприятными и напоминали о болезни
8	Г-ва М. И. 98840	Канцерофоб ия	Страх, рак, болезнь, настроение, больница	Неприятное слово «больница». При слове «рак» не подумала о болезни
9	Д-ая А. Д., 98448	Страх смерти	Страх, сердце, сумасшествие, тревога, болезнь	Никакие слова не напоминали о болезни

10	К-ыйИ. С, 423	Страх смерти	Смерть, страх, пульс, больница, сумасшествие	Никакие слова не волновали и не напоминали о болезни
11	К-ик В. И., 467	Навязчивые желания оглядываться женщинам вслед	Женщина, страх, онанизм, больница, болезнь	Слова не раздражали и не напоминали о болезни
12	К-ик И. Д., 56	Страх смерти	Смерть, сердце, болезнь, страх, больница	Спокойно относился ко всем словам
1	2	3	4	5 ~~~1
13	К-ко Л. М., 186	Канцерофобия	Рак, настроение, опухоль, болезнь, страх	Трудно быжГ~ ответить на слова «рак», «опухоль». На слово «рак» спокойно прореагировал
14	М-ин В. М., 578	Страх смерти	Болезнь, страх, смерть, мертвец, больница	«Смерть», «страх», «мертвец» вызывали волнение
15	О-ко Т. Ж., 556	Страх смерти	Страх, здоровье, смерть, сердце, ночь	Слова не напоминали о болезни
16	С-ко Н. Я., 297	Сифилофобия	Страх, сифилис, жжение, гонорея, болезнь	Слова не раздражали и не напоминали о болезни
17	С-ов Е. Ф., 98994	Страх смерти	Страх, пространство, смерть, пустыня, болезнь	Слова не волновали
18	С-ко А. Д., 247	Страх перед повешением	Веревка, страх, болезнь, смерть, кровать	«Веревка» вызывала волнение и страх
19	Т-ев В. В., 646	Страх смерти	Страх, смерть, сердце, болезнь, больница	«Болезнь», «сердце», «больница» напоминали о болезни, но не раздражали
20	Х-кая К. А., 210	Страх сумасшествия	Страх, болезнь, сумасшествие, болезнь,	Все слова вызывали волнение

			психика	
--	--	--	---------	--

154

Как видно из приведенной таблицы, в середине лечения только у двух больных отдельные аффективно-значимые слова вызвали болезненную реакцию, проявляющуюся в обострении страха и снижения настроения; у двух больных аффективно-значимые слова напоминали о болезни, но раздражали их; у двух больных аффективно-значимые слова не вызывали затруднений в ответах. Остальные больные совершенно спокойно реагировали на все аффективно-значимые слова. После окончания курса наркопсихотерапии у 17 больных аффективно-значимые слова не вызывали каких-либо раздражений и не напоминали о болезни.

Клинически это совпадало с исчезновением к концу лечения у большинства больных навязчивостей или их значительным угасанием. Причем там, где навязчивости к концу лечения все же оставались, отношение к ним было совершенно спокойное.

Оценивая ответные реакции больных на слова-раздражители, мы констатировали, что подавляющее большинство ответных реакций у больных неврозом навязчивых состояний носило конкретно-образный характер. Редкие ответные реакции носили абстрактный характер, а некоторые были многословными, отказными, эхололическими, персевирующими и т. д.

Для иллюстрации приводим протоколы ассоциативного эксперимента больного С. до лечения, в середине лечения, и по окончании курса наркогипноанализа (история болезни приведена под № 1). Больной С, по характеру был впечатлительным, робким, застенчивым; в 17-летнем возрасте после ушиба головы боялся один оставаться дома. В годы войны жил на оккупированной территории, попав в облаву под арест и будучи под расстрелом, испытал сильный страх. Заболел четыре года тому назад после длительных семейных конфликтов; после известия, что повесился сосед, у него появился страх перед повешением. С тех пор под влиянием каких-либо переживаний возникал один и тот же страх перед повешением.

Диагноз; невроз навязчивых состояний.

До лечения, в середине лечения и по окончании курса лечения с больным был проведен ассоциативный эксперимент (№ 1,2,3).

155

Ассоциативный эксперимент № 1 больного С. до начала лечения

Средний латентный период ответных реакций 2,8. 28 июля 1962 года.

№ п/п	Слова-раздражители	Латентный период ответных реакций	Ответная реакция	Примечание
1	2	3	4	5 ~~~~
1	Стол	2,0	Табуретка	Сказал «стул»
2	Цветы	3,5	Трава	
3	Карандаш	2,0	Ручка	
4	Трамвай	1,8	Троллейбус	
5	Веревка	6,1	Пояс	Ну, веревка
6	Лампа	2,1	Лампочка	
7	Человек	2,1	Женщина	
8	Пианино	2,0	Баян	
9	Трава	6,1	Зерно	Трава, трава
10	Страх	3,0	Стихия	

11	Бритва	2,0	Помазок	
12	Чернила	2,0	Ручка	
13	Игрушка	3,0	Забава	
14	Велосипед	2,0	Мотоцикл	
15	Болезнь	3,0	Здоровье	
16	Дом	2,5	Сарай	
17	Завод	2,0	Фабрика	

156

1	2	3	4	5
18	Радио	1,8	Телевизор	
19	Линейка	6,0	Чернильница	
20	Смерть	2,5	Жизнь	
21	Магазины	3,0	Буфет	
22	Работа	3,0	Прогулка	
23	Телега	2,8	Сеялка	
24	Портрет	2,0	Плакат	
25	Кровать	2,0	Стул	

Словесный отчет: «Старался придумать слова как можно быстрее в ответ на названные слова. Когда нужно было ответить на слово «веревка», появился страх, снизилось настроение. Повторял это слово, подыскивая ответ».

Ассоциативный эксперимент №2 больного С. в середине лечения

Средний латентный период ответных реакций 1,9. 24 августа 1962 года.

№ п/п	Слова-раздражители	Латентный период ответных реакций	Ответная реакция	Примечание
1	2	3	4	5
1	Стол	1,0	Стул	
2	Цветы	1,2	Цветочник	
3	Карандаш	1,2	Ручка	
4	Трамвай	1,2	Троллейбус	
5	Веревка	2,1	Пояс	Тяжело вздохнул
6	Лампа	1,8	Лампочка	
7	Человек	1,5	Женщина	
8	Пианино	5,0	Баян	
9	Трава	3,0	Зерно	
10	Страх	5,0	Смелость	

11	Бритва	2,0	Помазок	
12	Чернила	1,8	Чернильница	
13	Игрушка	1,2	Ручка	
14	Велосипед	1,5	Мотоцикл	
15	Болезнь	1,2	Здоровье	
16	Дом	1,2	Сарай	
17	Завод	1,5	Фабрика	

158

1	2	3	4	5
18	Радио	1,8	Телевизор	
19	Линейка	1,8	Карандаш	
20	Смерть	2,0	Дождь	
21	Магазины	3,0	Ларек	
22	Работа	1,5	Отдых	
23	Телега	2,0	Сеялка	
24	Портрет	1,8	Рамочка	
25	Кровать	1,8	Кушетка	

Словесный отчет: «Чувствовал себя спокойно. На слово «пианино» трудно подобрать другое слово».

Ассоциативный эксперимент №3 больного С. после лечения.

Средний латентный период ответных реакций 1,6. 07 октября 1962 года.

№ п/п	Слова-раздражители	Латентный период ответных реакций	Ответная реакция	Примечание
1	2	3	4	5
1	Стол	1,0	Портфель	
2	Цветы	1,2	Цветочник	
3	Карандаш	1,2	Ручка	
4	Трамвай	1,2	Вешалка	
5	Веревка	6,1	Костюм	
6	Лампа	1,8	Стекло	
7	Человек	1,8	Окно	
8	Пианино	1,5	Зеркало	
9	Трава	1,0	Дверь	
10	Страх	1,8	Смелость	
11	Бритва	1,2	Помазок	
12	Чернила	1,8	Перо	

13	Игрушка	1,5	Цветочек	
14	Велосипед	1,5	Мотоцикл	
15	Болезнь	1,8	Здоровье	
16	Дом	1,5	Сарай	
17	Завод	1,5	Фабрика	
18	Радио	1,0	Телевизор	

160

1	2	3	4	5
19	Линейка	1,8	Чернильница	
20	Смерть	2,5	Жизнь	
21	Магазины	2,0	Продавец	
22	Работа	2,0	Отдых	
23	Телега	1,8	Сеялка	
24	Портрет	2,0	Плакат	
25	Кровать	2,0	Кушетка	

Словесный отчет: «Во время исследования других мыслей не было. Слово «веревка» вызвало некоторый страх, но значительно меньше первоначального».

Из протокола № 1 видно, что аффективно-значимыми словами у больного С. до лечения были: «веревка», «страх», «болезнь», «смерть», «кровать», которые в той или иной степени отражали содержание навязчивых страхов о повешении. В словесном отчете после ассоциативного эксперимента больной сообщил, что в то время, когда услышал слово «веревка», появился страх перед повешением, снизилось настроение.

Анализ ответных реакций на аффективно-значимое слово «веревка» у больного С. показал, что слово-раздражитель, содержание которого соответствует содержанию навязчивого страха о повешении, способствовало усилению страха и вызвало ответную реакцию в виде слова «пояс». Характер ответа носил конкретно-образное значение. Ответная реакция в виде слова «пояс» имела также несомненную связь с содержанием навязчивости и последовала после длительного латентного периода (6,1 — последовательное торможение). Все это говорит о том, что ассоциативный эксперимент позволяет говорить о возможности выявления патодинамической структуры (отрицательного условно-рефлекторного механизма), лежащей в основе навязчивости. На последующее слово «страх» больной ответил абстрактно — «стихия». Больной сравнивает свой страх с разбушевавшейся стихией, из которой он самостоятельно не может найти выхода. Последующие ответы больного на слова «болезнь», «смерть» словами «здоровье» и «жизнь» говорят о желании больного освободиться от своих навязчивостей и от болезни в целом.

6. Заказ №981.

161

И, наконец, в ответ на самое аффективно-значимое слово «кровать» которое, прежде всего, соответствует содержанию навязчивого страха, так как страх первоначально возник из-за боязни повеситься именно на кроватку, последовал ответ «стул». Это, с нашей точки зрения, можно трактовать как желание и путь больного избавиться от болезненного состояния (встать с постели и сесть на стул, где возможность реализовать свой страх перед повешением становится маловероятной).

Анализ проведенного в середине лечения ассоциативного эксперимента (№ 2) показал, что больной на слово «веревка» тяжело вздохнул и ответил тоже «пояс». Надо полагать, что воспоминания о навязчивостях все же продолжали его раздражать.

Последующие ответы больного на слова «страх» и «болезнь» словами «смелость» и «здоровье» свидетельствуют не только о возрастающем желании больного освободиться от отдельных навязчивостей и болезни в целом, но и об его укрепляющейся уверенности в этом.

Ответ больного на слово «кровать» словом «кушетка» интерпретирован как желание полного избавления от болезненного состояния.

В конце проводимого наркогипноанализа никаких навязчивостей у больного не отмечалось, настроение выровнялось, был уверен в возможности стать здоровым человеком. Стал активным, появилась потребность выписаться домой и приступить к работе. Временами плохо спал по ночам, но относился к этому спокойно.

Проведенный после окончания лечения ассоциативный эксперимент (№ 3) показал нормальный средний латентный период ответной реакции больного (1,6).

Во время словесного отчета больной объяснил, что слово «веревка» вызвало воспоминание о страхе, но сам страх не появился. По-видимому, в этот период патодинамические структуры еще не были полностью угашены. Это подтверждается несколько повышенным латентным периодом на отдельные аффективно-значимые слова («веревка» — 2,1, «смерть» — 2,5). В конце лечения словесный ответ на слово «веревка» существенно изменился, и больной назвал слово «костюм», что, несомненно, как и все последующие ответные реакции на аффективно-значимые слова, свидетельствует о стремлении больного к выздоровлению и выписке из больницы («сменить больничную пижаму на костюм и выйти на работу»).

Ассоциативному эксперименту было подвергнуто 11 больных психастенией с навязчивостями, которым было проведено 43 исследования. Анализ словесных отчетов, полученных у больных психастенией с навязчивостями по окончании каждого ассоциативного эксперимента, показал, 162

что больные правильно понимают поставленную перед ними задачу. У большинства больных наблюдалось в начале лечения некоторое напряжение, связанное с желанием поскорее подобрать слово в ответ на названное врачом; у некоторых больных возникли разные ассоциации. Одна больная заявила, что на все предложенные ей слова она хотела ответить одним и тем же словом «дверь», но сдержала себя, отвечала первым пришедшим к ней в голову словом.

У 6 больных психастенией с навязчивостями перед началом лечения аффективно-значимые слова напоминали о болезни и вызвали напряжение; у 5 больных — они напоминали о болезни, но отношение к ним было спокойное.

Сопоставление содержания навязчивостей и аффективно-значимых слов приведено в таблице № 7.

Таблица № 7

Сопоставление проявлений навязчивости с аффективно-значимыми словами у больных психастенией

№ п/п	Фамилия, инициалы, номер истории болезни	Навязчивости	Аффективно-значимые слова	Реакция на аффективно-значимые слова
1	2	3	4	5
1	Б-ун В. С, 120	Мысли о веселом парне; о покойниках; перешагнуть через порог левой ногой; страх перед грозой	Болезнь, мысли, действие, страх, гроза	Раздражали слова «гроза», «страх»
2	Б-аяР. Х., 243	Клаустрофобия. Не оставила ли где-нибудь хлорамин; не могу что-либо дать из своих рук	Вагон, ключи, страх, хлорамин, гора	Хотелось на все слова отвечать «дверь». Другие слова не раздражали

163

1	2	3	4	Т~~~~~i
---	---	---	---	---------

3	Г-нюк К. Л., 676	Мысли о сумасшествии; боязнь высоты; боязнь отплыть от берега; страшно оставаться одному дома	Сумасшествие, высота, берег, страх, болезнь	«Страх» ига1^ ~~ поминало о болезни; «су. масшествие» бросало в холодный пот
4	И-ва А. А., 39	Постоянное желание прислушиваться к шумам в ночное время; не могу представить предметы	Шорох, связь, страх, мысль, шляпа	Слова напоминали о болезни, но не волновали; не могла придумать слово «поезд»
5	К-ко О. Я., 257	Брезгливость, желание долго и часто мыть руки, боязнь прикосновения к людям	Брезгливость, рука, болезнь, нечистоты, мусор	Слова не волновали, но напоминали о болезни
6	И-ев В. Д., 98333	Страх перед игрой на скрипке, страх смерти, постоянные мысли о здоровье	Сердце, страх, концерт, жена, больница	«Сердце» вызвало воспоминание о болезни и волнение
7	Н-ов И. А., 391	Страх смерти; боязнь встретиться с кем-либо три раза, желание увидеть кого-либо, в поезде хочется выброситься из вагона, страх перед загрязнением	Страх, онанизм, заражение, смерть, удар	Слова напоминали о болезни, но не волновали
8	С-ов Э. П., 421	Какой последней была мысль до навязчивости; о чем думал, когда проходил мимо какого-то дома; не потерял ли носовой платок; закрыл ли дверь	Платок, дверь, боязнь, мысль, больница	Слова напоминали о болезни. Волновало слово «больница»

164

Г7	2	3	4	5
9	Т-ко Ю. К., 549	Мысли о том, что он лишний; правильно ли делаю свою работу	Страх, сомнение, смерть, мать, болезнь	Слово «смерть» волновало
10	Ш-ич Л. А., 130	Как бы во время беседы с кем-либо не сказать что-нибудь лишнее	Страх, болезнь, невроз, мысль, клиника	Слова напоминали о болезни

11	Щ-ов И. Ф., 641	Мысли о том, что все вокруг начинает вращаться; страх высоты, больницы	Страх, вращение, станок, высота, больница	«Вращение», «станок» волновали, «вызывали чувство страха»
----	-----------------	--	---	---

Как видно из таблицы, большинство больных психастенией с навязчивостями спокойно реагировали, за исключением одной, на аффективно-но-значимые слова.

Оценивая ответные реакции больных психастенией с навязчивостями, мы отметили, что они носили в основном конкретно-образный характер. Так, у больного Л., из 25 слов-раздражителей 22 ответных слова носили конкретно-образный характер. Кроме того, незначительный процент составили многословные, абстрактные, отказные, эхологические и др. ответы.

Приводим соотношение клинических данных с показателями ассоциативного эксперимента больного С. до, в середине и по окончании курса лечения. (История болезни № 4.)

Больной С. 25 лет, разнорабочий, по характеру был астено-мнительным, ко всему новому относился настороженно, во всем сомневался.

Заболел 6 лет назад, когда служил в рядах Советской Армии, находясь в тяжелых армейских условиях, потерял секретную карту; получал письма от родителей, которые постоянно упрекали его в том, что он забросил учебу в институте. Заболевание развилось постепенно. Вначале обострились характерологические особенности, усилилась мнительность, сомневался буквально во всем, постоянно контролировал свое поведение, поступки, хуже стал спать по ночам, снизилось настроение, тяжело стало справляться со службой в армии. Начали появляться разнообразные навязчивости: мучительно вспоминал, «какой была последняя мысль до появления навязчивости, о чем думал в тот момент и о чем думал, когда проходил мимо какого-то конкретного дома, постоянно возвращался в те

165

места, где вынимал носовой платок, и проверял, не выронил ли что-либо из кармана; возвращался домой и проверял, закрыл ли дверь, уходя на работу и т. д.» В таком состоянии поступил в отделение больницы им Мечникова.

До лечения, в середине лечения и по окончании курса лечения с больным был проведен ассоциативный эксперимент, протоколы которого приводятся в следующих таблицах.

Ассоциативный эксперимент № 1 больного С, до лечения.

Средний латентный период ответных реакций — 3,7. 8 мая 1962 года.

№ п/п	Слова-раздражители	Латентный период ответных реакций	Ответная реакция	Примечание
1	2	3	4	5
1	Стол	1,0	Портфель	
2	Цветы	1,2	Цветочник	
3	Карандаш	1,2	Ручка	
4	Трамвай	1,2	Вешалка	
5	Веревка	6,1	Костюм	
6	Лампа	1,8	Стекло	
7	Человек	1,8	Окно	
8	Пианино	1,5	Зеркало	
9	Трава	1,0	Дверь	
10	Страх	1,8	Смелость	
11	Бритва	1,2	Помазок	
12	Чернила	1,8	Перо	

13	Игрушка	1,5	Цветочек	
14	Велосипед	1,5	Мотоцикл	
15	Болезнь	1,8	Здоровье	

166

r~/	2	3	4	5
16	Дом	1,5	Сарай	
17	Завод	1,5	Фабрика	
18	Радио	1,0	Телевизор	
19	Линейка	1,8	Чернильница	
20	Смерть	2,5	Жизнь	
21	Магазины	2,0	Продавец	
22	Работа	2,0	Отдых	
23	Телега	1,8	Сеялка	
24	Портрет	2,0	Плакат	
25	Кровать	2,0	Кушетка	

Словесный отчет: правильно понял смысл исследования. Заявил: «В ответ на некоторые слова в голове появлялось несколько слов, реже ни одного слова в голове не было. На слово «зеркало» не мог придумать слова. Многие слова напоминали о болезни и прежде всего слово «больница».

Ассоциативный эксперимент № 2 больного С-ва Э. П., в середине» лечения.

Средний латентный период ответных реакций — 2,0. 18 мая 1962 года.

№ n/n	Слова- раздражи тели	Латентный период ответных реакций	Ответная реакция	Примечание
1	Стол	1,8	Стул	
2	Береза	1,8	Роща	
3	Самолет	1,2	Аэродром	
4	Зеркало	2,8	Парикмахерска я	
5	Платок	1,8	Голова	
6	Цветы	1,6	Сад	
7	Пианино	3,2	Концерт	
8	Яблоко	2,8	Базар	
9	Сани	3,5	Лошадь	
10	Страх	2,2	Трус	
11	Ложка	1,8	Вилка	
12	Вода	1,5	Река	
13	Дорога	2,5	Шоссе	
14	Книга	1,8	Тетрадь	
15	Болезнь	1,5	Врач	
16	Портрет	2,5	Скульптура	
17	Пальто	1,2	Шляпа	
18	Молоток	1,1	Гвоздь	
19	Школа	1,1	Учитель	
20	Мысль	1,8	Голова	
21	Магазин	1,5	Продавец	
22	Поезд	2,8	Проводник	

23	Воробей	1,6	Соловей	
24	Небо	1,8	Самолет	
25	Больница	2,8	Врач	

Словесный отчет: должен был быстро отвечать на вопросы. Чувствовал себя напряженно, но никакие слова не вызывали раздражение.

168

Ассоциативный эксперимент №3 больного С-ова Э. П., в конце лечения-

Средний латентный период ответных реакций — 1,5.

№ п/п	Слова-раздражители	Латентный период ответных реакций	Ответная реакция	Примечание
1	Стол	1,0	Стул	
2	Береза	1,5	Клен	
3	Самолет	1,1	Летчик	
4	Зеркало	2,6	Одеколон	
5	Платок	1,2	Нос	
6	Цветы	2,1	Сад	
7	Пианино	1,1	Рояль	
8	Яблоко	1,5	Дерево	
9	Сани	1,8	Лошади	
10	Страх	1,2	Трус	
11	Ложка	3,5	Вилка	
12	Вода	1,1	Лед	
13	Дорога	1,9	Автомобиль	
14	Книга	1,0	Библиотека	
15	Болезнь	1,0	Врач	
16	Портрет	1,8	Художник	
17	Пальто	1,0	Шляпа	
18	Молоток	1,1	Гвоздь	
19	Школа	1,0	Учитель	
20	Мысль	1,9	Голова	
21	Магазин	1,0	Продавец	
22	Поезд	1,5	Проводник	
23	Воробей	1,5	Соловей	
24	Небо	1,5	Самолет	
25	Больница	1,8	Аптека	

Словесный отчет: «В ответ на многие слова в голове кроме тех слов, которые я называл, рождались и другие слова. Никакие слова не раздражали меня».

169

Из протокола ассоциативного эксперимента, проведенного до начал наркогипноанализа, видно, что аффективно-значимыми словами для боль ного были «платок», «страх», «болезнь», «мысль», «больница», которы соответствовали содержанию его навязчивостей. В словесном отчете он сообщил, что слова-раздражители напоминали о болезни, но не способствовали обострению навязчивостей. Только слово «больница» вызывало усиление навязчивостей.

Анализ ответных реакций больных на аффективно-значимые слова также говорит об их соответствии характеру навязчивостей. На слово «платок» больной ответил словом «нос», что соответствует содержанию страха больного о том, как бы не выронить носовой платок. Ответная реакция носила конкретно-образный характер. На слово «страх» больной ответил словом «трус», что говорит о том, что только у труса могут возникнуть страхи. На слово «мысль» — словом «голова», что свидетельствует о понимании больным сущности навязчивостей и его критическом отношении к ним. На слово «больница» больной ответил одним и тем же словом «врач», что также

соответствует содержанию навязчивостей и желанию больного освободиться от них и болезни в целом.

Высокий средний латентный период, обнаруженный у больного до лечения, свидетельствует о выраженности навязчивостей.

В середине курса проводимого наркогипноанализа был проведен повторный ассоциативный эксперимент. Из таблицы явствует, что больной под влиянием терапии стал более собранным, «улучшилось внимание», нормализовался сон. Очень редко появлялось желание оглянуться, выходя из туалетной комнаты, и проверить, не оставил ли что-либо там, и даже если это желание задерживалось, оно не вызывало волнения. Проведенный ассоциативный эксперимент показал укорочение среднего латентного периода до нормального (2,0). Ответные реакции в ассоциативном эксперименте носили в основном такой же конкретно-образный характер и были выражены теми же словами, что и перед началом лечения. Исключением явилось слово «платок», на которое больной ответил не прежним словом «нос», а новым словом «голова», что свидетельствует об ослаблении навязчивостей. Подтверждением последнего служит словесный отчет больного после проведенного ассоциативного эксперимента, в котором он сообщил, что никакие слова в эксперименте не раздражали его и не напоминали о болезни.

После лечения ассоциативный эксперимент проводился в состоянии хорошего настроения, полного исчезновения навязчивых мыслей, редких навязчивых действий, легко преодолеваемых больным, укрепившейся уверенности в выздоровлении и в том, что сможет работать. Эксперимент 170

показал, что после лечения средний латентный период стал нормальным (1,6). Причем латентный период был нормальным для каждого аффективно-значимого слова, что соответствовало почти полному угасанию всех навязчивостей.

Ответные реакции на аффективно-значимые слова больного соответствовали первоначальным ответным реакциям, за исключением последнего слова «больница», больной ответил вместо прежнего ответа «врач» словом «аптека». В своем словесном отчете после проведенного ассоциативного эксперимента больной это объяснил возросшей его уверенностью в выздоровлении, «надеюсь на себя, но не без помощи аптеки».

Больным неврастением с навязчивостями, которых было 11, проведено 52 ассоциативных эксперимента до, в середине и конце лечения.

Таблица № 8

Сопоставление навязчивостей с аффективно-значимыми словами у больных неврастением с навязчивостями

№ п/п	Фамилия, инициалы, номер истории болезни	Навязчивости	Аффективно-значимые слова	Реакция на аффективно-значимые слова
1	2	3	4	5
1	А-ев П. Н., 1235	Страх сумасшествия, постоянные мысли о болезни, страшно говорить с собеседником	Волнение, страх, сумасшествие, болезнь, больница	«Сумасшествие вызвало волнение, потому что считаю себя больным»
2	Г-ар Д. Ф., 176	Как бы не упасть в колодец, страх острых предметов, страх перед повешением	Колодец, страх, веревка, бритва, высота	«Бритва», «веревка», «колодец» вызвали большое напряжение

3	Д-ко В. М., 731	Страх смерти, мысли о том, что лопнет сердце, боязнь ездить транспортом	Страх, сердце, смерть, пустырь, больница	«Сердце» и «смерть» напоминали о болезни, но не раздражали
---	--------------------	---	--	--

171

1	2	3	4	5 ' "1
4	К-ов Н. М., 794	Страх смерти, боязнь где- нибудь упасть при ходьбе	Ходьба, страх, головокруже ние, падение, болезнь	Никакие слова~~ не раздражали
5	Ку-ко С. С, 308	Страх смерти, страх перед воспалением мозга и опухолью	Страх, опухоль, здоровье, аппендицит, тромбоз	«Опухоль» взволновало, на слове «тромбоз» вспомнил о тромбофлебите
6	М-ая Е. А., 39	Страх сумасшествия, страх смерти	Страх, сумасшестви е, смерть, сердце, больница	«Страх», «сумасшествие » вызывали волнения
7	О-юк В. Г., 98370	Страх смерти, боязнь одной оставаться дома, что-то случится с сердцем	Инфаркт, сердце, страх, болезнь, больница	«Сердце», «инфаркт» — не знал, чем ответить, но был спокоен
8	П-ов Н.А., 615	Боязнь огня, осколков стекла, боязнь загрязнения	Огонь, стекло, страх, острие, окурок	Никакие слова не напоминали о болезни и не раздражали
9	С-ый И. С, 893	Как бы не дрожали руки, навязчивые мигания	Веки, мигания, дрожь, руки, болезнь	Никакие слова не напоминали о болезни
10	Х-ко Е. Д, 730	Страх смерти, постоянные мысли о здоровье	Страх, смерть, болезнь, врач, больница	Никакие слова не напоминали о болезни
11	Ш-ха М. Т., 98429	Страх сумасшествия, постоянные мысли о здоровье	Боль, страх, сумасшестви е, брат, больница	«Сумасшествие » — стало неприятно

Большинство больных, приведенных в таблице, спокойно относилось к эксперименту. Только двое из них отмечали у себя легкое волнение. Один объяснял волнение тем, что аффективно-значимые слова обостряли навязчивости и снижали настроение, другой не мог объяснить причину волнения. Во время проведения ассоциативного эксперимента до начала лечения шесть пациентов болезненно реагировали на аффективно-значимые

172

слова; четыре относились к ним спокойно; а один больной отметил, что аффективно-значимые слова хотя и напоминали ему о болезни, но не вызывали обострения навязчивостей.

Из таблицы видно, что уже в середине лечения только у двух больных в период проведения ассоциативного эксперимента в словесном отчете отмечалось болезненное реагирование на

аффективно-значимые слова, а один больной отметил, что аффективно-значимые слова лишь напоминали о болезни, но не раздражали его. Остальные больные совершенно спокойно реагировали на аффективно-значимые слова. После окончания курса наркогипноанализа у большинства больных аффективно-значимые слова не вызывали какого-либо раздражения и даже не напоминали о болезни.

Полученные нами данные ассоциативного эксперимента соответствовали клинической картине заболевания и отражали позитивную обратную динамику болезненного процесса. Так, только у двух наших больных неврастенией с навязчивостями к концу лечения еще отмечались редкие навязчивости, но отношение к ним оставалось совершенно спокойным. У остальных больных неврастенией с навязчивостями никаких навязчивостей к концу лечения не оставалось.

Оценивая характер ответных реакций больных в эксперименте, мы отметили, что в подавляющем большинстве реакции носили конкретно-образный характер на протяжении всего курса лечения. Лишь незначительное число ответных реакций больных неврастенией с навязчивостями носило абстрактный характер. В редких случаях в эксперименте встречались ответные реакции: многословные, эхологические, отказные.

Для иллюстрации приводим протоколы ассоциативного эксперимента больной Ш. до лечения.

Наблюдение № 11. Больная Ш. по характеру спокойная, уравновешенная, робкая, застенчивая, смелая. Каких-либо страхов в детстве не испытывала. Заболела семь месяцев назад после длительных переживаний, связанных с делами у мужа на работе: родной брат мужа больной написал на него донос. Заболевание развивалось постепенно. Появилась раздражительность, быстро уставала, плохо спала по ночам. Позже, после перенесенного гепатохолестистита, усилилась общая слабость, начала задумываться над своим здоровьем. Вначале появились навязчивые мысли о раке, затем о туберкулезе, которые сменяли друг друга. Перед поступлением в больницу появились мысли о сумасшествии.

Были проведены ассоциативные эксперименты до, в середине лечения и после проведенного наркогипноанализа и их результаты приведены ниже.

173

Ассоциативный эксперимент больной Ш.-хи начала до сеансов когипноанализа.

Средний латентный период ответных реакций—3,7. 20 февраля 1963 года.

№ п/п	Слова-раздражители	Латентный период ответных реакций	Ответная реакция	Примечание
1	2	3	4	5
1	Стол	1,2	Скатерть	
2	Береза	8,6	Не приходит в голову	
3	Самолет	U	Вертолет	
4	Зеркало	8,1	Тумба	
5	Боль	8,2	Не знаю	Качает головой
6	Цветы	7,2	Дерево	
7	Пианино	1,6	Рояль	
8	Яблоко	1,4	Фрукты	
9	Сани	1,9	Воз	
10	Страх	4,9	Это я не знаю	
11	Ложка	1,9	Миска	
12	Вода	6,1	Жидкость	
13	Дорога	8,9	Не знаю	
14	Книга	1,6	Тетради	
15	Сумасшествие	3,5	Не знаю	
16	Портрет	2,6	Картина	■
17	Пальто	1,9	Шуба	
18	Молоток	1,5	Гвоздь	
19	Школа	1,8	Класс	

20	Больница	2,2	Лагерь	
21	Магазин	1,9	Учреждение	
22	Поезд	5,9	Машина	
23	Воробей	1,5	Птица	
24	Небо	1,9	Воздух	
25	Брат	1,5	Сестра	

Словесный отчет: «Думала о том, чтобы правильно отвечать. При слове «сумасшествие» стало неприятно, снизилось настроение».

174

До начала исследования больная была крайне раздражительна, отмечалось подавленное настроение, возникали навязчивые мысли о сумасшествии, высказывала жалобы на неприятные ощущения в различных частях тела.

Из приведенного примера ассоциативного эксперимента до лечения видно, что больной были подобраны следующие аффективно-значимые слова: «боль», «страх», «сумасшествие», «больница», «брат», которые соответствовали и психотравмирующей ситуации и содержанию навязчи-востей. В словесном отчете после проведенного исследования больная сообщила, что слово «сумасшествие» вызвало снижение настроения (стало неприятно, тоскливо).

На три аффективно-значимых слова больная ответила отказной реакцией («не знаю»). На аффективно-значимое слово «больница» ответила словом «лагерь», что может быть объяснено не разрешившейся психотравмирующей ситуацией у мужа, заключающейся в том, что его могут осудить и отправить в лагерь для заключенных.

В середине лечения больная стала несколько спокойнее, выровнялось настроение, исчезли навязчивости. Начала больше общаться с людьми, включилась в трудовые процессы. Ощущения в теле значительно ослабли, и больная спокойнее на них реагировала. По ночам спала хорошо.

Ассоциативный эксперимент больной Ш-хи в середине лечения.

Средний латентный период ответных реакций—1,8. 6 марта 1963 года.

№ n/n	лова- раздражит ели	Латентный период ответных реакций	Ответная реакция	Примечание
1	Стол	U	Стул	' "
2	Береза	1,2	Дерево	
3	Самолет	2,9	Машина	
4	Зеркало	2,0	Трюмо	Тоже зеркало
5	Боль	1,2	Мысль	О боли
6	Цветы	2,5	Растения	
7	Пианино	1,9	Рояль	
8	Яблоко	1,6	Вишня	
9	Сани	1,5	Воз	
10	Страх	3,8	Мысль	
11	Ложка	1,9	Тарелка	
12	Вода	1,9	Жидкость	
13	Дорога	2,2	Асфальт	
14	Книга	1,2	Тетрадь	
15	Сумасшеств ие	4,0	Думка	Не знаю, как объяснить
16	Портрет	1,5	Картина	
17	Пальто	2,2	Жакет	
18	Молоток	1,5	Гвоздь	
19	Школа	1,1	Класс	
20	Больница	2,0	Здание	
21	Магазин	2,2	Дом	
22	Поезд	1,1	Машина	

23	Воробей	1,1	Птичка	
24	Небо	1,5	Облако	
25	Брат	1,1	Сестра	,

Словесный отчет: «Ко всем словам спокойно относилась». 176

Эксперимент выявил укорочение среднего латентного периода (1,8) по сравнению с первоначальным (3,7), что говорит об эффективности прочимого лечения, способствующего ослаблению инертности основных нервных процессов и одновременному исчезновению навязчивостей. Так, на слово «боль» больная ответила словом «мысль», но вскоре добавила к этому слову «о боли»; это свидетельствовало о том, что больная продолжала вспоминать об ощущениях в теле и о болезни в целом.

В словесном отчете больная отметила, что на все слова врача реагировала спокойно.

В конце проводимого лечения больная стала спокойной, настроение несколько колебалось в связи с появляющимися еще редкими неприятными ощущениями в теле. Навязчивостей не отмечалось. Однажды прочитала где-то вывеску, где было слово «туберкулез», мысли о туберкулезе на непродолжительное время задержались в сознании больной, но затем забыла о них и успокоилась. Значительно улучшился аппетит, стала активнее. Муж был реабилитирован, что способствовало улучшению состояния.

Проведенный в конце лечения ассоциативный эксперимент показал нормальный средний латентный период (1,3).

Ассоциативный эксперимент больной Ш-хи после лечения

Средний латентный период ответных реакций — 1,3. 18 марта 1963 года.

<i>№п/п</i>	<i>Слова-раздражители</i>	<i>Латентный период ответных реакций</i>	<i>Ответная реакция</i>	<i>Примечание</i>
1	2	3	4	5
1	Стол	1,8	Шкаф	
2	Береза	1,2	Дерево	
3	Самолет	1,9	Вертолет	
4	Зеркало	1,2	Трюмо	
5	Боль	1,5	Болезнь	
6	Цветы	1,2	Растение	
7	Пианино	1,1	Рояль	
8	Яблоко	1,2	Дерево	
9	Сани	1,3	Телега	
10	Страх	1,9	Мысль	
11	Ложка	1,5	Тарелка	
12	Вода	1,1	Жидкость	
13	Дорога	1,8	Асфальт	
14	Книга	1,5	Тетрадь	
15	Сумасшествие	1,3	Болезнь	
16	Портрет	1,2	Картина	
17	Пальто	1,2	Жакет	
18	Молоток	1,0	Гвоздь	
19	Школа	1,0	Класс	
20	Больница	1,1	Здание	
21	Магазин	1,5	Дом	

22	Поезд	1,1	Машина	
178				
1	2	3	4	5
23	Воробей	1,1	Птица	
24	Небо	1,0	Облако	
25	Брат	1,1	Сестра ----- ---	

Словесный отчет: «Никакие слова не волновали».

Как явствует из данного ассоциативного эксперимента, в словесном отчете больная заявила, что волновавшие ее ранее слова перестали ее раздражать. Это обстоятельство соответствует исчезновению к тому времени навязчивостей. Ответные реакции больной в конце лечения носят, как видно из ассоциативного эксперимента, конкретно-образный характер, что говорит о затухании не только навязчивостей, но и основных симптомов неврастении. Ответ на аффективно-значимые слова «боль», «страх», «сумасшествие» словами «болезнь», «мысль», «болезнь» можно с известной долей очевидности связать с нарастающим критическим отношением больной к своему состоянию, желанием и возможностью больной управлять собой и тем самым способствовать подавлению навязчивости.

Для шести больных истерией с навязчивостями было проведено до лечения, в середине лечения и по окончании лечения 23 ассоциативных эксперимента.

Анализируя словесные отчеты больных, полученные путем их опроса по окончании каждого исследования, мы пришли к выводу о том, что они отражают правильное понимание поставленной перед больными задачи. Полученные до начала лечения словесные отчеты после проведенного ассоциативного эксперимента отражали напряженное отношение со стороны больных к проводимому исследованию. У всех больных истерией с навязчивостями отмечена крайне болезненная реакция на аффективно-значимые слова. У некоторых из них отмечены легкое волнение и при назывании даже индифферентных слов, затрудненные их ответы. Так, у некоторых больных индифферентные слова «самолет», «молоток», «небо», которые явно не были связаны с содержанием навязчивостей, вызывали затруднения в ответах.

Сопоставления навязчивостей и аффективно-значимых слов у больных с истерией с навязчивостями приведены в следующей таблице № 9.

179

Таблица Л&

<i>n/n</i>	<i>Фамилия, инициалы, номер истории болезни</i>	<i>Навязчивости</i>	<i>Аффективно-значимые слова</i>	<i>Реакция на аффективно-значимые слова</i>
1	Г-ва Е.В., 658	Страх перед ночными дежурствами, «что-то должно случиться», страх переходить улицу	Страх, дежурство, болезнь, работа, больница	«Дежурство»^ «работа», «больница» были неприятны
2	К-ва В.Н., 654	Страх сумасшествия, «как бы ребенка не посадить на горячую печь»	Болезнь, страх, ребенок, сумасшествие, шляпа	На слово «молоток» появилась напряженность

3	К-кая А.А., 98482	Страх смерти, боязнь выходить по вечерам на улицу одной	Смерть, сердце, темнота, страх, болезнь	Никакие слова не вызывали раздражение
4	М-ра З.Ф., 767	Страх смерти, «должна умереть от гипертонической болезни»	Страх, смерть, сердце, болезнь, гипертония	Слова «страх», «смерть», «гипертония» вызывали воспоминания о болезни
5	П-ус Н.А., 44	Должно что-то случиться, «мысли о том, что я странная»	Тревога, странности, голова, страх, болезнь	Слова не напоминали о болезни
6	Т-нь А.А., 751	Страх перед повешением, страх сумасшествия	Страх, мертвец, смерть, веревка, повешение	Не могла придумать ответ на слова: «небо» и «молоток». Никакие слова не напоминали о болезни

180

Как явствует из таблицы, в середине проводимого лечения наркогипноанализом в этой группе только один пациент болезненно реагировал на аффективно-значимые слова, но в меньшей степени, чем до начала лечения. Другой больной испытывал затруднение в подборе ответного слова к слову «ложка», но объяснить, почему это произошло, не мог. Остальные больные спокойно реагировали на все аффективно-значимые слова. И только у одного больного слово «смерть» вызвало незначительное снижение настроения.

В конце лечения показатели ассоциативного эксперимента у больных истерией с навязчивостями показали, что отношение всех больных ко всем словам, и индифферентным и аффективно-значимым, было совершенно спокойным, что, несомненно, отражало высокую терапевтическую эффективность наркогипноанализа этой группы больных.

Оценивая ответные реакции больных истерией с навязчивостями в ассоциативном эксперименте на протяжении всего курса лечения методом наркогипноанализа, мы нашли, что подавляющее большинство ответных реакций у этих больных носили конкретно-образный характер. В ряде случаев ответы были многословными, персевирующими, эхологическими и отказными, что соответствовало высокой инертности основных нервных процессов.

Для иллюстрации приводим протоколы ассоциативного эксперимента больной Т.

Больная Т., по характеру впечатлительная, вспыльчивая, робкая, застенчивая. С детства боялась мертвецов; как-то в возрасте 12 лет ее разбудил на рассвете крик психически больного: «Горит небо». С тех пор больная начала бояться туч, грозы, стала трусливой.

Заболела за месяц до поступления в больницу. Накануне сделала аборт с потерей большого количества крови. Почувствовала себя очень слабой. Вскоре на работе сообщили, что повесилась молодая сослуживица. Много думала об этом случае, но затем забыла о нем. Однажды вечером, в период засыпания, внезапно появилась мысль о том, как бы и ей не повеситься. Испытала сильное чувство страха перед повешением. С тех пор не может освободиться от этой навязчивости.

Наоборот, чем больше пытается освободиться от этого навязчивого страха, тем в большей степени он усиливается. Последнее время снизилось настроение, много плакала, ухудшился сон и аппетит. Потеряла уверенность в выздоровлении. В таком состоянии была помещена в отделение неврозов.

Диагноз: истерия с навязчивостями.

Ассоциативный эксперимент больной был проведен до, в середине, и в конце проводимого наркогипноанализа.

181

Ассоциативный эксперимент больной Т. до начала лечения.

Средний латентный период ответных реакций—2,9. 7 августа 1963 года.

№ n/n	Слова- раздражител и	Латентный период ответных реакций	Ответная реакция	Примечание
1	2	3	4	5
1	Стол	1,6	Столяр	
2	Береза	3,0	Доска	
3	Самолет	2,2	Машина	
4	Зеркало	2,5	Стекло	
5	Страх	2,5	Внушение	
6	Цветы	1,9	Радость	
7	Пианино	2,6	Музыка	
8	Яблоко	2,1	Фрукты	
9	Сани	1,5	Подвода	
10	Мертвец	5,6	Мертвец	Боюсь его
11	Ложка	4,5	Еда	
12	Вода	2,0	Пить	
13	Дорога	1,8	Путь	
14	Книга	2,2	Читать	
15	Смерть	2,9	Врач	
16	Портрет	9,9	Не могу ответить	
17	Пальто	1,9	Одежда	
18	Молоток	2,3	Забивать	
19	Школа	1,2	Учеба	

182

1	2	3	4	5
20	Веревка	4,5	Хозяйство	
21	Магазин	1,5	Продукция	
22	Поезд	5,2	Машина	
23	Воробей	1,9	Птица	
24	Небо	9,0	Не могу придумать	
25	Повешение	2,1	Вред	

Словесный отчет: «Стояла передо мной задача ответить на слова (имена существительные) другими словами (именами существительными). Не могла на слово «небо» и слово «портрет» придумать какое-либо слово. Никакие слова не напоминали о болезни».

183

Ассоциативный эксперимент больной Т. в середине лечения.

Средний латентный период ответных реакций — 1,5. 20 августа 1963 года.

№ п/п	Слова- раздражители	Латентный период ответных реакций	Ответная реакция	Примечание
1	2	3	4	5
1	Стол	1,5	Стул	
2	Береза	1,1	Вербa	
3	Самолет	2,2	Машина	
4	Зеркало	2,5	Стекло	
5	Страх	1,2	Вред	
6	Цветы	1,3	Радость	
7	Пианино	1,2	Музыка	
8	Яблоко	1,2	Фрукты	
9	Сани	2,0	Машина	
10	Мертвец	2,2	Вред	
11	Ложка	1,2	Не могу	
12	Вода	1,1	Пить	
13	Дорога	1,0	Путь	
14	Книга	1,6	Портрет	
15	Смерть	1,5	Вред	
16	Портрет	2,0	Картина	
17	Пальто	1,5	Одежда	
18	Молоток	4,5	Топор	
19	Школа	1,1	Ученик	
/	2	3	4	5
20	Веревка	1,5	Вред	
21	Магазин	1,1	Продукция	
22	Поезд	2,2	Машина	
23	Воробей	1,0	Птица	
24	Небо	1,2	Облако	
25	Повешение	1,5	Вред	

Словесный отчет: «На слово «ложка» не могла придумать слова, почему не знаю. Остальные слова не вызывали раздражения».

Ассоциативный эксперимент больной Т. после лечения.

Средний латентный период ответных реакций — 1,2. 5 сентября 1963 года.

№ п/п	Слова- раздражители	Латентный период ответных реакций	Ответная реакция	Примечание
1	2	3	4	5
1	Стол	1,0	Стул	

2	Береза	1,0	Верба	
3	Самолет	1,2	Машина	
4	Зеркало	1,1	Стекло	
5	Страх	1,1	Вред	
6	Цветы	1,1	Радость	
7	Пианино	1,2	Музыка	
8	Яблоко	1,3	Фрукты	
9	Сани	1,1	Подвода	
10	Мертвец	1,2	Вред	
11	Ложка	1,3	Вилка	
12	Вода	2,0	Не знаю	
13	Дорога	1,4	Путь	
14	Книга	1,1	Читать	
15	Смерть	1,2	Вред	
16	Портрет	1,0	Картина	
17	Пальто	1,2	Костюм	
18	Молоток	1,5	Топор	
19	Школа	1,0	Ученик	
20	Веревка	1,3	Проволока	
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
21	Магазин	1,5	Продукты	
22	Поезд	1,5	Машина	
23	Воробей	1,1	Птица	
24	Небо	1,0	Облако	
25	Повешение	1,2	Вред	

Словесный отчет: «Никакие слова не раздражали. Хотелось как можно лучше ответить». До начала лечения у больной было подавленное настроение, выраженный страх перед повешением, а иногда проскальзывали мысли о сумасшествии (возникавшие по механизму самовнушения в связи с тем, что рядом находились психические больные). Не верила в выздоровление, плохо ела и спала.

Как явствует из таблицы, средний латентный период ответных реакций до лечения был значительно удлинен (2,9). В словесном отчете больная сообщила, что никакие слова не напоминали о болезни, что свидетельствовало о высокой стойкости и глубине инертности основных нервных процессов.

До лечения на подобранные аффективно-значимые слова «страх», «мертвец», «смерть», «веревка», «повешение», которые явно отражали содержание навязчивостей, больная, как мы уже говорили выше, реагировала спокойно. В словесном отчете не могла объяснить, почему на индифферентные слова «небо» и «молоток» не могла придумать какого-либо слова. Сообщила, что до лечения в эксперименте на первое аффективно-значимое слово «страх» ответила словом «внушение» потому, что осознала, что если страх ее связан с механизмом самовнушения (разъяснение врача), то, скорее всего, избавиться от него она может посредством внушения. На второе аффективно-значимое слово «мертвец» отвечала эхоло-лически, что свидетельствует о высокой степени инертности нервных процессов. Ответ больной на третье аффективно-значимое слово «смерть» словом «врач» указывает на то, что больная надеется на помощь врача. На аффективно-значимое

слово «веревка» больная ответила словом «хозяйство». По нашему мнению, вероятнее всего, это связано с желанием уйти от прямого ответа на волнующие ее ассоциации. Ответ на последнее аффективно-значимое слово «повешение» словом «вред» свидетельствует о
187

правильном понимании больной своего болезненного состояния и критическом отношении к нему. В середине лечения состояние больной значительно улучшилось. Она стала спокойнее, настроение выровнялось, навязчивые мысли о повешении появлялись крайне редко, и отношение к ним было спокойным. Отмечалась некоторая вялость. Больше верила в выздоровление.

Проведенный в это время ассоциативный эксперимент (см. протокол №14) показал значительное укорочение среднего латентного периода до (1,5), что соответствовало значительному улучшению состояния больной под влиянием наркогипноанализа.

Словесный отчет больной о том, что аффективно-значимые слова не вызывали раздражения, свидетельствует о том, что под влиянием лечения увеличилась подвижность основных нервных процессов, навязчивый страх стал слабее, улучшилось общее состояние больной.

Ответные реакции на все аффективно-значимые слова были стереотипными, то есть на все эти слова больная отвечала одним словом «вред», что свидетельствует о правильной оценке больной своего состояния и о возрастающей ее уверенности в выздоровлении. Но в то же время это может свидетельствовать о сохраняющейся в этот период застойности, инертности раздражительного процесса.

В юнце проводимого лечения больная была жизнерадостной. Мысли о сумасшествии исчезли полностью, а мысли о повешении появлялись крайне редко, но они совсем не волновали больную, хотя она хотела бы забыть о них. Сон нормализовался, сновидений не отмечалось. Стала полностью уверенной в своем окончательном выздоровлении.

Проведенный в это время ассоциативный эксперимент (см. протокол № 15) показал нормальный средний латентный период (1,2), что свидетельствует об ускорении подвижности возбудительного процесса. Однако сохранение редких навязчивостей свидетельствует, с нашей точки зрения, о сохранении в коре головного мозга в конце лечения незначительной инертности нервных процессов.

Резюмируя все приведенные выше данные ассоциативных экспериментов у всех больных неврозами с навязчивостями, проведенные до, в середине и в конце наркогипноанализа, мы можем отметить:

- удлинение среднего латентного периода ответных реакций, выявленное до начала лечения у всех наших больных;
- увеличение процента повторных ответов;
- высокую их истощаемость и индукцию запредельного торможения;

188

— образование в центральной нервной системе отрицательных условно-рефлекторных механизмов, что подтверждается данными других авторов и нашим собственным.

Динамика результатов ассоциативного эксперимента наркогипноанализа продемонстрировала, что в середине лечения показатели среднего латентного периода ответных реакций больных и показатели среднего латентного периода аффективно-значимых слов уменьшаются по сравнению с аналогичными до начала лечения. Это свидетельствует о том, что наркогипноанализ приводит к перестройке деятельности центральной нервной системы, уравниванию основных нервных процессов: тормозного и возбудительного, выравниванию их подвижности и силы, то есть к устранению инертности этих процессов и ликвидации патодинамических структур или отрицательных условно-рефлекторных механизмов, то есть навязчивостей. Показатели ассоциативного эксперимента, проведенного после лечения, лишь подтверждают нормализацию динамики нервных процессов под влиянием наркогипноанализа, свидетельствующую об увеличении силы раздражительного процесса, и высокую эффективность этого метода для больных неврозами с навязчивостями.

Выявленные нами в отдельных случаях показатели последовательного торможения в конце лечения свидетельствуют о том, что отрицательные условно-рефлекторные механизмы полностью не угасают, но сохраняется тенденция к их исчезновению.

Анализ устных ответов больных на аффективно-значимые слова у больных неврозом с навязчивостями при проведении наркогипноанализа показал, что в ходе лечения все больные правильно понимают все поставленные перед ними задачи и осознают соответствие ответных реакций характеру их навязчивостей.

Реакция больных неврозами с навязчивостями на аффективно-значимые слова в ассоциативном эксперименте либо в виде воспоминания о болезни, без острого реагирования на нее (психастения, неврастения), либо в виде общего напряжения (истерия), говорит о наличии у наших больных патодинамических структур в высших отделах головного мозга.

Данные ассоциативного эксперимента, проводимого в процессе наркогипноанализа, показали изменения отношения больных к аффективно-значимым словам. Все пациенты без исключения к юнцу лечения спокойно реагировали на них, что говорит о полном или частичном угасании патодинамических структур и полной перестройке отношения больных как к отдельным болезненным проявлениям (навязчивостям), так и к болезни в

189

целом. Подтверждением этому явилась укрепившаяся к концу лечения уверенность больных в полном и окончательном выздоровлении.

Отмеченные у некоторых больных неврозами с навязчивостями на протяжении всего периода лечения в ассоциативных экспериментах отказ-ные ответные реакции свидетельствуют о продолжающемся воздействии психотравмирующей ситуации.

В процессе проводимого наркогипноанализа больным неврозами с навязчивостями мы изучали изменения морфологического состава крови, содержания сахара в крови, динамику артериального давления и частоты пульса, как до лечения, так и под влиянием последнего.

Прежде чем приступить к анализу полученных нами данных, мы хотели бы кратко остановиться на литературных данных, освещающих влияние как внутривенного вливания наркотических препаратов, так и самого лечебного процесса, на физиологические составляющие здоровья человека.

В работе А. А. Шаталовой и В. К. Мягер (1960) приводятся данные, что эмоциональное возбуждение сопровождается увеличением содержания адреналина в крови. Авторы указывают, что при обострении фобий уровень адреналина и норадреналина возрастает; при их затухании отмечается заметное его уменьшение.

По данным М. Э. Телешевской (1958), в патологических условиях вследствие нарушения взаимоотношения ацетилхолина и холинэстеразы аце-тилхолин может обнаруживаться в периферической крови. Автор указывает, что при неврозе навязчивых состояний в крови не обнаруживаются ацетилхолиноподобные вещества, а холинэстераза колеблется в пределах нормы. Относительно изменений углеводного обмена при наркозе можно сослаться на работу И. И. Федорова (1939), который отмечал, что наркоз, особенно хлороформный, сопровождается некоторым повышением сахара крови. Он писал: «Что во время наркоза сахар в крови повышается, при прекращении наркоза — снижается».

А. Б. Агаларов (1954) наблюдал у животных, получавших токсические дозы гексенала, повышение сахара в крови в среднем на 36 мг% через 15 и 30 минут после введения препарата. Автор отмечает, что повышение в дальнейшем сменялось понижением сахара, а через 3 часа после введения гексенала наблюдалась легкая гипогликемия. В литературе имеются данные об изменении морфологического состава крови при гексеналовом наркозе (Д. Г. Петров, 1940; С. Б. Ясс, 1956; Г. Н. Приживойх, 1959; и др.). Эти данные представляют для нас интерес, так как мы изучали процесс нарко-гипноаналитического влияния на организм.

190

Так, И. Г. Кодиров (1940) указывает на уменьшение процента содержа-ния эозинофилов и увеличение моноцитов. Е. В. Щепкина (1948) обнару-ясила при пентоталовом наркозе небольшое снижение количества гемоглобина и эритроцитов. Эти же данные приводит И. С. Жоров (1949), но указывает, что эти изменения кратковременные (в течение суток), д. Д. Очкин (1935); И. Х.

Геворкян (1951) указывают, что гексенал вне оперативного вмешательства не вызывает качественных и количественных изменений со стороны морфологического состава крови и что СОЭ при гексеналовом наркозе остается без изменений. Б. Е. Дукельский (1938) установил, что при гексеналовом наркозе в крови отмечаются незначительный лейкоцитоз и увеличение количества тромбоцитов. Д. Г. Петров (1940) и С. Б. Ясс (1956) нашли, что при глубоком гексеналовом наркозе наблюдается лейкопения, при неглубоком — лейкоцитоз. Г. Н. Приживойт (1959) указывает на увеличение количества лейкоцитов и снижение их фагоцитарной активности при эфирном и пентоталовом наркозе.

В. К. Заботкин (1911); Т. И. Хлопин (1939); Ю. П. Федотов (1946); Хр. Христовозов (1960) приводят данные относительно изменений артериального давления и частоты пульса при действии различных наркотических средств. Так, В. К. Заботкин отмечает, что при гексеналовом наркозе на

непродолжительное время падает как систолическое, так и диастолическое давление. Далее автор указывает, что понижение артериального давления всегда сопутствует повышению частоты пульса, и наоборот. Т. И. Хлопин и Ю. П. Федотов указывают в своих работах, что при гексеналовом наркозе отмечается некоторое снижение артериального давления. Первый говорит, что степень снижения артериального давления зависит от скорости введения препарата. Таким образом, все данные указанных авторов демонстрируют влияние барбитуратов на морфологический состав крови.

Мы не нашли в имеющейся в нашем распоряжении медицинской литературе указаний на то, как меняется морфологический состав крови; содержание сахара в крови под влиянием большого числа наркогипноаналитических сеансов (до 35).

Мы исследовали общий анализ крови и определяли содержание сахара в крови у 66 больных (31 больной неврозом навязчивых состояний; 14 — психастенией с навязчивостями; 13 — неврастенией с навязчивостями и 8 — истерией с навязчивостями).

При изучении морфологического состава крови исследовалось количество эритроцитов гемоглобина, лейкоцитов, формула крови, а также СОЭ. Мы пользовались общепринятой таблицей нормы элементов мор-

191

фологического состава крови: эритроцитов — 4,5-5,5 млн; лейкоцитов — 6-8 тыс.; гемоглобина 80-100%; эозинофилов 3-4; сегментоядерных нейтрофилов — 63-67%; лимфоцитов — 23-30%; моноцитов — 6-8%. Мы исследовали морфологический состав крови как до, так и после лечения. Анализ данных показал следующее:

1. Количество эритроцитов у большинства больных до лечения колебалось в пределах нормы; лишь у незначительной части больных отмечалось либо увеличение, либо уменьшение количества эритроцитов, причем нам не удалось обнаружить связь показатель с какой-либо нозологической формой заболевания. После проведенного наркогипноанализа у большинства больных количество эритроцитов оставалось в пределах нормы. В тех случаях, где количество эритроцитов до лечения несколько превышало нормальное их количество, в конце лечения оно нормализовалось. В случаях, где количество эритроцитов до лечения было несколько ниже нормы, в конце лечения оно приходило в норму;
2. Количество лейкоцитов у большинства больных до лечения колебалось в пределах нормы, после лечения количество их у больных несколько повысилось или же оставалось прежним;
3. Уровень гемоглобина в крови у большинства больных, как до лечения, так и после него, оставался в пределах нормы; формула крови подверглась некоторым изменениям;
4. Количество эозинофилов у большинства больных как до лечения так и после него было понижено. У тех немногих больных, у которых до лечения количество эозинофилов превышало норму (4-8), к концу лечения оно снизилось до нормальных цифр;
5. Количество сегментоядерных нейтрофилов до лечения варьировало. В процессе и после лечения количество их у части больных оставалось выше нормы, у другой части — ниже нормы;
6. Количество лимфоцитов у большинства больных, как до лечения, так и после него, было несколько повышено; в процессе терапии у большинства больных количество их увеличилось;
7. Моноциты у большинства больных до лечения были ниже нормы; после лечения их количество выровнялось;
8. СОЭ у преобладающего числа больных до и после лечения была в пределах нормы (5-15 мм/час). Только у некоторых больных СОЭ была замедленной или ускоренной. У тех пациентов, у которых в начале лечения была ускорена СОЭ, к концу лечения отмечалась нормализация последней;
9. До лечения у большинства наших больных содержание сахара в крови было в пределах нормы и только у некоторых отмечалось незначи-

192

тельное повышение его уровня (до 133 мг%). В конце лечения уровень содержания сахара в крови, даже у тех, у кого он был несколько повышен, полностью нормализовался.

Полученные нами показатели крови у больных неврозами с навязчивостями до и после проведения наркогипноанализа обработаны при помощи метода вариационной статистики.

Средние величины можно считать вполне достоверными, так как уровни значимости их при найденных значениях t менее 0,01.

Подводя итог вышеизложенному об изменении морфологического состава крови до и в процессе наркогипноанализа больных неврозами с навязчивостями, мы можем констатировать, что при этих

неврозах до начала лечения количество эритроцитов, лейкоцитов, гемоглобина, уровня сахара в крови, СОЭ в большинстве случаев соответствовало норме. Количество эозинофилов и моноцитов у ряда пациентов было ниже, а количество сегментоядерных нейтрофилов и лимфоцитов было выше нормы. После проведенного лечения у большинства больных количество эритроцитов и гемоглобина продолжало оставаться в пределах нормы. СОЭ и содержание сахара в крови к концу лечения несколько повысились. У ряда больных отмечалось замедление СОЭ, а содержание сахара в крови снижалось. Количество же лейкоцитов, сегментоядерных нейтрофилов, лимфоцитов повышалось, количество моноцитов несколько снижалось.

Таким образом, наркогипноанализ при лечении неврозов с навязчивостями способствовал повышению количества лейкоцитов, нормализации содержания уровня сахара в крови и некоторому замедлению СОЭ. Изменение количества эритроцитов, гемоглобина, эозинофилов, сегментоядерных нейтрофилов, лимфоцитов, моноцитов под влиянием наркогипноанализа не отмечено.

Обобщая изменения морфологического состава крови и СОЭ до лечения и в процессе наркогипноанализа неврозов с навязчивостями, можно констатировать, что у этих больных наблюдающаяся до лечения эозинофилия и лимфоцитоз могут трактоваться как фактор гиперкомпенсации реактивности организма в борьбе с дезорганизующими высшие отделы мозга неблагоприятными аффектогенными воздействиями. Явления нестойкой гипогликемии до лечения можно трактовать в аспекте влияния отрицательных эмоций на сахарный баланс, то есть морфологические изменения и пониженное содержание сахара в крови можно трактовать как реакцию организма на невротический фон, присущий неврозам с навязчивостями. Наступающая же в процессе проведения наркогипноанализа нормализация уровня содержания сахара в крови и форменных элементов, соответ-

7. Заказ № 981.

193

ствующая выздоровлению больных неврозами с навязчивостями, свидетельствует не только о высокой терапевтической активности самого метода наркогипноанализа, но и о том, что этот метод на больных не оказывает какого-либо отрицательного воздействия, даже при проведении большого количества сеансов.

Здесь уместно добавить, что в процессе проведенного наркогипноанализа наши наблюдения на протяжении многих лет показали, что ни в одном случае не было отмечено привыкания к вводимым препаратам (барбитуратам).

В процессе проводимого наркогипноанализа больных неврозами навязчивых состояний мы исследовали уровень артериального давления и частоту пульса до, в середине и после лечения. Под нашим наблюдением было 64 больных (из них 31 — неврозом навязчивых состояний, 13 — психастенией с навязчивостями; 13 — неврастенией с навязчивостями и 7 — истерией с навязчивостями). Исследования проводились ежедневно перед сеансом наркогипноанализа. Нами была взята за основу общепринятая норма показателей артериального давления (для систолического давления 110-120 мм рт. ст.; для диастолического давления — показатели 70-80 мм рт. ст.). Нормой частоты пульса мы считали 70-80 ударов в 1 минуту. Давление и пульс измерялись в сидячем положении.

Изученные нами данные измерения артериального давления и пульса у наших больных в процессе наркогипноанализа обработаны при помощи метода вариационной статистики и представлены в таблицах 10 и 11.

Из таблиц видно, что среднее артериальное давление у больных неврозами с навязчивостями в процессе проводимого наркогипноанализа колеблется в пределах нормы. Средняя частота пульса в процессе лечения снижается на 5-7 ударов в 1 минуту.

Коэффициент изменчивости (С) наиболее заметно выражен в начале лечения, что говорит о наибольшей вариабельности величин артериального давления у больных неврозом навязчивых состояний, психастенией и неврастенией с навязчивостями и наибольшей вариабельности частоты пульса у всех больных неврозами с навязчивостями.

Полученные величины средних показателей можно считать вполне достоверными, так как уровни значимости их при найденных значениях менее 0,01.

Анализируя показатели динамики артериального давления и изменения частоты пульса в период проведения наркогипноанализа для каждого невроза в отдельности, мы не обнаружили каких-либо специфических изменений, характеризующих тот или иной невроз с навязчивостями. Наоборот, вся выявленная нами динамика артериального давления и пульса была свойственна всем этим

неврозам.

194

Таблица №10

Средние величины частоты пульса больных

неврозами с явлениями навязчивости

до и после наркогипноанализа

№ п/п	Статистические величины	Формы неврозов и время исследования							
		Невроз навязчивых состояний		Психастения		Неврастения		Истерические реакции	
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
1	? X	81	76	81	78	78	73	77	72
2	G	12,73	7,014	10,25	8,701	12,96	10,10	16,12	9,017
3	Ш _x	2,209	1,206	2,804	2,401	3,509	2,8	6,103	3,4
4	Св%	15,7	9,2	12,6	ИЛ	16,6	13,8	20,9	12,5
5	t	30,6	63,01	28,8	32,4	22,2	26,1	12,6	21,1
6	p	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01

Таблица №11

Средние величины артериального давления (систолического и диастолического) у больных неврозами с явлениями навязчивости до и после наркопсихотерапии

№	Статистические величины	Формы неврозов, артериального давления и время исследования															
		Невроз навязчивых состояний				Психастения				Неврастения				Истерические реакции			
		Давление		Давление		Давление		Давление		Давление		Давление		Давление			
		Систолическое	Диастолическое	Систолическое	Диастолическое	Систолическое	Диастолическое	Систолическое	Диастолическое	Систолическое	Диастолическое	Систолическое	Диастолическое	Систолическое	Диастолическое		
		До	Пос	До	Пос	До	Пос	До	Пос	До	Пос	До	Пос	До	Пос		
		лечения	лечения	лечения	лечения	лечения	лечения	лечения	лечения	лечения	лечения	лечения	лечения	лечения	лечения	лечения	
		я	я	я	я	я	я	я	я	я	я	я	я	я	я	я	
1	?X	114	114	73	74	112	ПО	72	72	105	109	70	72	106	108	67	72
2	G	11,66	9,077	10,22	8,112	18,76	9,788	14,56	7,056	10,68	9,586	9,012	6,332	8,367	8,444	4,879	5,372
3	T*	2,081	1,403	1,803	1,405	5,21	2,701	4,035	1,905	2,406	2,605	2,409	1,705	3,706	3,109	1,804	2,504
4	Св%	10,2	7,9	13,1	10,1	16,7	8,81	20,2	9,8	10,1	8,7	12,8	8,7	7,8	7,8	7,3	8,8
5	t	50,3	81,2	40,4	52,6	21,5	40,7	17,8	30,7	36,4	41,8	29,01	42,2	28,6	34,7	1	20,81
6	P	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01

Полученные нами показатели динамики артериального давления и пульса у больных неврозами с

навязчивостями в процессе наркогипноана-диза позволили нам прийти к следующему заключению.

1. Анализ показателей артериального давления больных невротами с навязчивостями, полученных до начала наркогипноанализа, свидетельствует о том, что у большинства больных как систолическое, так и диастолическое давление было в пределах нормы; у части больных оно колебалось то выше, то ниже нормы на 10-20 мм рт. ст.;
2. Сопоставление данных систолического и диастолического давления на протяжении всего курса лечения показывает, что у большинства больных оно сохранялось в пределах нормы;
3. К концу лечения как систолическое, так и диастолическое давление было на уровне нормальных показателей; только у некоторых больных эти показатели были ниже нормы на 5-10 мм рт. ст., а у других выше нормы на 10 мм рт. ст.

Любопытно отметить, что отмечалась устойчивая нормализация диастолического давления.

Анализ данных динамики пульса в процессе проводимого наркогипноанализа показал, что до начала лечения у большинства больных пульс был учащенным, что свидетельствует о высокой степени эмоционального напряжения. У некоторых больных частота пульса колебалась в пределах нормы, что говорило о более длительном течении заболевания и меньшей степени эмоционального напряжения.

Частота пульса у большинства больных невротами с навязчивостями до начала лечения больных (30 пациентов) была повышена от 2 до 42 ударов в минуту, у части больных (21 пациент) частота пульса колебалась в пределах нормы и только у некоторых больных частота пульса была ниже нормы на 2-10 ударов в 1 минуту. К концу лечения у большинства больных частота пульса нормализовалась.

Резюмируя все вышеизложенное, мы приходим к выводу, что в процессе проводимого наркогипноанализа больных невротами с навязчивостями, по мере угасания навязчивостей и выравнивания эмоционального фона и укрепления уверенности больных в выздоровлении происходит нормализация артериального давления и пульса. Все это свидетельствует о высокой терапевтической эффективности наркогипноанализа и отсутствии каких-либо противопоказаний для его применения.

197

Глава VIII

Катамнез больных невротами с навязчивостями после наркогипноанализа

В доступной нам литературе мы не нашли работ, посвященных изучению катамнестических сведений о больных невротами с навязчивостями после лечения каким-либо методом вообще и наркогипноанализом в частности. Учитывая широкое распространение данных невротозов, трудности диагностики и тяжелую курабельность их, мы поставили перед собой задачу изучить данные катамнеза лечившихся у нас 50 больных методом наркогипноанализа.

Всем больным невротами с навязчивостями, прошедшим у нас лечение наркогипноанализом, были разосланы через 6 месяцев — 3 года после окончания лечения анкеты со следующими интересующими нас вопросами.

После проведенного Вам лечения наркогипноанализом:

1. Работаете ли Вы и как справляетесь со своими служебными обязанностями и работой в быту?
2. Имеются ли у Вас навязчивости и в чем они выражаются?
3. Если навязчивости имеют место, то как Вы к ним относитесь?
4. Какое у Вас настроение?
5. Есть ли у Вас какие-либо другие жалобы на здоровье? Если есть, то какие?
6. Если у Вас было ухудшение в состоянии здоровья, то чем оно было вызвано и через какое время после лечения оно наступило?
7. Если кроме метода наркогипноанализа Вы получали какое-либо другое лечение в связи с Вашим заболеванием, то просим Вас высказать свое суждение относительно сравнения этого метода с нашим — наркогипнозом.

Мы получили катамнестические сведения от 24 больных невротом навязчивых состояний, лечившихся у нас методом наркопсихотерапии от 6 месяцев до 3 лет тому назад.

Мы хотим подчеркнуть, что почти у всех больных невротом навязчивых состояний, прошедших курс наркогипноанализа, после выписки из больницы отмечалось непродолжительное ухудшение в состоянии здоровья, то есть как бы в ослабленном виде появлялись прежние навязчивости, фон настроения снижался, отмечалась неуверенность в себе. Мы это трактовали как постепенную

мобилизацию внутренних сил и адаптационных механизмов больных в новых условиях жизни. У большинства этих людей состояние продолжало улучшаться постепенно в течение нескольких месяцев-

198

дев, а у некоторых больных — в течение одного года. Большинство больных неврозом навязчивых состояний после лечения продолжали работать на прежней работе и достаточно хорошо справлялись со своими обязанностями. Только одна больная в течение года адаптировалась к работе по дому, то есть можно с полной уверенностью отметить, что в течение года после проведенного лечения у больных неврозом навязчивых состояний наступала полная социальная реадаптация. К моменту сбора катamnестических сведений у 10 больных неврозом навязчивых состояний навязчивости полностью отсутствовали, а у 14 больных кратковременно возникали те же навязчивости, но они не раздражали больных. Отношение к ним оставалось спокойным. Только у двух больных появляющиеся навязчивости ухудшали их настроение, но больные могли самостоятельно регулировать состояние и управлять собой в любой ситуации. Настроение у большинства больных было ровным, и только у некоторых оно колебалось в связи с появляющимися навязчивостями или неприятными ощущениями в теле. Больные могли эффективно самовнушать себе все необходимое для того, чтобы настроение выровнялось. Только у одной больной, хотя навязчивостей и не было, но было снижено настроение из-за конфликтной ситуации в семье.

Все больные неврозом навязчивых состояний каких-либо других новых жалоб не высказывали. Однако у них часто возникали те или иные неприятные ощущения в теле, к которым у больных оставалось спокойное отношение.

Оценка эффективности метода наркогипноанализа всеми без исключения больными была высокой. Большинство из них, ранее лечившихся другими методами, отдали предпочтение именно наркогипнозу. Некоторые больные не могли сравнить наркогипноанализ с другими методами лечения в связи с тем, что принимали лечение впервые в жизни.

Для иллюстрации приводим катamnестические данные некоторых историй болезни.

Наблюдение № 1. Больной К. лечился в отделении неврозов больницы им. Мечникова с 14 мая по 19 июля 1963 года по поводу невроза навязчивых состояний. При поступлении в клинической картине преобладали страх смерти, общее напряжение, сильное сердцебиение, неприятные ощущения в голове и области сердца, подавленное настроение, неуверенность в выздоровлении. После проведенного курса наркогипноанализа (29 сеансов) выписался домой в хорошем состоянии. Навязчивый страх смерти полностью купировался, настроение выровнялось, но колебалось из-за оставшихся пос-

199

ле лечения неприятных ощущений в голове. В связи с этим полной уверенности в выздоровлении не было.

Из катamnеза, полученного от больного через год, стало известно, что после выписки из стационара состояние в течение первых трех месяцев продолжало улучшаться. Периодически появлялись навязчивости, но они в меньшей степени раздражали больного; уверенность в выздоровлении колебалась. Через три месяца навязчивые страхи стали «поверхностными» легко отвлекался от них, настроение выровнялось, но редкие головные боли иногда вызывали колебание настроения. С работой на производстве и дома справлялся хорошо.

Давая оценку результатов лечения наркогипноанализа, больной писал: «До этого метода я лечился стационарно и принимал андаксин, малые дозы инсулина, кварцевое облучение, гальванический воротник, бром, глюкозу, витамины и др. Это мне ничего не дало, а метод наркогипноанализа выровнял меня: дал возможность работать, находить развлечения и др. Поэтому нужно отдать ему должное».

Наблюдение № 2. Больной М. Находился на лечении в отделении неврозов больницы им.

Мечникова с 15 июня по 20 июля 1963 года по поводу невроза навязчивых состояний. При поступлении в клинической картине преобладал страх смерти, жаловался на неприятные ощущения в голове и области сердца, фон настроения был снижен, постоянно думал о своем здоровье, высказывал неуверенность в возможности своего выздоровления.

Полученные нами катamnестические сведения от больного через 6 месяцев после выписки из стационара показали, что здоровье его после выписки продолжало улучшаться в течение месяца. В момент получения анкеты настроение было ровное, крайне слабые навязчивые страхи появлялись редко, в связи с периодически появляющимися неприятными ощущениями в области сердца. Дома

и на работе был активным, деятельным. Давая характеристику метода наркогипноанализа, больной писал: «Около двух месяцев в 1963 году лечился в Вашей больнице. Хочу от всей души поблагодарить всех врачей за чуткое отношение ко мне, за то, что Вы, дорогие, вернули меня вполне здоровым в трудовую семью нашей Родины. Навеки благодарен людям в белых халатах. Желаю долгой жизни, хороших трудовых удач на благо всего человечества. Это было лучшее для меня лечение».

Приведенные наблюдения ярко демонстрируют продолжающийся после выписки из больницы процесс адаптации больных к условиям труда и быта. Процесс обратного развития болезненного состояния продолжает-

200

ся и после лечения примерно в течение 3 месяцев. Затем состояние стабилизируется.

Отзывы больных невротом навязчивых состояний о полученном ими лечении методом наркогипноанализа свидетельствуют о его высокой эффективности.

Мы собрали катамнестические сведения у восьми больных психастенией с навязчивостями в разные периоды после окончания лечения. Эти данные показывают, что большинство из них включились в трудовую деятельность и хорошо справляются со своими обязанностями по работе и дома. Двое из них довольно легко сочетали работу с учебой в институте. В тех единичных случаях, где возникали редкие навязчивости, больные легко справлялись с ними и могли легче переключаться на другие мысли и действия. Так, больная Д. отмечала, что прежних навязчивостей у нее нет, но она иногда испытывает какое-то неопределенное волнение.

В редких случаях больные испытывали колебания настроения, вплоть до выраженной подавленности, но через 1-2 месяца после выписки из больницы настроение стало более ровным и устойчивым. На протяжении 3-4 месяцев после проведенного наркогипноанализа у некоторых больных отмечались редкие головные боли, раздражительность, общая слабость и др. Но обострения заболевания ни у одного больного не наблюдалось.

Большинство больных психастенией с навязчивостями дало высокую оценку метода наркогипноанализа. Причем четверо из них отдали предпочтение этому методу перед другими видами лечения, а остальные не могли сравнить его с другими методами лечения в связи с тем, что он для них был единственным терапевтическим методом. Многие больные акцентировали свое внимание на благотворном влиянии наркогипноанализа на их настроение.

Для иллюстрации приводим краткую историю болезни.

Наблюдение № 3. Больной С. находился на лечении в отделении невротиков с 3 мая по 31 мая 1962 г. по поводу психастении с навязчивостями. При поступлении больной жаловался на наличие навязчивых мыслей и действий, с которыми он ведет бесплодную борьбу до изнеможения (какой была последняя мысль до появления первой навязчивости; о чем думал, когда проходил мимо конкретного дома; желание постоянно возвращаться в те места, где вынимал из кармана носовой платок, и не выронил ли что-либо из кармана; закрыл ли входную дверь квартиры, уходя на работу; выключил ли электроприборы, газ и т. д.). Был крайне неуверен в себе, во всем сомневался. Постоянно анализировал свои жизненные позиции и никогда не мог решить, как он должен вести себя в том или ином случае. В

201

отделении непрерывно что-то стряхивал со своей одежды; после утреннего туалета по многу раз возвращался в туалетную и проверял, не забыл ли он что-нибудь там. Отмечалось колебание настроения от легкого снижения до выраженной депрессии. Не верил в возможность выздоровления.

После проведенного курса наркогипноанализа настроение выровнялось, полностью исчезли все навязчивые страхи, мысли, действия. Хотя иногда по утрам появлялось желание возвращаться в туалетную комнату, но легко его преодолевал. Меньше стал анализировать свое состояние, стал более уверенным в себе и в том, что сможет стать здоровым человеком.

Полученные у больного катамнестические сведения через 1,5 года после лечения показали, что после его выписки из стационара в течение первой недели плохо спал по ночам, изредка появлялись навязчивости, которые раздражали; появлялись сомнения в выздоровлении; боялся обострения заболевания.

Однако постепенно состояние здоровья продолжало улучшаться. Далее, в течение последнего года навязчивости не возникали, самочувствие оставалось хорошим. За это время перешел на более сложную работу и поступил в вечерний университет. В настоящее время учится на 2-м курсе. Однако после весенней сессии появилось чувство неуверенности в себе; начал бояться переходить

улицу, оживились прежние навязчивости, но отношение к ним оставалось спокойным; настроение хотя и снизилось, но носило нестойкий характер. Был приглашен для проведения наркогипноанализа в амбулаторных условиях. Было проведено всего два сеанса наркоанализа, после чего вновь был достигнут стойкий эффект.

Характеризуя метод наркогипноанализа, наш больной отдает явное предпочтение этому методу в сравнении с другими методами лечения.

Полученные нами катамнестические сведения у больных неврастенией с навязчивостями через 6 месяцев — 3 года после проведенного наркогипноанализа свидетельствуют о том, что все больные этой группы после лечения вновь вернулись к труду и весьма успешно справлялись с возложенными на них обязанностями. Навязчивости в первые 2-3 месяца после лечения появлялись в редких случаях, но не раздражали больных, не отражались на их настроении и не снижали уверенности больных в выздоровлении. В редких случаях кратковременные колебания настроения были связаны с появляющимися головными болями и неприятными ощущениями в области сердца. По данным катамнеза обострение заболевания не наблюдалось. В редких случаях ухудшение состояния было связано с воздействием на больных факторов, способствующих ослаблению организма (грипп, ангина и др.).

202

Все без исключения больные, страдающие неврастенией с навязчивостями, дали высокую оценку методу наркогипноанализа.

Для иллюстрации приводим краткие истории болезни.

Больная Х. находилась на лечении в отделении неврозов больницы им. Мечникова с 29 июля по 24 августа 1964 г. по поводу неврастения с навязчивостями. В клинической картине преобладала раздражительная слабость, неприятные ощущения в теле, навязчивый страх смерти, плохой сон, сопровождающийся кошмарными сновидениями, снижение аппетита.

После проведенного наркогипноанализа состояние значительно улучшилось. Исчезли страхи, стала значительно спокойнее, уменьшились неприятные ощущения в теле, выровнялось настроение, укрепилась уверенность в полном выздоровлении.

Данные катамнеза, полученные через год после проведения наркогипноанализа, показали, что первые несколько дней после выписки из больницы плохо спала, была раздражительной, появлялись редкие навязчивые страхи, но постепенно состояние продолжало улучшаться.

Приступила к прежней работе, с которой справлялась хорошо, обострения заболевания за год не было.

Больная дала высокую оценку методу наркогипноанализа. Она писала: «До Вашего лечения в течение 2 месяцев я чувствовала себя плохо. Все лекарства, принимаемые дома, не дали положительного результата. Я считаю, что Ваше лечение оказалось более действенным в ликвидации страшного заболевания, которого я в данный момент не ощущаю».

Больной Д., 32 лет, находился на лечении в отделении неврозов больницы им. Мечникова с 20 июня по 30 августа 1963 г. по поводу неврастения с навязчивостями. В клинической картине преобладали жалобы на сильную раздражительность, головные боли, плохой сон, навязчивые страхи, постоянные мысли о том, что может лопнуть сердце, в период нахождения в городском транспорте страх смерти, постоянная фиксация внимания на своем сердце, желание постоянно считать пульс. Общий фон настроения снижен; не верит в возможность выздоровления.

После проведенного наркогипноанализа стал значительно спокойнее, исчезли головные боли, улучшился сон, настроение выровнялось, навязчивые страхи полностью исчезли. Перестал фиксировать свое внимание на сердце и перестал считать свой пульс. Появилась уверенность в выздоровлении.

Катамнез, полученный через 6 месяцев после проведенного лечения, показал, что состояние после выписки из отделения оставалось хорошим. Навязчивых страхов не было. Иногда вспоминал о перенесенном заболева-

203

нии, но при этом оставался совершенно спокойным; настроение оставалось ровным. После работы в ночную смену иногда появлялось сердцебиение, но к этому относился спокойно. Во время работы легко справлялся с нагрузками.

Дал следующую оценку методу наркогипноанализа: «Я принимал многие виды лечения: курортное, амбулаторное, почти 10 лет не расставался с микстурами и порошками. В настоящее время я почти забыл о лекарствах. Ваше лечение я не променяю на любой, даже самый шикарный южный курорт».

Катамнестические сведения, полученные нами через 6 месяцев__

3 года после проведенного наркогипноанализа больными истерией с навязчивостями, показали, что после выписки из больницы состояние несколько обострялось, но постепенно их самочувствие улучшилось. В течение нескольких первых недель большинство из них плохо спали по ночам, эпизодически появлялись навязчивости, настроение колебалось, а затем постепенно выровнялось. Все без исключения больные хорошо справлялись с работой. Одна больная хотя и продолжала работать на прежней работе, но без ночных дежурств. На отдаленном этапе после проведенного лечения у большинства больных навязчивостей не было вовсе или у некоторых они появлялись крайне редко. Но отношение к ним оставалось спокойным. Появление редких навязчивостей было всегда обусловлено какой-либо психогенной ситуацией.

У большинства больных обострения заболевания не отмечалось. Лишь у одной больной, чрезвычайно внушаемой, была настороженность, что у нее могут появиться те симптомы, о которых она слышала от других больных, находящихся с ней на лечении в больнице. «Это может быть и со мной», — говорила она. Однако пациентка чувствовала себя хорошо, продолжала работать, обострения заболевания не было.

Большинство больных дали высокую оценку методу лечения наркогипноанализа. Одни из них высказали свое удовлетворение лечением, другие выделили метод наркогипноанализа, как один из наиболее эффективных.

Для иллюстрации приводим краткую историю болезни.

Больная П. находилась на лечении в отделении неврозов больницы им. Мечникова со 2 января по 10 марта 1962 года по поводу истерии с навязчивостями. В клинической картине наблюдалась фиксация больной на неприятных ощущениях в голове, о которых беспрестанно говорила, жаловалась на ощущение напряжения, ожидание чего-то недоброго. «Со мной должно что-то случиться». Находила в себе «странности». Казалось,

204

тто «сходит с ума». Активно пыталась бороться с навязчивостями, но «борьба» лишь усиливала их. Избегала встреч с больными, так как боялась, что после выслушивания их жалоб у нее могут появиться такие же симптомы болезни, как у них. Настроение было подавленным. Не верила в выздоровление.

После проведенного курса наркогипноанализа, в первый месяц после выписки из больницы, отмечались редкие страхи и неприятные ощущения в голове, но отношение к ним оставалось спокойным. Постепенно настроение выровнялось, исчезли навязчивости, укрепилась уверенность в выздоровлении. Через 2 месяца после выписки из больницы почувствовала себя совершенно здоровой. Продолжала работать на той же работе, что и раньше. Хорошо справлялась с работой. Больная дала высокую оценку методу наркогипноанализа, выделив его среди других методов психотерапии.

Обобщая все вышеприведенные катамнестические сведения, полученные у 50 больных неврозами с навязчивостями в период от 6 месяцев до 3

лет после проведенного лечения, мы нашли, что у большинства больных после выписки из стационара или после окончания лечения, проведенного в амбулаторных условиях, происходила постепенная адаптация к условиям внешней среды. Все они отмечали, что в течение периода от нескольких дней до месяца у них обнаруживалось некоторое обострение заболевания, проявляющееся в расстройстве сна, колебании настроения, эмоциональной неустойчивости, обострении навязчивостей и появлении неприятных ощущений в теле. Однако благодаря сохраняющейся со стороны больных спокойной реакции на болезненные проявления и их стойкой уверенности в выздоровлении постепенно состояние полностью нормализовалось. Самочувствие улучшалось постепенно. Выровнялось настроение, исчезли навязчивости и неприятные ощущения в теле, больные стали значительно спокойнее и увереннее в себе и выздоровлении. Такое кратковременное обострение заболевания по окончании курса лечения можно объяснить медленной адаптацией к новой обстановке, среде, людям, что связано, очевидно, с сохраняющейся инертностью основных нервных процессов: тормозного и возбуждательного.

Большинство больных активно включилось в трудовую деятельность. Часть больных осталась на прежней работе, другие освоили более квалифицированную профессию. Некоторые больные стали передовиками производства. В ряде случаев больные сочетали работу с учебой в вузе. Некоторые из них вступили в брак и создали свою семью. Все эти факты свидетельствуют о том, что наркогипноанализ, способствуя уравниванию

205

ванию основных нервных процессов, создает условия для восстановления их качеств: силы и подвижности, способствует полноценной социальной реадaptации больных. Отдаленные результаты, полученные после проведенного лечения наркогипноанализом, показали, что у некоторых больных после выписки из больницы, после кратковременного обострения заболевания, полностью угасают навязчивости. У отдельных больных навязчивости эпизодически возникали либо в определенных ситуациях (агорафобии), либо в связи с появляющимися иногда неприятными ощущениями в теле, либо в результате отрицательного самовнушения. Отношение к навязчивостям оставалось спокойным. Одни больные их полностью игнорировали, другие легко преодолевали, третьи легко сживались с ними и переставали их замечать.

Эмоциональный тонус у большинства больных выравнивался параллельно с угасанием навязчивостей и становился достаточно высоким и устойчивым. Отдельные колебания настроения отмечались у некоторых больных и были обусловлены какими-либо психогенными моментами. При устранении этих моментов настроение быстро нормализовалось.

Результаты катamnестических исследований позволили нам прийти к заключению о том, что под влиянием наркогипноанализа происходит перестройка некоторых личностных особенностей больных, их отношения к болезни и к различным сторонам жизни; сглаживаются черты боязливости, мнительности, сенситивности и демонстративности. Исчезала тревога, уменьшались сомнения, тенденции к самоанализу и самокопанию, они стали менее боязливymi, более уверенными в себе и своем полном и окончательном выздоровлении, уменьшилась раздражительная слабость и изменилась реакция на появляющиеся периодические неприятные ощущения в теле. Самовнушения больных стали носить исключительно положительный характер. Большинство наших больных дали положительную оценку методу наркогипноанализа; ряд из них выделили этот метод лечения среди других методов психотерапии, ранее проведенных им, считая его высокоэффективным.

И в заключение мы хотим подчеркнуть, что представленные катamnестические сведения в период от 6 месяцев до 3 лет больных, лечившихся методом наркогипноанализа, свидетельствуют о возможности полной социальной реадaptации больных к жизни, перестройки их отношений не

206
только к отдельным болезненным проявлениям и к болезни в целом, но и к различным сторонам жизни, перестройки характерологических особенностей личности, стойкое устранение болезненных симптомов в процессе и после лечения. Все это подтверждает высокую терапевтическую эффективность предлагаемого нами метода нарюгипноанализа при лечении любых неврозов, в том числе и неврозов с навязчивостями.

Глава IX

Дифференциально-диагностические критерии неврозов с навязчивостями

Значительное место среди разнообразных проявлений функциональных расстройств центральной нервной системы занимают неврозы вообще и неврозы с навязчивостями в частности. Число больных этими формами заболевания продолжает возрастать, и они занимают одно из первых мест по обращаемости в психоневрологические учреждения.

Несмотря на широкое внедрение в последние десятилетия новых методов лечения, таких, как психофармакологические средства, лечение больных неврозами, особенно неврозами с навязчивостями, оставалось все еще малоэффективным. В связи с этим поиск путей более эффективного воздействия на эти формы заболевания является актуальным и практически оправданным.

Сегодня никто не сомневается в том, что наряду с широким внедрением в медицинскую практику психофармакологических препаратов, которые произвели настоящий революционный переворот в лечении многих как психических, так и функциональных расстройств центральной нервной системы, психотерапия продолжает занимать прочное место в медицинской науке и остается одним из основных методов лечения неврозов с их многообразной динамической симптоматикой. Российская психотерапия, преодолев все препятствия и запреты в применении всех существующих многообразных психотерапевтических приемов, как западных, так и отечественных, опирающихся на достижения современной нейрофизиологии и медицинской психологии, учение И. Сеченова, И. П. Павлова, П. К. Анохина и др., в настоящее время располагает целым спектром психотерапевтических приемов. Эти приемы в основном осуществимы как в тормозных, так и в бодрствующих состояниях коры головного мозга. Сюда относятся различные варианты гипносуггестивной терапии, такие, как опосредованная

психотерапия (К. И. Платонов, С. И. Консторум), реконструирующая систему отношений личности (В. Н. Мясищев), коллективная психотерапия (В. М. Бехтерев; М. С. Лебединский; Н. В. Иванов), методические приемы самовнушения (А. М. Свя-дош; А. Н. Шогам; К. И. Мирковский), эмоционально-стрессовая психотерапия (В. Е. Рожнов), наркопсихотерапия (М. Э. Телешевская), многие методики, как психоанализа, так и его многообразных вариантов (В. В. Макаров), гшшоанализ (Д. А. Каменецкий) и многие другие.

Однако в повседневной практической деятельности врач не всегда может гарантировать эффективность возможностей применения всех этих

208

методических приемов психотерапии, т. к. многие неврозы характеризуются ярко выраженными эмоциональными нарушениями, ипохондрическими построениями, формированиями стойкого обсессивного синдрома, характеризующегося разнообразными навязчивыми состояниями и т. д. В клинической практике наиболее часто приходится встречаться со стойко и длительно (в течение многих месяцев и даже десятилетий) зафиксированными у больных навязчивостями:

инфарктофобия, страх смерти, страх сумасшествия, страх перед загрязнением, канцерофобия, сифило-фобия, спидофобия, боязнь одиночества, боязнь площадей и закрытых помещений, навязчивые влечения убить любимого ребенка, различные ритуалы и мн. др.

В основе всех этих многообразных и причудливых сочетаний навязчивых явлений лежат психогенные факторы. Эти неврозы могут развиваться остро или же выступать на фоне определенных особенностей личности с выраженной мнительностью, склонностью к постоянному самоанализу и самокопанию в себе, боязливостью, повышенной сенситивностью и демонстративностью. Все эти навязчивые состояния оказывают влияние на поведение больного неврозом, его эмоциональные реакции, жизненные установки, общий нейро-соматический тонус, вызывают частые декомпенсации и нередко могут привести к инвалидности.

В имеющейся обширной литературе, посвященной изучению неврозов с навязчивостями и их лечению (С. А. Давыденков, В. Н. Мясищев, Е. А. Попов, Д. С. Озерецковский, Л. Б. Гаккель, Е. К. Яковлева, А. М. Свя-дош, Д. А. Каменецкий и др.), подчеркивается тенденция этих сложных неврозов к затяжному течению. Порой недостаточная гипнабельность этих больных и очень трудная психотерапевтическая коррекция их в процессе лечения вынуждают нас к поиску более эффективных методов лечебного воздействия на больных.

В пятидесятые годы XX столетия в практику российской психотерапии широко вошли методические приемы наркопсихотерапии, разработанные и примененные при лечении неврозов М. Э. Телешевской (1958). При этом автор использовал словесное внушение на фоне действия некоторых барбитуратов (гексенала, эвипана натрия, амитала натрия и др.), вводимых медленно внутривенно. Такое сочетание факторов внушения на фоне различных стадий неполного амиталового наркоза (эйфория с компонентами оглушения) с тренировкой нарушенных у больных жизненно важных функций (зрение, речь, ходьба и т. д.) оказывается высокоэффективными.

Что касается больных с навязчивостями, то интерес к их лечению у нас проявился примерно в этот же период, то есть в период внедрения наркоп-

209

сихотерапии в медицинскую практику, тогда же мы добились значительной эффективности лечения указанных заболеваний благодаря разработанной нами модели гипносуггестивной терапии. Мы переориентировали эту модель на один из вариантов, предлагаемых М. Э. Телешевской, названный автором наркогипнозом (см. модификацию в главе II).

Нам удалось создать вариант наркопсихотерапии именно для лечения больных, страдающих неврозами с навязчивостями, и, как показала практика, — этот вариант оказался высокоэффективным. Мы его позже назвали наркогипноанализом.

Мы не склонны переоценивать значение наркогипноанализа в сравнении с другими известными методами психотерапии. Однако наш опыт применения наркогипноанализа при лечении больных неврозами с навязчивостями отличается некоторыми преимуществами. Технически этот метод очень прост, не требует специальных условий, в отличие от гипносуггестивной терапии; применяется независимо от степени податливости больных суггестии, и, наконец, при правильном использовании не вызывает каких-либо осложнений.

Мы широко применяли разработанный нами вариант наркогипноза при лечении больных неврозами и добивались высоких терапевтических показателей в лечении указанных заболеваний.

В предыдущих главах мы описывали саму модификацию метода наркогипноанализа применительно к лечению неврозов с навязчивостями, дали клиническую характеристику

особенностей личности исследуемых больных, описали факторы, способствующие возникновению данных неврозов, выявили патофизиологические механизмы, лежащие в основе этих неврозов исходя из физиологического учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности, показали динамику обратного развития заболевания под влиянием наркогипноанализа и описали данные катамнеза больных, лечившихся методом наркогипноанализа.

Наши наблюдения подтвердили высокую эффективность метода наркогипноанализа при лечении больных неврозами с навязчивостями. Однако высокая эффективность наркогипноанализа при лечении этих неврозов достигалась нами не только за счет самой методики лечения. Ее высокому успеху способствовало также использование выявленных нами в процессе наркогипноанализа дифференциально-диагностических критериев, отличающих одни неврозы от других. Проводимые нами исследования помогли нам констатировать, что для успешного лечения неврозов необходима, прежде всего, точная, своевременная диагностика того или иного невроза, а уже потом важным условием для успешного лечения его — эффективная психотерапевтическая модель.

210

Такой моделью и является разработанный нами метод гипносуггестивной терапии, названный нами гипноанализом. Его методология и воздействие на больных, страдающих неврозами с навязчивостями, освещены в предыдущих главах.

В настоящей главе мы остановимся на дифференциально-диагностических критериях, отграничивающих навязчивости одних неврозов от других, полученных нами в процессе лечения этих больных.

Подводя итоги наших наблюдений за страдающими неврозами с навязчивостями, мы можем с уверенностью сказать, что навязчивые состояния могут встречаться при различных неврозах (истерия, неврастения, психастения, невроз навязчивых состояний), о чем мы уже писали раньше. В тех описаниях речь шла в основном о классификации неврозов вообще и о неврозах с навязчивостями в частности. Мы считаем необходимым здесь остановиться на представлениях некоторых авторов относительно дифференциально-диагностических критериев навязчивостей при различных неврозах.

А. М. Свядоц (1959) и Л. П. Лапитэ (1962) дифференцируют невроз навязчивых состояний от психастении следующим образом:

- 1) при неврозе навязчивых состояний навязчивости могут быть первичными симптомами заболевания, а при психастении навязчивости развиваются на фоне тревожно-мнительного характера;
- 2) содержание навязчивостей при неврозе навязчивых состояний почти всегда понятно и соответствует характеру экзогенного фактора или особенностям соматовегетативных расстройств. При психастении навязчивостям свойственны нестойкость, непродолжительность, изменчивость, нелепое содержание;
- 3) течение невроза навязчивых состояний относительно благоприятно, приступообразно, а психастении — неблагоприятно.

С. Н. Давыденков, Л. Б. Гаккель и др. считают, что при отдельных формах неврастений преобладают разнообразные навязчивые явления. А. Крейндлер (1963), А. М. Свядоц и др. описывают синдромы навязчивостей при неврастении и истерии. По их мнению, в клинической картине этих неврозов отдельные навязчивости обычно тесно переплетаются с другими структурными элементами психопатологической симптоматики, характерной для данного конкретного невроза.

В процессе длительного наблюдения и изучения особенностей клинических проявлений неврозов с навязчивостями нам удалось выявить тонкие дифференциально-диагностические критерии навязчивостей при каждом отдельном неврозе (истерии, неврастении, психастении, неврозе навязчивых состояний).

211

Анализируя причины, способствующие развитию неврозов с навязчивостями, мы пришли к заключению о том, что пусковым механизмом в возникновении того или иного невроза является психическая травма. Причем, в большинстве своем, неврозы возникали под влиянием острых психотравмирующих воздействий. В некоторых случаях причиной возникновения болезненного состояния явились хронические психотравмирующие ситуации. В редких случаях пусковым механизмом в возникновении невроза явилась острая психотравма, действующая на фоне хронической.

У подавляющего большинства наших больных неврозами с навязчи-востями в преморбиде отмечались выраженные черты астеничности, малой выносливости, быстрой истощаемости, с нашей точки зрения, генетически обусловленные, что в известной степени подкрепляется мнением И. П. Павлова о том, что поставщиком неврозов является «слабый тип» нервной системы. Хотя, правда, в редких случаях среди наших больных наблюдались пациенты, в преморбиде которых выявить каких-либо признаков общей астенизации не удалось.

Наши наблюдения позволяют нам отметить, что у больных неврозом навязчивых состояний и истерии с навязчивостями, у которых наряду с общей слабостью были выявлены черты боязливости, свойственные первому заболеванию, и черты демонстративности, театральности и повышенной самовнушаемости, свойственные второму, пусковым механизмом в возникновении заболевания являлись острые психотравмирующие ситуации. В ряде случаев этим заболеваниям предшествовали или хронически действующие психотравмирующие ситуации, или острые психотравмирующие переживания, действовавшие на фоне хронических. У больных истерией с навязчивостями острой психотравме предшествовали различные вредные факторы, усиливающие общую слабость (инфекции, интоксикации, травмы черепа и т. д.).

У больных психастенией и неврастенией с навязчивостями наряду с общей слабостью преобладали соответственно черты мнительности, склонность к самоанализу и самокопанию и крайней несдержанности. Причинами возникновения заболевания, главным образом, были длительно действующие неблагоприятные воздействия, в редких случаях сочетавшиеся с усиливающими астенизацию организма и нервную систему факторами (чаще всего это касается переутомления).

Если первоначальному развитию неврозов с навязчивостями, как правило, способствовали острые психогении, довольно сильные и значимые для больных, то последующие обострения заболевания могли развиваться даже после незначительных переживаний.

212

Изучение взаимоотношений между характером психотравмы и типом навязчивости, особенно фобии, показало, что для больных истерией с навязчивостями содержание последних в большинстве своем соответствовало содержанию переживаний; для больных же неврозом навязчивых состояний навязчивости не соответствовали содержанию переживаний.

Для подкрепления своих доводов приводим следующую иллюстрацию. Мы наблюдали больного Б. 68 лет. По своим преморбидным особенностям он отличался выносливостью, активностью, высокой приспособленностью к любой ситуации. Всю войну наш пациент служил на флоте, участвовал в боевых действиях, был контужен, «купался в холодных водах Балтики». После войны окончил торговый институт. Успешно продвигался по работе. За два года до начала заболевания перенес инфаркт миокарда, но благодаря своей активности, оптимизму, строгому соблюдению режима полностью реабилитировался. Продолжал работать, строго соблюдал режим труда и отдыха. В день заболевания, утром перед работой, во время завтрака, жена сообщила пациенту, что ей только что по телефону сказали, что вчера вечером внезапно от инфаркта миокарда умер его «закадычный» друг. Больной внезапно выронил из рук вилку и нож. Его неожиданно охватил страх перед острыми предметами. Боялся, как бы не нанести ранение рядом сидящей жене. Казалось бы, по логике вещей, что сообщение о внезапной смерти друга от инфаркта миокарда у человека, перенесшего инфаркт, должно было бы вызвать страх смерти именно от инфаркта. Но возник страх совершенно другого содержания, страх перед острыми предметами, что явно не соответствовало содержанию психотравмирующего раздражителя. Однако в отдельных случаях навязчивости, возникающие у больных неврозом навязчивых состояний, соответствуют содержанию переживаний.

Навязчивые действия, проявляющиеся чаще всего в виде ритуалов, не вытекают из непосредственного содержания переживаний.

В процессе изучения клинических проявлений неврозов с навязчивостями некоторые дифференциально-диагностические критерии позволяют нам разграничить между собой формы неврозов с преобладанием явлений навязчивости.

В медицинской литературе навязчивости описывались и дифференцировались отдельными авторами не только в рамках неврозов, но и в рамках психических и органических заболеваний центральной нервной системы (Д. С. Озерецковский, 1950; В. П. Осипов, 1923; В. А. Гиляровский, 1935; М. О. Гуревич, 1949; А. Б. Смулевич, 1978) и др.

Мы уже писали о том, что некоторые авторы: Е. К. Яковлева, (1958); А. М. Свядощ, (1958); Л. А. Лапитэ, (1982) описывали навязчивости в рам-

213

ках неврозов и даже пытались дифференцировать навязчивости при неврозах навязчивых состояний и психастении. Но их попытка была очень робкой и недостаточно убедительной. Нам удалось обнаружить в процессе психотерапевтического воздействия на больных, что при неврозе навязчивых состояний чаще всего возникает какая-то одна навязчивость в монофобии. Причем фобия в этих случаях возникает вслед за психотравмой (как в нашем вышеописанном примере с больным Б., 68 лет с навязчивым страхом перед острыми предметами). При обострении невроза навязчивых состояний (данные катам-неза) содержание навязчивостей не меняется, то есть если первоначально возник страх перед острыми предметами, или страх смерти, или страх перед замкнутыми помещениями, то при обострении заболевания каждый раз появляется прежнее содержание навязчивого страха, возникшее в период первичного болезненного состояния. В отличие от невроза навязчивых состояний, при истерии могут возникать как отдельные фобии (монофобии), так и множественные. Причем их возникновение происходит по механизму самовнушения и не вслед за психотравмой, а на непродолжительном отдалении от нее. В состоянии декомпенсации навязчивые страхи приобретают все новое и новое содержание. У больных психастенией и неврастенией с навязчивостями в клинической картине наблюдаются разнообразные навязчивости в виде мыслей, страхов, действий (или ритуалов). Однако, в отличие от невроза навязчивых состояний и истерии с навязчивостями, у данных больных навязчивости возникают не вслед за психотравмой, а спустя значительный период времени. При психастении заболевание манифестирует заострением тревожной мнительности с тенденцией к утрированному самоанализу и самокопанию, различными сомнениями и неуверенностью в себе, то есть с заострением выраженных черт астено-мнительного характера (по нашей терминологии). У больных неврастенией с навязчивостями последние развиваются на фоне выраженной картины неврастения (раздражительной слабости, эмоциональной лабильности, повышенной утомляемости, снижения работоспособности, неприятных ощущений в теле и т. д.). Изучение особенностей динамики неврозов с навязчивостями показало, что в большинстве случаев (психастения, неврастения, истерия с навязчивостями) заболевание носит непрерывный характер с периодическими обострениями, возникающими под воздействием новых психотравмирующих ситуаций.

214

При неврозе навязчивых состояний у части больных истерией с навязчивостями заболевания носило, главным образом, приступообразный характер.

Описанная выше динамика обратного развития болезненного процесса под влиянием наркогипноанализа связана с угасанием навязчивостей, сглаживанием других болезненных синдромов и формированием стойкого здорового состояния, то есть полной компенсации здоровья.

Заключение

Разработанный нами методический вариант наркопсихотерапии на основе одноименного метода, предложенного М. Э. Телешевской, осуществленный на базе одного из его вариантов (наркогипноз) и названный нами наркогипноанализом, был применен нами при лечении как в стационарных, так и в амбулаторных условиях больных неврозами с навязчивостями. Все отобранные для этих целей больные оказались резистентными к другим методам психотерапии. Этот методический вариант позволял нам проводить лечение больных со слабой внушаемостью. Он создавал благоприятные условия для воздействия на личность больного, способствуя ее перестройке, эффективно устранял навязчивости за счет глубокого анализа причин возникновения заболевания, вскрытия особенностей патофизиологических механизмов невроза на основе физиологического учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности, глубокого понимания сущности психотерапевтического воздействия, направленного на нормализацию деятельности центральной нервной системы и устранение отдельных болезненных проявлений и болезни в целом. Под влиянием наркогипноанализа создавалась возможность перестройки отношения больных к своему болезненному состоянию.

Наркопсихотерапия, или, вернее, наш вариант ее — наркогипноанализ, который проводился нами при лечении различных болезненных состояний, в том числе и больных неврозом с навязчивостями. В качестве наркотического препарата мы использовали амитал натрия, который позволил продлить отдельные стадии неполного наркоза в целях создания более глубокого психотерапевтического воздействия на больного. Мы также широко использовали при лечении больных неврозами с навязчивостями стадию наркотического сна, в который погружались

больные на несколько часов после окончания внушения.

Применяемый в процессе лечения больных неврозами с навязчивостями метод наркогипноанализа показал, что для достижения полноценного терапевтического эффекта в большинстве случаев требовалось от 20 до 25 сеансов. При некоторых формах невроза навязчивых состояний и неврастении с навязчивостями, с наличием у них стойких ощущений, носящих характер навязчивых, количество сеансов увеличивалось до 30-35 и больше.

Динамика обратного развития неврозов с навязчивостями на фоне проводимого лечения была различной при разных неврозах. Наиболее эффективное и более быстрое угасание навязчивостей и других болезнен-

216

ных проявлений наблюдалось у больных истерией с навязчивостями. Для невроза навязчивых состояний динамика обратного развития болезненного состояния была более торпидной с несколько замедленной коррекцией в связи с наличием стойких навязчивых ощущений в различных частях тела и продолжающимися воздействиями на больных тех или иных психотравмирующих ситуаций.

У больных неврастением и психастенией с навязчивостями под влиянием наркогипноанализа процесс угасания навязчивостей распределяется следующим образом. Вначале угасали навязчивые страхи, затем навязчивые мысли, а в последнюю очередь — навязчивые действия и ощущения. Как показал наш опыт, самыми стойкими и резистентными к лечению были навязчивые ощущения.

Проведенные нами в процессе лечения клиничко-экспериментальные исследования показали некоторый параллелизм между тяжестью клинических расстройств и характером обнаруженных изменений.

Анализ данных ассоциативного эксперимента, проведенного до, в процессе и после лечения, показал характер изменения реакции больных в процессе терапии на аффективно-значимые слова, отражающие угасание навязчивостей и изменение отношения к ним.

Анализ клиничко-экспериментальных данных указывает, что в основе патофизиологических механизмов, обуславливающих развитие навязчивостей при неврозах, лежит разрегулированность основных нервных процессов, снижение их параметров: силы и подвижности, в связи с чем создаются возможности образования отрицательных условно-рефлекторных механизмов в высших отделах мозга. По нашему мнению, углубляющееся в период наркогипноанализа торможение в коре головного мозга и подкорке и само психотерапевтическое воздействие тормозит или смыкает па-тодинамическую структуру, то есть гасит отрицательный условный рефлекс, способствуя устранению навязчивости. Уравновешивание процессов в коре головного мозга также оказывает в дальнейшем тонизирующее влияние на вторую сигнальную систему, способствуя большему осознанию больным сущности болезненного состояния и возможности быстрее освободиться от своей болезни. Наркогипноанализ способствует, с нашей точки зрения, также и изменению реактивности организма, повышению его иммунно-биологической активности и повышению нейросоматического тонуса.

В процессе проводимого наркогипноанализа одновременно с устранением невроза довольно четко выявляется нормализация форменных элементов крови, содержания уровня сахара в крови, сосудистого тонуса, что,

217

несомненно, является показателем как высокой терапевтической эффективности метода, так и отсутствия даже незначительных противопоказаний для его проведения. Наркогипноанализ является, несомненно, высокоэффективным методом лечения неврозов с навязчивостями, что подчеркивает устойчивость полученных результатов лечебного воздействия.

Все это свидетельствует о том, что предлагаемый нами метод нарко-гипноанализа способствует полной социальной реадaptации больных, перестройке их личности и может быть рекомендован для широкого внедрения в медицинскую практику.

Литература

Агаларов А. Б. Действие гексеналового наркоза на изменение содержания глюкозы и глиюгена в крови собак // Труды Всесоюзного общества физиологов, биохимиков и фармакологов. — Т. 2. — 1954. — С. 177-178.

Аликметс Л. Функциональное значение и фармакология лимбической системы // Неврология и психиатрия. — 1964. — Вып. 8. — С. 1241— 1247.

Анохин П. К. Физиологический журнал СССР. — 1957. — С. 11-17.

- Анохин П. К.* Актовая речь. — 1958.
- Анохин П. К.* Последние данные о взаимодействии коры и подкорковых образований. М., 1958.
- Анохин П. К.* Внутреннее торможение, как проблема физиологии. — М., 1958.
- Архангельский А. Е.* Общая психопатология. — СПб.: Образование. — 1994.
- Архангельский В. Г.* К вопросу о навязчивых влечениях // Вопросы социальной и клинической психоневрологии. — Т. III. — 1955. — С. 179-189.
- Асатиани М. М.* Условный рефлекс в приложении к симптомам психоневроза // Психотерапия. — 1913. — №4.
- Асатиани К. М.* Сравнительная характеристика синдрома навязчивых страхов при некоторых неврозах и шизофрении // Невропатология и психиатрия. — 1963. — №61.
- Асатиани Н. М.* О некоторых особенностях корковой динамики больных психастенией // Труды Института высшей нервной деятельности. — Т. 7. — 1900. — С. 157-167.
- Бахур В. Т.* Различные варианты невроза навязчивых состояний // Врачебное дело. — 1961. — № 6.
- Белоус В. М.* Применение гипноза при лечении бронхиальной астмы / Медицинский архив. — Т. 1. — 1925.
- Белоусов В. А.* О применении гексенала и эвипана натрия в психиатрии // Труды 1-й Московской психиатрической больницы. — В. 1. — 1938. — С. 14-26.
- Белоусова М. Т.* О синдроме навязчивых состояний // Неврология и психиатрия». — 1954. — Т. 54. — № 11.
- 219
- Бехтерев В. М.* О навязчивой улыбке // Обзорение психиатрии. — 1899. — №6. — С. 449-452.
- Бехтерев В. М.* Непереносимость или боязнь чужого взгляда // Обзорение психиатрии. — 1900. — № 7. — С. 491-497.
- Бехтерев В. М.* О болезненном страхе профессионального характера. Боязнь великого выхода у священников // Обзорение психиатрии. — 1902. — №10.—С. 733-735.
- Бехтерев В. М.* О навязчивой ревности // Русский врач. — 1908. — №34.
- Бехтерев В. М.* О навязчивых фобиях и их лечении // Русский врач. — 1915.—№14.
- Бехтерев В. М.* Краснение лица как особый вид болезненного расстройства //Обзорениепсихиатрии. —1976. —№ 12. — С. 899-903.
- Бехтерев В. М.* Гипноз и значение его как врачебного средства // Неврологический вестник.— Т.П.—В. 3. —1896.
- Бехтерев В. М.* Боязнь погромов // Обзорение психиатрии. —1899. — №6. —С. 23,24.
- Бехтерев В. М.* Лечебное значение гипноза. — СПб., 1900.
- Бехтерев В. М.* Гипноз, внушение и психотерапия и их лечебное значение. — СПб., 1911.
- Бехтерев В. М.* Внушение и воспитание. Изд-во «Время», 1923. — С. 40.
- Бехтерев В. М., Голант Р. Я.* Психоневрозы. Ланг. Частная патология и терапия внутренних болезней, 1929.
- Бирман Б. Н.* Об изменении раздражительного процесса в коре головного мозга при переходе от сна к бодрствованию. — ТрудыШ. — 1. —1928.
- Бирман Б. Н.* Экспериментальный сон. Материалы к вопросу о нервном сне, нормальном и гипнотическом. Из предисловия акад. И. П. Павлова.—Л, 1925.
- Бирман Б. Н.* Сон и гипнотизм. —М.-Л., 1927.
- Бирман Б. Н.* Физиологическое обоснование методов психотерапии // Советский врач. —1939. — № 9. — С. 481^188.
- Бирман Б. Н.* Опыт сонной терапии неврозов // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. — 1950. — № 2. — С. 103.
- Болотова З. Н.* К патогенезу и терапии навязчивых состояний. В сб.: Неврозы. Тр. конф. посвящ. проблеме неврозов. —Гос. издат. — 1956. — С. 153-159.
- 220
- Борисов И. П.* К вопросу о навязчивых состояниях // Труды психиатрической клиники Московского университета.—Т. 3. —1916.
- Бруханский Н. М.* К учению об эпилепсии и навязчивых идеях // Медицинский журнал. — 1923. — № 5.
- Быков К. М.* Некоторые материалы к учению о неврозах. В сб: Неврозы. — Петрозаводск, 1956.

- Быков К. М. Кора головного мозга и внутренние органы. — Медгиз, 1947.
- Быков К. М., Курчин И. Т. Кортико-висцеральная патология. — Л., 1960.
- Вайсман Г. А., Зорохович И. И. Таблица стерилизации медикаментов. — Киев, 1959.
- Вельвовский И. З. Система психопрофилактического обезболивания родов. — М., 1963.
- Виш И. М. Психотерапия при некоторых нервно-психических и соматических заболеваниях. Автореф. диссертации на поиск, доктора мед. наук, 1959.
- Гаккель Л. Б. К вопросу о неврозе навязчивости // Архив биолог. науки. — Т. 40. — В. 1. — 1936.
- Гаккель Л. Б. Патологические механизмы и клиника навязчивого синдрома, 1938.
- Гаккель Л. Б. Методика исследования направленных речевых реакций // Физиологический журнал СССР. — Т. XXXV — 1951. — № 5. — С. 547-552.
- Гаккель Л. Б. Патологические механизмы и клиника синдрома навязчивости. — М., 1956.
- Гаккель Л. Б. Многотомное руководство по неврологии. — Т. VI. — 1960. — С. 44-213.
- Ганнушкин П. Б. Психастенический характер // Современная психиатрия. — 1907. — № 13.
- Ганнушкин П. Б. Клиническая психопатология. — М., 1913.
- Ганнушкин П. Б. Психиатрия, ее задачи, объем, преподавание. — М., 1924.
- Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика и систематика. — Север, 1933.
- Ганнушкин П. Б., Суханов С. А. К изучению навязчивых идей // Невропатология и психиатрия. — 1902. — № 3.
- Гарциштейн Н. Т. О нарушении взаимодействия I и II сигнальных систем при реактивной депрессии // Журнал высшей нервной деятельности. — Т. 2 — В. 6 — 1952.
- 221
- Гарциштейн Н. Г. О различиях в нейродинамике при нервно-психических заболеваниях с динамикой «больных пунктов» // Журнал высшей нервной деятельности. — Т. 61. — В. 10. — 1960.
- Гервер А. В. К патологии навязчивых состояний // Неврология и психиатрия. Приложение к т. IV. — 1924.
- Гиляровский В. А. Психиатрия. — М., 1935, 1954.
- Гиляровский В. А. Старые и новые проблемы психиатрии. — М., 1946.
- Геворкян И. Х. О некоторых изменениях крови при гексеналовом наркозе. Сб. трудов к-дры общей хирургии Ереванского мединститута. — Т. 1. — 1951 — С. 129-132.
- Голованов Л. И. Некоторые особенности нейродинамики при неврозе навязчивых состояний у детей. Тр. ин-та высшей нервной деятельности. — Т. 8 — 1961 — С. 96-101.
- Гуревич М. О. Психиатрия. — 1949.
- Давиденков С. И. Неврозы. — 1963.
- Давыденков С. И. Гипнотизм. — Украина: Госмедиздат, 1924.
- Данилевский В. Я. Гипнотизм. — Украина: Госмедиздат, 1924.
- Даркшевич Л. О. Курс нервных болезней. — Т. III. — 1917.
- Доценко С. Д. Навязчивые состояния при неврозах. Авт. диссертации на соискание канд. мед. наук. — Л., 1954.
- Доценко С. Д. Навязчивые состояния при неврозах // Невропатология и психиатрия. — 1956. — № 7.
- Дукельский Б. Е. Внутривенный наркоз гексеналом // Новый хирургический архив. — Т. 41. — Кн. I. — 1938.
- Жаров И. С. Внутривенный наркоз авипан-натрием // Сов. хир. — 1936. — № 5. — С. 755-765.
- Жаров И. С. Внутривенный наркоз пентоталом // Хирургия. — 1949 — № 1. — С. 13-26.
- Заботкин В. К. Наблюдение над кровяным давлением у человека во время операции под в/венным гексеналовым наркозом. X съезд Российских хирургов. — 1911. — С. 65-71.
- Зачепицкий Р. А. О сочетании лечения сном и психотерапией в клинике неврозов // Журнал неврологии и психиатрии. — 1954. — Т. 54. — № 5.
- Зиновьев П. М. К проблеме изучения человеческих характеров // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1927. — № 3. — С. 307-316.
- 222
- Зурабашвили А. Д. Значение словесного эксперимента в клинике психиатрии // Журнал высшей нервной деятельности им. И. П. Павлова. — 1953. — Т. III. — С. 398-407.
- Забелин С. Т. Слово о сложении тела человеческого и о способах как оно предохраняет от болезни. — 1777.

- Иванов-Смоленский А. Г.* Изменение простой психической реакции при психастении // Научная медицина. — 1922. — №9.
- Иванов-Смоленский А. Г.* Основные проблемы патофизиологии в высшей нервной деятельности. — 1923.
- Иванов-Смоленский А. Г.* Навязчивые состояния и фобии // Научная медицина. — 1922. — № 9.
- Иванов-Смоленский А. Г.* О процессах сосредоточения при психастении. — Харьков: «Научная мысль», 1925.
- Иванов-Смоленский А. Г.* Очерки высшей нервной деятельности. — М., 1925.
- Иванов Н. В.* Основные вопросы методики коллективной психотерапии неврозов. В кн.: Вопросы психотерапии. — М., 1958.
- Каменецкий Д. А.* О некоторых особенностях динамики навязчивостей у больных неврозом навязчивых состояний и психастенией под влиянием наркопсихотерапии. Сборник научных работ (II часть). — Днепропетровск, 1963.
- Каменецкий Д. А.* К методике наркопсихотерапии при лечении неврозов с состояниями навязчивости. Сб. науч. работ (II часть). — Днепропетровск, 1963.
- Каменецкий Д. А., Фриджан Х. А.* Опыт наркопсихотерапии при неврозах и некоторых психических заболеваниях. Сборн. научно-практич. конференции. — Днепропетровск, 1965.
- Каменецкий Д. А.* Амбулаторное лечение неврозов с состояниями навязчивости методом наркопсихотерапии. Сб. научно-практических конференций. — Днепропетровск, 1965.
- Каменецкий Д. А.* Катамнез больных, страдающих неврозами с состоянием навязчивости, леченных методом наркопсихотерапии. Материалы Днепропетровской научно-практической конференции невропатологов и психиатров. — Днепропетровск, 1966.
- Каменецкий Д. А.* Этюды практической психотерапии. — М., 2000.
- Каменецкий Д. А.* Неврология и психотерапия. — М., 2001.
- 223
- Каменецкий Д. А.* Отличительные (типологические, этиопатогенетические, клинические) особенности неврозов с навязчивостями. — М., 2002.
- Каннабих Ю. В.* История психотерапии. — 1929.
- Каннабих Ю. В.* Психотерапия. — Л., 1926.
- Каннабих Ю. В.* Эволюция психотерапевтических идей. XIX в. — М., 1936.
- Карандашова Э. А., Корниенко Е. Г. и др.* Психологические и биохимические аспекты патогенетических механизмов и психотерапии невротических фобий. Тезисы доклада 3 Всероссийского съезда невропатологов и психиатров. — М., 1974.
- Карвассарский Б. Д.* Неврозы. — М.: «Медицина», 1980.
- Кашнерова А. В.* Применение лечебного внушения при неврозах // Труды Рязанского мед. ин-та им. ак. И. П. Павлова. — Т. IV. — 1957.
- Кербиков О. В.* Лекции по психиатрии. — М, 1955.
- Кобозева Н. В.* Амита́л натрия как средство, усиливающее наркотическое действие пентоталового наркоза // Советская медицина. — 1953. — №10, — С. 27,28.
- Кодиров И. Г.* Кровь после наркоза. Сб. научных работ Башкирского мединститута. — 1940. — Т. III. — С. 63-65.
- Консторум С. И.* Опыт практической психотерапии. — М., 1959. — С. 147-169.
- Корсакове. С.* Курс психиатрии.—М., 1901;1913; 1962.
- Лакосина Н. Д.* О дифференцированной диагностике навязчивых состояний при шизофрении и психастении. Тезисы научной конференции, посвященной 110 годовщине со дня рождения И. П. Павлова. — Рязань, 1959—С. 93.
- Лапитев А. Т.* Данные катамнестических обследований больных, страдающих навязчивостями // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1960.— Т.60.— В. 10. —С. 1324-1328.
- Лапитев А. Т.* Данные катамнестического обследования больных, страдающих навязчивостями. Авт. диссерт. канд. мед. наук. — М., 1962.
- Лебединский М. С.* Общие вопросы методики психотерапии. В кн.: Вопросы психотерапии.—М., 1958.
- Лебединский М. С.* Очерки психотерапии. — М.: Медицина, 1972.
- Ментаташвили И. Т.* О лечении психастенических навязчивостей // Труды юбилейной сессии мединститута, 1956.

- Молль А. Гипнотизм. — СПб., 1909. Молль А. Избранные произведения. — М., 1949. Молохов А. Н. Обсессии, фобическое развитие // Труды психиатрической клиники № 1. — ММИ. — В. 6. — Т. П. — 1937.
- Монасеин В. А. О значении психических влияний. — СПб., 1877. Монахов К. Д. Особенности высшей нервной деятельности при неврозе навязчивых состояний с кардиофобическим синдромом. — М., 1958.
- Мудрое М. Н. Слово о способе учить и учиться медицине практической. — М., 1820. — С. 18-40.
- Мухитдинова М. М. Исследование подвижности нервных процессов при синдроме навязчивости. Автор, диссерт. на соискание канд. мед. наук. — Л., 1956.
- Мэгуи Г. Бодрствующий мозг. — М., 1960.
- Мясищев В. М. О так называемом психогальваническом рефлексе и его значении в исследовании личности // Новое в рефлексологии и физиологии нервной системы. — Л., 1929. — Сб. 3. — С. 233-256.
- Мясищев В. М. Проблема патологического типа в свете учения И. П. Павлова // Ученые записки Ленинградского университета. — 1955.
- Мясищев В. М. К вопросу о патогенезе неврозов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1955. — В. 7. — С. 486-494.
- Мясищев В. М. Некоторые вопросы теории психиатрии // Вопросы психотерапии. — 1958. — С. 7-20.
- Мясищев В. М. Личность и неврозы. — Л., 1960. Образцов В. Н. К казуистике навязчивых представлений, осложненных обманами чувств // Русский врач. — 1905. — № 26.
- Образцов В. Н. Расстройство сосудистой деятельности при психастении. В кн.: Юбилей общества, посвященного С. В. Левашову. — 1909. — С. 806-816.
- Озерецковский Д. С. Навязчивые состояния. — 1950. Осипов В. П. Определение понятия навязчивых идей и их происхождение — 1919. — № 2. — С. 73.
- Осипов В. П. Курс общего учения о душевных болезнях. — Берлин, 1923.
- Осипов В. П. Руководство по психиатрии. — М.; Л., 1931. Очкин А. Д., Федорович Д. П. Опыт применения эвипан-натриевого наркоза // Советская хирургия — № 4. — С. 935.
- 225
- Павлов И. П. Павловские среды. — 1949. — Т. I. — С. 238.
- Павлов И. П. Полное собрание сочинений. 2-е изд., т. III, кн. 1-2. — м • Я, 1951.
- Павлов И. П. Полное собрание сочинений. — Т. IV. — Акад. наук СССР. — 1951. — С. 432-439.
- Павлов И. П. Проба физиологического понимания навязчивого невроза и паранойи. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности животных. — М., 1957.
- Петров Д. Г. Гексеналовый наркоз // Советское здравоохранение. — Узбекистан. — 1940. — № 5-6. — С. 24-27.
- Петров Д. Г. Внутривенный алкогольный тиопенталовый наркоз // Хирургия. — 1953. — № 6. — С. 15-18.
- Петрова М. К Сонное наркотическое и сонное гипнотическое торможение и их терапевтическое значение для собак невротиков // Физиологический журнал СССР. — 1946.
- Петрова М. К О роли функционально ослабленной коры головного мозга в возникновении различных патологических процессов в организме. — Л., 1946.
- Петров Д. Г., Ясс С. Б. Изменение крови при алкогольно-тиопентальном наркозе // Вопросы гематологии и переливания крови. — Львов, 1956. — В. II. — С. 112-115.
- Платонов К. И. — Общие физиологические основы терапии неврозов // Неврозы. — 1930. — С. 46-65.
- Платонов К. И. Слово как физиологический и лечебный фактор. — 1957. — С. 285-292.
- Плоттер А. И. Методические варианты исследования условно-речевых связей у психических больных // Журнал высшей нервной деятельности — Т. 5. — В. 5 — С. 832.
- Побегайло Е. Г. Опыт лечения больных неврозами с синдромами навязчивых состояний // Вопросы практической психиатрии. — 1961. — Т. 32. — С. 220-225.
- Поворинский Ю. А. Клиника и патофизиологическое изучение пост-контузионных и истерических расстройств военного времени и их лечение. Докт. диссерт. — 1946.
- Попов А. Неврастения и патолобфия. — 1899.
- Попов К. А. О некоторых условиях образования навязчивых состояний // Советская психоневрология. — 1940. — № 4.

226

- Попов Е. А.* Навязчивые состояния и психастения. Опыт Великой Отечественной войны. —Т. 26. — 1946.
- Попов Е. А.* О некоторых условиях образования навязчивых состояний // Советская психоневрология. — 1949. — № 4.
- Попов Е. А.* Некоторые патофизиологические основы характера психастеников // Неврозы. Труды конференции, посвященной неврозам, Л., 6-9/VI-55 г. —Петрозаводск, 1956.
- Попов Е. А., Невзорова Г. А.* Опыт применения аминазина в психиатрической клинике // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова— 1956. — Т. 56. — №7. — С. 553-561.
- Портнов А. А., Федотов Д. Д.* Неврозы, реактивные состояния и психопатии. —М., 1957.
- Приживойт Г. К* Влияние наркоза на количество и фагоцитарную активность лейкоцитов // Труды Киргизского государственного медицинского института—Т. XII.—1959—С. 163-167.
- Равкин И. Г.* Амбулаторное лечение больных с нервно-психическими заболеваниями. —1956. — С. 180-200.
- Рыбаков Ф. Е.* Душевные болезни. — 1917.
- Святоц А. М.* Неврозы и их лечение. — М.: Медицина. — 1959,1980.
- Сербский В. П.* Рецензия на русский перевод книги Дюбуа «Психоневрозы и их клиническое лечение» // Журнал невропатологии и психиатрии. —1911. —№ 2-3. — С. 394.
- Середина М. И.* О некоторых нарушениях нейродинамики при синдроме навязчивых состояний. Реф. научно-исследов. работ Академии наук. — 1949.—№7. —С. 142-146.
- Середина М. И.* Опыт патогенетического обоснования комбинированной терапии невроза навязчивых состояний // Труды института высшей нервной деятельности. — 1955. — Т. 1. — С. 330.
- Середина М. И.* О нарушении нейродинамики при неврозах навязчивых состояний // Труды института высшей нервной деятельности. — 1955. — Т. 1. —С. 67-80.
- Сеченов И. М.* Избранные философские и психологические сочинения. — Госполитиздат. —1947.
- Сикорский И. Л.* Основы теоретической и практической психиатрии. — Киев, 1910.
- Симеон Т. П.* Неврозы у детей, их предупреждение и лечение. — М., 1918—С. 89-95.
- 227
- Скворцов В. И.* Фармакологический характер амитала. В кн. «Лечение душевнобольных». —М., 1940. — С. 16-20.
- Скляр Н. И.* К учению о навязчивых представлениях // Невропатология и психиатрия. —1907. —№ 2-3.
- Скляр Н. И.* К психопатологии навязчивых и родственных им состояний // Невропатология и психиатрия. — 1908. — № 1-4.
- Слуцкий А. С.* Поведенческая психотерапия. В кн: «Руководство по психотерапии», 2-ое изд. — Ташкент: Медицина. —1979.
- Случевский И. Ф.* Психиатрия. —1958.
- Стрельчук И. Ф.* Охранительное торможение и лечебный сон в психиатрии и невропатологии // Журнал высшей нервной деятельности. — 1952. — Т.П.—В. 4.
- Стрельчук И. Ф.* Опыт дифференцированного гипнотерапевтического-го воздействия в свете учения И. П. Павлова о двух сигнальных системах // Журнал высшей нервной деятельности. —1953. — Т. III. — В. 3.
- Стрельчук И. Ф.* Опыт изучения нервных механизмов психотерапевтического воздействия при неврозах // Журнал высшей нервной деятельности. —1958. — Т. 5. — С. 338-342.
- Суханов С. А., Ганнушкин П. Б.* К учению о навязчивых идеях // Журнал им. Корсакова. —1902. — № 3. — С. 399^16.
- Суханов С. А.* Психастения и алкоголизм // Русский врач. — 1909. — №4.—С. 110-114.
- Суханов С. А.* Патологический характер. —СПб., 1912.
- Суханов С. А.* Душевные болезни. — 1914.
- Танцюра М. Д.* Опыт лечения больных с навязчивым неврозом методом активного возбуждения очага патологической инертности // Врачебное дело. —1957. —№ 5.
- Тарханов И. Р.* Психические явления и телесные процессы в организме животных и человека//Вестник Европы. —1884. —Кн. 7.

- Татаренко Н. П.* Некоторые вопросы клиники и патофизиологии состояний навязчивости. В сб. «Неврозы». —1956. — С. 430-435.
- Телешевская М. Э.* Метод наркопсихотерапии при истерических расстройствах. Доктор, диссерт. — 1958.
- Телешевская М. Э.* Метод наркопсихотерапии и его лечебное применение при истерических расстройствах. — Х., 1958.
- 228
- Телешевская М. Э.* Динамика нейрогуморальных факторов у больных неврозами при лечении их гипнозом и наркопсихотерапией // Труды научной сессии, посвященной 50-летию института. — 1958. — С. 107-108.
- Телешевская М. Э.* Наркопсихотерапия при неврозах. — Л.: Медицина. —1969.
- Токарский А. А.* Гипнотизм и внушение // Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии. — Т. XI. —В. 2. — 1888.
- Токарский А. А.* Терапевтическое применение гипнотизма. —М, 1890. *Трунова М. М.* Некоторые особенности взаимодействия первой и второй сигнальной систем при неврозе навязчивых состояний // Сб. трудов Ин-та высшей нервной деятельности. — Т. 1. —1955. — С. 81-97.
- Трунова М. М.* Влияние длительного сна на корковую динамику больных неврозом навязчивых состояний // Труды Ин-та высшей нервной деятельности. —Т. 1. —1955. —С. 250-266.
- Умаров М. Б.* Невроз навязчивых состояний и психастения. Реферат диссертации. —Л., 1953.
- Умаров М. Б.* Невроз навязчивых состояний и психастения. —Л., 1956. *Ушаков Г. К.* Пограничные нервно-психические расстройства. —М.: Медицина. —1973.
- Федоров И. И.* Углеводный обмен в наркозе. — Л., 1939. — С. 22-27. *Федотов Ю. П.* Изменения в кровообращении при гексеналовом наркозе //Труды Ижевского мединститута. —1946. — Т. VI. — С. 186-193.
- Футер Д. С.* Заболевания нервной системы. Справочник практического врача. — Медиздат. — 1952. — Т. 2.
- Хаймович М. М.* О роли эмоций без конкретного содержания при навязчивых состояниях. Тезисы докл. научн. секции ин-та медицины по случаю 150-летнего юбилея.
- Халецкий А. М.* О психотерапии некоторых фобических состояний // Вопросы психотерапии. — 1958. — С. 112-128.
- Хлопин П. И.* К фармакологии гексенала. Действие на кровяное давление//Труды Ижевского мединститута. —1939. —Т. III. —С. 53-65. *Ходос Х. Г.* Неврозы мирного и военного времени. — 1947. *Хорошко В. К.* Учение о неврозах. — 1943.
- Цуканова Е. А.* К вопросу о патофизиологическом понимании неврозов // Сб. трудов Ростовского гос. мед. ин-та. —1958. — С. 295-305.
- 229
- Чиж В. Ф.* Психиатрия. — Сотрудник. — 1911.
- Чиж: В. Ф.* Страх нарастания скорости // Обзорение психиатрии. __. 1912— №1. — С. 1-6.
- Чистович А. С.* О патофизиологии и патогенезе некоторых форм бреда // Сб. трудов Новосибирского ин-та усовершенствования врачей. —1939. —Т. 14.
- Чистович А. С.* Пособие по психиатрии.—Л., 1954.
- Шаталова А. А., Мязер В. К.* Содержание адреналина и норадреналина в крови и его значение при неврозах // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова С. С.—1960.—Т. 60.—В. 10. —С. 1338-1341.
- Шульц И. Х.* Руководство по психотерапии / Перевод с немецкого. — Берлин: Врач. —1913.
- Шэн-юй-цзун* Лечение длительным сном некоторых форм навязчивых состояний. Автореф. диссертации. —1955.
- Щепкина Е. В.* Картина крови при пентоталовом наркозе // Хирургия. — 1948.—№6.—С. 17-21.
- Щербак А. Е.* К этиологии, профилактике и лечению современной психастении. В кн. «Известия Гос. ин-та физиолог, методов лечения им. Сеченова». —1927. — С. 559-572.
- Юдин Т. И.* Психопатологические конституции. —М., 1920; 1926.
- Яковлева Е. К.* Психотерапия невроза навязчивых состояний. Опыт терапии нервных и душевных заболеваний. —Л., 1939. —С. 79-85.
- Яковлева Е. К.* Психотерапия и профилактика невроза навязчивых состояний и психастении // Неврозы: Труды конференции, посвященной проблемам неврозов. —Л., 1955.
- Яковлева Е. К.* Электроэнцефалографические исследования при психастении и неврозе навязчивых

- состояний. Научная сессия, посвящ. вопросам клинической электрофизиологии. Тезисы докладов 3-6 февраля 1955 г. —Л., 1955.
- Яковлева Е. К.* Методика психотерапии невроза навязчивых состояний и психастении. Тезисы научн-практ. конф. по вопросам психотерапии. —М., 1956. — С. 76,77.
- Яковлева Е. К.* Методика психотерапии невроза навязчивых состояний и психастении//Вопросы психотерапии.—М., 1958. — С. 104-112.
- Яковлева Е. К.* Патогенез и терапия неврозов навязчивых состояний и психастении.—Л., 1958. 230
- ЯроцкийА. И.* Новые направления в лечении нервных болезней // Русская мысль. —1915.—№4.
- Abraham K.* Klinische Beiträge zur Psychoanalyse. Lpz—Wien, 1921. *Addisson M., Duval M. D.* Narcosynthes and hipnotism. Virgin. Med. Mentlly, 1945,73,3,101.
- Alexander F. G., French T. M.* Psychoanalytic therapy, principles and application, NY, Ronald Press, 1946.
- ArnaudL. F.* Sur la theorie dobsession. Arch. Neurolog., 1901, 12, 337-346.
- Barsa J., Kline N.* Combined reserpine, chlorpromazine in treatment of disrurbern. Psychotics. Arch. Neur. a. Psych., 1955,74,280-286.
- Berger O.* Grubelgucht und Zwangsvorstellungen. Arch. Psychiat., 1878, VIE, 616-623.
- Bernheim H.* О гипнотическом внушении и применение его к лечению болезни. —Одесса, 1877.
- BernheimH.* Suggestion, hypnotisme,psychotherapie.—Paris, 1891,1921.
- Bernheim H.* De la suggestion et des ses applications de la therapeutique. —Paris, 1891.
- Bilikievics T., Przeglą, Wazniejszych* Metod psychoterapii WSIK. Past. Neurol. Neurochir., psychiat., 1957, III, 24-65.
- Bilikievics T., GaluszkoP., Kaminski L.* Nerwice i ich leczenie. W., 1959.
- Бинсвангер О.* Учебник психиатрии. СПб, 1906. —С. 423.
- Bleckwen* Narcosis therapy in neuropsychcondition. Jama, 1930, 35.
- BleulerE.* LehrbuchderPsychistrie. Berlin, 1916.
- BleulerE.* LehrbuchderPsychistrie., 1930,5 Aufl.
- Bobon J., Debre Ch.* Narcoanalyse dun invalide de guerre hemiplegique depuis imit armies. Acta neurol. et psych, Belgica, 1949.
- Bonhoeffer K* Mtschr. f. Hsych., 1913,33.
- Bonhoeffer K.* Über die Beziehung der Zwangsvorstellungen zum Mannisch — Depressiven. Mtschr. Psych., Neurolog., 1913, XXXIII.4. 354-357.
- Borel A., Cenax M.* Rapport sur lobsession. VII conf. Psychoanal. Anception, 1993,3,234.
- Bourdon S, FlamantJ.* Etude experimentale de la reticence en narcoanalyse. Acta neurol., psych., Belgia, 1952,52,8 476-497.
- Bourdon S.* La subnarcoise barbiturique. Acta neurology et psych. Belgica, 1951,12,777. 231
- Braidel.* Neurohypnologie. Edinb., 1842; Paris, 1843.
- Braidel.* DerHypnotisme. Berlin, 1882.
- Bremer F.* Nouvelles recherches sur le mecanisme du sommeil, C R. Soc. Boil. Paris, 1936,122,460464.
- Bumke O.* Was singZwangsvorgange?Holl. U.S., 1906.
- CarpE.* Christian psychotherap. Zbl. GesNeur. Et Psych., Paris, 1956,131, 1,59.
- Caruso I. A., Urban H. I.* Jahresbericet tiber die psychotherapeutischen. Ambulans an der nervenlinik Innsbruck. Wien, 1948,28,2,193.
- Charcot I.* Contributions a Г etude de l'hypnotisme chez les hysteriques. Arch. Neurol., Paris, 1881, IV; 1882, III; 1883, V
- Charcot I.* Sem. medic, 1888.
- Chavanyl. A., BouvetM., HagenimberD.* Les rapports de la narcoanalyse et la psychanalyse en psychotherapie sans narcoise et de la psychanalyse. Sem. Hop, 1948,24,9,353.
- Claude #., MicaudH.* Psychastenie et schisophreniue. Ensephal., 1939/ 1941,4,421-446.
- Христозов Хр.* К вопросу о классификации неврозов // Журнал невропатологии и психиатрии.— 1960, LX, 10,1311-1317.
- CharcotI.* Поликлинические лекции в Сальпетриери. — СПб, 1889.
- Dagnelie* Psychanalyse clinique et narcoanaliyse (subnarcoise barbitu-rique). Acta neurolog, psych. Belgica, 1951,51,1,246.
- Darling H.* Shock treatment psychopathic personality. J. Nerv. M. Dis., 1946, 3.
- Dejerin H.* Le traitement des psychonevroses a Thopital par la methode disolement. Rev.Neurol., 1902,X.

- Dejerin H.* Semiologie des affections du systeme nerveux. Paris, 1914, 1212.
- Dejerin H., Hokler E.* Функциональные проявления психоневрозов, их лечение психотерапией. — 1912.
- Delay J., Deniker P.* Premiers essais de la reserpine. Tardien et comparaison Lempereur avec les effets de la Chlorpromazine. Presse med., 1955, 32, 663-665.
- Donath J.* Zur Kenntnib des Ananasmus. Arch. Psych. Nerv., 1896, 26, 1, 211-224.
- Dubois R.* Психоневрозы и их психическое лечение. — СПб, 1904.
- Dubois R.* О психотерапии. Авторизованный перевод. — 1911.
- Dubois J. N.* Die sensible Nervenendigungen in Herzen und in den Blutgefassen des Saugtieres. Arch. mire. Anat, 1898, 52, 232.
- Esquirol E.* Des maladies mentales, considerees sous les rapports medical, hygienique et medicolegal T. J. Paris, J. B. Bailliere, 1858, 159-224.
- Falrat M., J.* Folie raisonnante. Ann. Medico-psychol., 1866, VII, 382-426.
- Fervers C.* Die Narkoanalyse aller initialen Methoden der Psychotherapie. Munchen, 1951.
- Forel A.* Гипнотизм и лечение внушением. — СПб., 1905.
- Forel A.* De la suggestion. Ann. Psycholog. — 1927.
- Fortanier A.* Quelques remarques sur Implication delivresse au pentotal. Mtschr. Psych., Nerv., 1947, 113, 314, 248-252.
- Franke V. E.* Das Menschenbild der Psychotherapie. Wien. Med. Wnschr., 1954, 657.
- Freid S.* О психоанализе. М, 1911.
- Freid S.* Очерки по психологической сексуальности. Психоанал. биб-лиот., 1911, \ТП.
- Freid S.* Страх. Изд-во Совр. Проблемы. — М., 1927.
- Freid S.* Ztschr. f. Arzte. Fortbildung, 1922, 10.
- Friedlander A.* Zur Psychologie und Psychotherapie der Angst und Zwangsneurose. Munch. Med. Wmschr., 1923, 46, 1383-1386.
- Friedmann N.* Uber die Natur der Zwangsvorstellungen. Wiesbaden, 1920.
- Fromm E.* Escape from Freedom. New York, 1941.
- Fromm E.* The anatomy of Human destructiveness. New York, 1973.
- Fulton, Fostin* Physiology of the nervous system, 1943.
- Gramerius X.* Uber Psychotherapie in der Praxis. Ther. Woche, 1954, 4, 528.
- Grisinger W.* Душевные болезни / Перевод с немецкого. — СПб, 1886.
- Grisinger W.* Uber einen wenig bekannten psychopatischen Zustand. Arch. Psych. et Nervenkrank. Berlin, 1868-69, 626-635.
- Hinkley P., Hermann L.* Gruppenbehandlung in der Psychotherapie. Zbl. gen. Neur. u. Psych., 1955, 131, B-B, 1154.
- Hoch A.* Handbuch der gerchflichen. Psychiatrie, unter Mitwirkung non Aschaffenburg. Berlin, Verl. v. A. Yirschwald, 1901.
- Hoch P.* The present status of narcodiagnosis and therapy. J. Neur. a. Menthol. Dis., 1946, 103, 3, 248-259.
- Hofinan H.* Caracter und Umwelt. Berlin, 1928.
- Hojman H.* Uber die Zwangsneurose. Tibing, 1934.
- Hollander L.* Quelques resultats de la narcoanalyse des Psychonevroses. Acta neurolog. et psychiat. Belgica, 1949, 49, 6, 369, 233.
- Holzer, Wolfgang.* Arztliche und nichtarztliche Psychotherapie. Wien. Klin. Wnschr., 1950.
- Homey K.* New ways in psychoanalysis. Norton, 1939.
- Horsley R.* Narcoanalysis. Lancet 1, 1936, 55.
- Horsley R.* Narcoanalysis. Medical public. London, 1943.
- Hulse, JW//fe^* Gruppen-Psychotherapie in America. Schw. Arch. Neur. u. Psych. 1947, LXI, 1/2, 199.
- Jacob W.* Erfahrungen mit der Narcoanalyse als diagnostische und therapeutische Methode. Psych. Neur. med. Psych., 1953, 10, 355-358.
- Jahrreiß W.* Storungen des Denkens. Zwangsdenken Bumke. Handb. d. Geisteskrankheiten, 1928, 1, 572-596.
- Janet P.* Les obsession et la psychostenie. Paris, 1903.
- Janet P.* Неврозы. — М., 1911.
- Janota O. K.* hodnoceni t. zw. narkoexplorace. Casopie lecaru oeskych, 1955, 13, 323.
- Jastrowitz* Allgem. Ztschr. f. Psych. 1881, 734.

- Jaspers K.* Allgemein Psychopathologie. Berlin, 1913.
- Jones E.* Невроз навязчивых состояний. В кн.: «Терапия неврозов». — М., 1960.
- Jung K. G.* Diagnostische Assoziationsstudien, 1911.
- Kahn E.* Die psychopathischen Personalitäten Bunke, Hand, Geisterkrankheiten., 1928,5,227-306.
- Keith M., Klane M. D., Fritz Kant M. D.* Investigations on the use of cortical stimulants with sodium amytal for narcoanalysis. J. Nerv. a. Ment. Dis., 1953,117,2,140.
- Кермен Бриан* Психология на службе реакции // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова С. С., 1954,54,4-308.
- Kleinsorge H., Klumbies C.* Technik der Relaxation. Jena, 1962.
- Kleinsorge H., Klumbies C.* Техника релаксации.—М., 1965.
- Kraepelin E.* Учебник психиатрии для врачей и студентов. —М., 1895; 1910; 1915; 1916.
- Kraepelin E.* Psychiatric Ein Lechbruch für Studierende und Ärzte. Leipzig, 1915.
- Kraft-Ebing R.* Beiträge zur Erkennung und richtigen forensischen Beurteilung Krankhafter Gemutzzustände. Erlangen, 1867, Verlag von E Enke, 81-88.
- 234
- Kraft-Ebing R.* Учебник по психиатрии / Перевод с немецкого. — М., 1897,79-84.
- Kraft-Ebing R.* Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage, 1897, 79-84.
- Креyndлер А.* Астенический невроз. 1963.
- Kretzschmer E.* Внушение. — Киев, 1924; 1925; 1927; 1946.
- Kretzschmer E.* Der sensitive Beziehungswahn. Berlin, 1918.
- Kretzschmer E.* Медицинская психология. — 1927.
- Legrand du Saulle* La Folie du claude. Paris, 1875.
- Legrand du Saulle* Etude clinique sur la peur des espaces (agoraphobies des allemands). Paris, Adr. Delahave, 1878.
- Lembert* Intravenous barbiturates in the treatment of hysteria. Brit. Med. J., 1944, VH, 538,70.
- Liebeaut A. A.* Le sommeil et les états analogues considérés surtout au point de vue de l'action du moral sur la psychique. Paris, 1886.
- Loewenfeld J.* Lehrbuch der gesamten Psychotherapie. Visbaden, 1897.
- Loewenfeld J.* Die psychischen Zwangsvorgänge. Visbaden, 1904.
- Magnan V.* Leçons cliniques sur la maladie mentale. Paris. 1897.
- Majer-Gross W., Slater E., Roth M.* Clinical psychiatry. London. 1954,140-150.
- Masserman I.* Behaviour and neurosis. Chicago, 1944.
- Meduna L. J.* The mode of action of carbon dioxide treatment in human neuroses. J. Neur. a. Ment. Dis., 1953,117,1,39-40.
- Meggendorfer* Über spezifische Vererbung einer Angst und Zwangsneurose. Zbl. f. Neur. u. Psych., 1922, 30.
- Mesmer A.* Mémoire sur la découverte du magnétisme animal. Paris, 1779.
- Mesmer A.* Allgemeine Erläuterungen über den Magnetismus und der Somnambulismus. Berlin, 1812.
- Meynert Th.* Über Zwangsvorstellungen. Wien. Klin. Wnschr., 1888,5.
- Morel B.* Du délire émotif, neurose du système nerveux ganglionnaire viscéral. Arch. gen. Med., Paris. 1866.
- Morgenthauer F.* Pores et fils. Histoire d'un cas clinique. Psych., Paris, 1952,7,204.
- Moruzzi G.* The Physiological projection of the brain stem reticular formation. In Jasper H. H., Brain mechanism and consciousness. Oxford, 1954.
- 235
- Müller Ch.* Der Übergang von Zwangsneurose in Schizophrenie im Lichte der Anamnese. Schweiz. Arch. Neurolog. u. Psychiatr., 1953,72,218.
- Müller P., Hegemann D.* Psychotherapie. 1961.
- Обесендер В.* Психотерапия и врачебная практика. 1922,5-12.
- Pakesch E.* Zur medikamentösen Behandlung der Zwangskrankheiten. Wien. Klin. Wnschr., 1961,45,73.
- Pilcz A.* Zur Kasuistik der psychischen Zwangsvorgänge. Wien, 1909,139— 214.
- Pinel Ph.* Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. Paris, Brosson, 1809,2 ed.
- Pipers A., Regis E.* Semiologie des obsessions et idées fixes. Compt. Intern. Med 1897; mose, 1899,7,3-66.
- Platzer O.* Die Biodrama, eine Form der Spieltherapie. Z. Psychother., 1954, 4, 297.
- Raymond D.* Неврозы и психоневрозы. —СПб, 1910.

- Reifenberg E.* Uber eine mit Ascorbinsaure wesentlich gebesserte Zwangsneurose. Psychiat. Neurol. Ved. Psychol., 1954,4,161-166.
- Roenbaum, Milton* Pentotal-sodium as an adjusted in therapy of anxiety, hysteria. Arch. Neurol, a. Psych., 1948,60,1,70.
- Rogerson* Narco-analysis with nitronsoxide. Brit. Med. 1,1944,4,354,812.
- Rumke H. L.* Die Bedeutung der Tiefenpsychologie und Narcoanalysis in der Rechtspflege vom Standpunkt des klinischen Psychiatres. Dtsch. Zschr. Ges. Gericht. Med, 1952,41,4/5,360.
- Scarpalzos S.* Le traitement cumbulature pour chloromazine des psychoneuroses et de certaines manifestations epileptiques. Encephal., 1916, XIII 4,722-730.
- Scharlin M. A.* Le probleme de la narco-analyse chimique en medecine legale. Ann. Med. Leg., 1961.
- SchilderP.* Psychotherapy. № 4, 1938.
- SchilderP.* The organic background of obsessions and compulsions. Amer. J. Psych., 1938; 1939.
- SchilderP.* ZurNarcoanalyse. Wien. Klin. Wschr., 1950,39, 742.
- Schneider K.* Diepsychopathischenpersonlichkeiten. Liepzig—Wien, 1923.
- Seehehaye V.F.* Die symbolische Wunscherfullung. Darstellung einer neuen psychotherapeutischen Methode und Tagebuch der Kranken. Ubers. Von Margarete Christoffau. Cteile Allemann. Zbl. ges. Neur. u. Psych., 1955, 132, s. 3226.
- 236
- Slawson* Group psychotherapy. Drit. Med. J., 1949,4,596,297.
- Sperling E., Beroffka* Erfahrungen midten sogenannten Zwangsneurosen. Arch. f. Psych, u. Nerbenrank. Berlin, 1954,192,1,143-156.
- StekelN.* AngstzustandeundihreBehardlung. Wien,Berlin. 1942, 2Aufl.
- Sterhng G.* Zur psychopathologie und Kleinik der Angstzustande. Berlin, 1939.
- Stevenson J.* Processes of «apontaneuroses» recovery from psycho-neuroses. Amer. J. Psychiat, 1961,117,12,1057-1064.
- Stocker W.* Uber Genese und Klinische Stellung der Zwangsvorstellungen. Ztschr. Neur. u. Psych., 1914, XXIII, 121-289.
- Stokvis, Berthold* Das Ubertragungsphanomen in der Gruppen psychotherapeutischen Behandlung psychosomatischen patienten mittels der Psycho-und Soziodramas. ActaPsychothtr. Basel, 1955, 3,250.
- Stratton H. G, TorentM. D., Ont G. K, Hobbs D., Garsealen H. B., London V. D.* Sub. Coma Insulin and pentotal-sodium as aids to psychotherapy. Amer. J. Psychiat., 1947,104,1,56.
- Sullivan H. S.* The interpersonal Theory of Psychiatry, W., 1953,4.
- Sullivan H. S.* Conception of modern Psychiatry. Washington, W. A. White. Psychiat, Found., 1958.
- TeirechP.R.* Dynamische Psychotherapie. Wien. Med. Wnschr., 1949,39/ 40,3400.
- Thomsen R.* Kliniche Beitrage zur Lehre vonden Zwangsvorstellungen und Verwendten psychischen Zustranden. Arch. Psychiat. u. Nervenkrankh. Berlin, 1895, XXVH
- Tilkin L.* The present status of marcosynthesis, using Sodium Pentothal and Sodium Amytol. Diseas, Nerv. Syst., 1949,10,7,215.
- Vallon Ch., MorieA.* Construction Г etude de quelques obsessions. Cotp. rend. cong. Intern, med. 1897, Mosc. 1899,1,66-82.
- Вильгельми Ф. А.* Отчет о Фрейбургском съезде // Журнал невр. и псих. им. Корсакова С. С, 1957, VII, 11,1430.
- WestphalG.* Die Agoraphobic Arch. Psychiat. Nervenken., 1871,111,138-161. *Westphal G.* Uber Zwangsvorstellungen. Berl., Klin. Wchschr., 1877,46-47. *WexbergE.* Die Grundstory der Zwangsneurose. Ztschr. Neur. u. Psych., 1929.
- Wiele* Zur Lehre Vonden Zwangsvorstellungen. Arch, f Psych., 1882. *Wilson A.* Group psychotherapy. Brit. med. J., 1949, 5,4596,227.

237

ВундтБ. Гипнотизм и внушение / Перевод с немецкого, 1893.

Выметал О. Некоторые аспекты нозологической концепции неврозов. Neuroses. 1959.

Уэллс Г. К. Зигмунд Фрейд и его учение // Вопросы философии. — 1959.—№6. —С. 107.

Уэллс Г. К. Фрейдизм и его современные реформации // Вопросы философии. —1959. — № 12. — С. 44.

Оглавление

Введение.....3

Глава I. Исторический аспект создания наркопсихотерапии и ее применение при лечении неврозов.....7

Глава II. Модификация метода наркопсихотерапии (наркогипноза) при лечении неврозов с состояниями навязчивости.....	15
Глава III. Вопросы клиники и патофизиологических механизмов неврозов с состояниями навязчивости.....	28
Глава IV. Лечение неврозов с состояниями навязчивости.....	48
Глава V. Собственные клинические данные при наркогипноанализе неврозов с навязчивостями.....	56
Глава VI. Динамика явлений навязчивости при неврозах под влиянием наркогипноанализа.....	98
Глава VII. Анализ клинико-экспериментальных данных и их значение для понимания патофизиологических механизмов неврозов с навязчивостями и особенностей наркогипноаналитического воздействия на них.....	148
Глава VIII. КагаМНеЗ больных неврозами с навязчивостями после наркогипноанализа.....	198
Глава IX. Дифференциально-диагностические критерии неврозов с навязчивостями.....	208
Заключение.....	216
Литература.....	219
	239

Научное издание

Каменецкий Давид Александрович

Наркогипноанализ неврозов с навязчивостями

Заведующая редакцией *Т. А. Денисова*

Редактор *Е Р Наумова*

Корректор *Е. Н Клитина*

Компьютерная верстка *Я. В. Калашиниковой, О. Ю. Самариной*

Издательство «Гелиос АРВ»

Издательская лицензия ЛР № 066255 от 29.12.98 г.

107140, г. Москва, Верхняя Красносельская ул., 16.

Тел./факс: (095) 264-44-39, e-mail: info@gelios-arv.ru

Адрес в Internet: <http://www.gelios-arv.ru>

Формат 84x108/32. Бумага офсетная. 7,5 п. л.

Тираж 1000 экз.

Заказ № 981.

Отпечатано с готовых диапозитивов

в ОАО "Чебоксарская типография № 1".

428019, г. Чебоксары, пр. И. Яковлева, 15.

Текст взят с психологического сайта <http://www.myword.ru>