

616.  
M1994

ВСЕСОЮЗНОЕ ОБЩЕСТВО  
ПО РАСПРОСТРАНЕНИЮ  
ПОЛИТИЧЕСКИХ И НАУЧНЫХ  
ЗНАНИЙ

ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК  
ПРОФЕССОР  
В. Н. МЯСИЩЕВ

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ  
О НЕВРОЗАХ

Серия III  
№ 10

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ЗНАНИЕ»  
Москва — 1956

Фр 1176/20

ВСЕСОЮЗНОЕ ОБЩЕСТВО  
ПО РАСПРОСТРАНЕНИЮ ПОЛИТИЧЕСКИХ И НАУЧНЫХ ЗНАНИЙ

---

---

Доктор медицинских наук  
профессор  
В. Н. МЯСИЩЕВ

616.8  
М 994

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ  
О НЕВРОЗАХ

бр 1176/2

БИБЛИОТЕКА  
УзСХИ  
г.р. Самарканд

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ЗНАНИЕ»

---

---

Москва



1956

К.

## СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Введение . . . . .	3
Учение И. П. Павлова о неврозах и его развитие . . . . .	6
Современный этап развития учения о неврозах человека . . . . .	14
Лечение и предупреждение неврозов . . . . .	25

★ К ЧИТАТЕЛЯМ ★

Издательство «Знание» Всесоюзного общества  
по распространению политических и научных  
знаний просит присылать отзывы об этой брошюре  
по адресу: Москва, Новая площадь, д. 3/4.

★

Автор  
Владимир Николаевич Мясищев.

Редактор О. М. Бешюмов.  
Техн. редактор П. Г. Ислентьева.  
Корректор Л. С. Малышева.

А 03328. Подписано к печати 17/III 1956 г. Тираж 77 000 экз. Изд. № 253.  
Бумага 60×92<sup>1</sup>/<sub>16</sub>—1 бум. л.=2 печ. л. Уч.-изд. 2,17 л. Заказ 549.

Ордена Ленина типография газеты «Правда» имени И. В. Сталина.  
Москва, ул. «Правды», 24.

## ВВЕДЕНИЕ

О неврозах и нервности много говорят и пишут. В этой области собран огромный фактический материал, теоретически и практически значимый, вызывающий живой и разносторонний интерес не только у врачей. Широкие массы населения интересуются вопросами нервного здоровья прежде всего потому, что зачастую встречаются с более легкими нервными нарушениями, обычно называемыми нервностью, еще не представляющими болезни, но создающими ряд жизненных затруднений и отражающимися решительно на всех сторонах деятельности организма.

Каждому приходилось слышать о том, что не только раздражительность, плохое настроение, снижение работоспособности, головные боли, ослабление памяти объясняются состоянием нервной системы, но что на так называемой «нервной почве» нарушается деятельность сердца и сосудов, органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, возникают нарушения половых функций, обмена веществ и т. п. В силу этого пресловутая и вместе с тем загадочная «нервная почва» является предметом активного и нередко тревожного интереса самых широких кругов.

Действительно, каждому человеку не только интересно, но и весьма важно иметь правильное представление о величайшей ценности — нервном здоровье, о причинах его нарушения и о неврозах, как часто встречающихся, нередко пограничных между здоровьем и болезнью формах этих нарушений. Однако до последнего времени относительно природы неврозов как нервного заболевания, очень близкого к наблюдаемой в условиях повседневной жизни нервности, не было единого, достаточно обоснованного научного представления, позволяющего осветить формы проявления, причины неврозов и средства борьбы с ними.

В советских условиях достигнуты значительные успехи в этом направлении. Им главным образом и посвящена данная работа.

\* \* \*

Первым заболеванием из группы неврозов, выделенным уже в древние века, была *истерия*. Описанная еще в древней Греции, эта болезнь еще до XIX века большинством медиков наивно связывалась с заболеваниями матки.

Лишь во второй половине XIX века ряд крупных французских невропатологов, особенно Шарко, а потом и другие выдающиеся невропатологи и психиатры (упомянем Бабинского, Соллье, Жанэ, Бехтерева) дали настоящую клиническую характеристику этого заболевания.

Бесконечно разнообразны болезненные проявления этого страдания. Истерия названа Шарко *grande simulatrice* — великая притворщица. Она может имитировать любое заболевание. Ее проявления необычно многообразны: судорожные припадки, боли, судороги и параличи с нарушением чувствительности, колебаниями температуры, всевозможные расстройства желудочно-кишечного тракта (рвоты, запоры, вздутия живота с явлениями, похожими на заворот кишок), сердечно-сосудистой деятельности, дыхания, мочеотделения, потоотделения и т. д. Существует ряд особенностей, характеризующих это заболевание. Сюда относятся:

1. Роль острых переживаний (конфликтов, неудач, других потрясений, разочарований) в возникновении этого заболевания.

2. Роль особенностей характера заболевших, у которых часто отмечаются избалованность, эгоизм и эгоцентризм, склонность привлекать внимание, склонность к преувеличению, тщеславию и властолюбию, болезненное безволие, неустойчивость, упрямство и негативизм. Эти черты сделали термин «истерия» обидной кличкой.

3. Роль воображения, внушения и самовнушения в развитии болезненного состояния.

4. Легкая податливость гипнозу и устранение болезненных явлений, по крайней мере временное, под влиянием психотерапии, особенно внушения.

Другой невроз был впервые описан во второй половине XIX века американцем Бердом и назван им *неврастенией*. Неврастения иначе обозначается как раздражительная слабость нервной системы. Картина этого болезненного состояния тоже довольно известна. Раздражительность, неустойчивое или подавленное настроение, утомляемость, слабость, жалобы на головную боль, плохую память, плохой сон и аппетит. К этому нередко присоединяются боли в различных частях тела, повышение сердечно-сосудистой возбудимости, половая слабость, нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта. Еще Берд различал две формы неврастении — раздражительную и вялую, в зависимости от преобладания раздражительности или слабости. Причиной неврастении обычно считалось перенапряжение, связанное с волнением, переутомлением или соматическим заболеванием как ослабляющим фактором.

В начале XX века известным французским психологом и психиатром Жанэ был выделен невроз, названный им *психастенией*. В своей большой работе «Обсессии и психастения» Жанэ объединил две формы неврозов, ранее описывавшихся раздельно.

но. Обсессии, или навязчивые состояния, были описаны еще в древности, но лишь в первой половине XIX века они были подробно изучены в условиях клиники. Основным для обсессивного невроза являются навязчивые представления, мысли, воспоминания, эмоции, особенно разнообразные формы навязчивых страхов, так называемых фобий, и навязчивые действия.

Для навязчивых состояний характерно то, что больной сознает нелепость или неосновательность своих мыслей или представлений и недопустимость и преступность своих побуждений, но не может освободиться от них, пока они сами не исчезнут. Если одни навязчивые состояния тяготят больного тем, что он утрачивает способность управлять течением своих психических процессов, то такие навязчивые явления, как стремление выбраться в окно или убить своего ребенка, вызывают вдобавок к этому тягчайшие переживания: страх, отвращение к себе, мучения совести.

Жанэ присоединял к навязчивым состояниям различные проявления слабости, утомляемости, безволия, нерешительности, характеризуя их как чувство неполноты, и объяснял все эти болезненные свойства потерей психического напряжения.

Помимо названных, в числе основных общих неврозов описывались так называемые вегетативные неврозы, неврозы органов и профессиональные неврозы, однако признание их самостоятельными формами справедливо подвергалось сомнению. При вегетативных неврозах, обычно на фоне общей нервности и слабости, обнаруживается ряд нарушений вегетативной нервной системы (общие и местные нарушения функции сосудов, потоотделения, питания тканей, терморегуляции и др.).

При так называемых неврозах органов — сердца, органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, половой системы, кожных покровов — отмечаются выраженные расстройства их деятельности, обусловленные нарушением центральной регуляции. При так называемых профессиональных неврозах на первый план выступает расстройство профессиональных движений. Например, у машинисток, стенографисток, телеграфистов, пианистов, скрипачей, певцов выполнение профессиональных движений при этом страдании затрудняется, возникают судороги и болезненность соответствующих мышц.

Здесь следует упомянуть также о своеобразном неврозе речи — заикании.

При дальнейшем изучении неврозов было установлено, что болезненные проявления, внешне сходные с невротическими, обнаруживаются при заболеваниях, вызываемых органическими поражениями мозга (воспаления, опухоли, рассеянный склероз и др.), при внутренних заболеваниях (туберкулез, гипертоническая болезнь, гипертиреоз, авитаминозы, гинекологические заболевания и т. д.), а также при начальных стадиях психозов. В связи с этим возникло отрицание неврозов, как самостоятель-

ных заболеваний, и стало распространяться представление о неврозах, как о симптомах или болезненных картинах (синдромах), которые могут обнаруживаться при различных болезненных состояниях.

Лишь в 20-х годах XX века в результате развития клинических исследований окончательно сформировалось представление о неврозах, как особой форме заболеваний, психогенных по преимуществу. Термин «психогения» был предложен для обозначения болезненных нарушений, вызванных психическими причинами, т. е. тяжелыми переживаниями, потрясениями, конфликтами и другими отрицательно влияющими на психику моментами.

Основным методом лечения неврозов соответственно их происхождению была признана психотерапия.

Однако богатство и многообразие фактов, связанных с неврозами, требовало единой клинической, социальной и прежде всего физиологической теории. Такой физиологической теорией и послужило учение И. П. Павлова. Основы этой теории и учение И. П. Павлова у нас широко известны. Поэтому мы остановимся более подробно на последнем этапе развития физиологии неврозов.

#### УЧЕНИЕ И. П. ПАВЛОВА О НЕВРОЗАХ И ЕГО РАЗВИТИЕ<sup>1</sup>

Существенной частью учения И. П. Павлова, тесно связавшей физиологию высшей нервной деятельности с патологией, является его учение об экспериментальных неврозах.

И. П. Павлов с сотрудниками показали, что, не нанося какого-либо повреждения мозгу или организму животного, можно вызвать у него тяжелые болезненные нарушения высшей нервной деятельности. Нарушения вызывались трудными условиями нервной деятельности или сложными задачами, которые ставились перед животным в ходе опыта. Это были или чрезмерно сильные воздействия, или слишком трудные задачи по различению (дифференцировке) раздражителей, превращению положительного условного раздражителя в отрицательный и, наоборот, отрицательного в положительный и т. п.

<sup>1</sup> Не имея возможности изложить здесь учение И. П. Павлова, я рекомендую читателям для лучшего уяснения излагаемого материала ознакомиться со следующей литературой:

- 1) И. П. Павлов. Условный рефлекс. Полное собрание сочинений, т. III, кн. 2. Изд-во АН СССР. 1951.
- 2) И. П. Павлов. О неврозах человека и животного (там же).
- 3) И. П. Павлов. Типы высшей нервной деятельности в связи с неврозами и психозами (там же).
- 4) А. Г. Иванов-Смоленский. Очерки патофизиологии высшей нервной деятельности. Медгиз. 1953.
- 5) С. Н. Давиденков. Неврозы в свете учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности. Изд-во «Знание». 1948.

Анализируя причины нарушения нервной деятельности собаки, И. П. Павлов указывал, что дело заключается в столкновении, или «сшибке», и связанном с этим перенапряжении основных нервных процессов — раздражительного или тормозного, их обоих вместе, или в перенапряжении подвижности этих процессов. В результате возникает, и тем скорее, чем слабее и неуравновешеннее нервная система собаки, расстройство, или так называемый «срыв» высшей нервной деятельности.

Нарушение нервной деятельности в одних случаях проявляется в том, что у животного непрерывно выделяется слюна, оно мечется и рвется, визжит, лает, воет. Это срыв в сторону преобладания возбуждения.

В других случаях животное перестает реагировать на раздражитель и иногда засыпает. Это срыв в сторону торможения. При срыве нарушается деятельность не только слюнных желез, но и всех других органов. В более тяжелых случаях животное перестает вести себя нормально и вне экспериментальных условий: оно утрачивает аппетит, подвижность, вяло реагирует на окружающее. У животного развивается дистрофическое состояние: оно худеет, у него выпадает шерсть, появляются бородавки, экзема и даже опухоли внутренних органов.

Иногда болезненное изменение имеет частичный характер. Например, у здорового, в остальном вполне нормального животного образуется стойкая стереотипная реакция, не соответствующая новым раздражителям, но представляющая зафиксированный ответ на ранее применявшееся раздражение.

Так, у собаки, на которую действовало в качестве условного раздражителя тихое шипение из-под станка, ориентировочный рефлекс заглядывания под станок стал столь прочным, что при действии различных раздражителей, расположенных в других местах, она прежде всего заглядывала под станок. Фиксированное движение собаки напоминало навязчивое действие. Это нарушение было объяснено как результат перевозбуждения раздражительного процесса, который приобрел застойный характер.

В опытах, проведенных М. К. Петровой, у собаки после экспериментального перенапряжения была обнаружена ранее отсутствовавшая у нее боязнь высоких мест, в частности пролета лестницы. Это явление было названо, по аналогии с данными клинки, фобией (навязчивым страхом) глубины.

В ряде случаев только те условные раздражители, которые связаны с трудными для животного задачами, становились болезнетворными, иначе, вызывали у него болезненную реакцию. Другие же раздражители, не связанные с трудной задачей, сопровождалась нормальной реакцией. Эти данные легли в основу понятия об изолированных болезненных пунктах в коре головного мозга. ненормальная (патологическая) реакция характеризовала измененное состояние мозговой клетки или комплекса

клеток, на которые действовал ставший болезнетворным раздражитель.

Н. Е. Введенский и И. П. Павлов, пользуясь разными методами, установили общую характеристику болезненных изменений, при которых реакции становятся неправильными, или, как говорят, неадекватными. Это знаменитые «парабиотические реакции» Введенского и «переходные, фазовые или гипноидные состояния» И. П. Павлова. Сюда относится фаза *уравнительная*, при которой различные по силе и качеству (значению) раздражители вызывают одинаковые по величине реакции, *парадоксальная* фаза, при которой сильный раздражитель вызывает слабую реакцию, а слабый раздражитель — сильную реакцию, и *ультрапарадоксальная* фаза, при которой положительный раздражитель начинает вызывать отрицательную, а отрицательный — положительную реакцию. Наконец, самой глубокой в смысле болезненного изменения является фаза *торможения*, при которой невозможно вызвать никакие реакции. Фазовые состояния — стадии все углубляющегося торможения — представляют переход от нормального состояния к полному прекращению деятельности.

Болезненные явления, однако, наблюдаются не только при разных степенях торможения, но и при разных степенях возбуждения. Эта сторона вопроса до сих пор остается неразработанной. Она привлекла лишь внимание Н. И. Красногорского, установившего несколько фаз, или степеней, возбуждения.

Как учит И. П. Павлов, торможение является мерой самозащиты организма. Состояние такого «охранительного, или запретного, торможения» предотвращает истощение мозговых клеток. При ослабленной нервной системе, как показал И. П. Павлов, иногда обнаруживается кратковременная сильная «взрывная» реакция, быстро сменяющаяся торможением (сочетание повышенной возбудимости и истощаемости нервной системы).

Чрезвычайно важными, но недостаточно использованными в применении к неврозам являются данные И. П. Павлова о временной связи — ассоциации, которая может образоваться между безразличным раздражителем и болезненным состоянием мозга. Именно поэтому безобидное приклеивание и отклеивание слюнной капсулы при подготовке животного к трудному для него исследованию вызывает у него болезненно резкую отрицательную реакцию. И. П. Павлов объяснял эту болезненную реакцию как результат ассоциации легкого раздражения кожи с «трудным состоянием в мозгу», испытываемым животным при решении трудной для него задачи.

Таковы наиболее важные установленные И. П. Павловым положения, связанные с физиологией неврозов у животных.

Заложив основы патофизиологии высшей нервной деятельности животных, И. П. Павлов занялся изучением высшей нерв-

ной деятельности человека и ее нарушений у нервно- и душевнобольных.

Приведенные данные об экспериментально вызванных у животных болезненных реакциях пролили свет на механизм возникновения некоторых ненормальных реакций у больного человека. Вместе с тем И. П. Павлов установил ряд особенностей высшей нервной деятельности человека, имеющих большое значение для правильного понимания как нормальной деятельности человеческого мозга, так и болезненных отклонений в его работе. Сюда, прежде всего, относится учение о двух системах сигнализации действительности и двух соответствующих системах корковой деятельности у человека.

В соответствии с этим получило дальнейшее развитие учение о типах высшей нервной деятельности. Раньше у животных по различному соотношению трех основных свойств нервных процессов — силе, подвижности и уравновешенности — были установлены четыре общих основных типа: 1) сильный уравновешенный подвижный; 2) сильный уравновешенный инертный; 3) сильный неуравновешенный и 4) слабый. У людей этим типам соответствуют еще в древности установленные четыре темперамента: сангвинический, флегматический, холерический и меланхолический, между которыми существует ряд переходных. Кроме того, И. П. Павловым на основе клинических наблюдений были установлены специально человеческие типы высшей нервной деятельности — художественный, мыслительный и средний типы, отличающиеся различным соотношением первой и второй сигнальных систем. Нужно заметить, что не только психологи и психиатры, но и некоторые физиологи ошибочно рассматривают их лишь как типы мыслительной деятельности. На самом же деле, это и типы переживаний и типы деятельности. Тип художественный, как известно, характеризуется не только преобладанием конкретно-образного мышления над отвлеченным, абстрактно-логическим, но и выраженной эмоциональностью, непосредственностью и цельностью реакций. Мыслительный тип характеризуется преобладанием аналитически опосредованного восприятия и относительной слабостью эмоциональных реакций.

И. П. Павлов показал, что лицам, заболевающим истерией, более свойственен слабый художественный тип, а лицам, страдающим психастенией, — слабый мыслительный тип. Неврастеникам свойственен слабый средний тип высшей нервной деятельности.

Истерия, по И. П. Павлову, представляет невроз, характерный для слабой нервной системы, в силу этого склонной к разлитому пассивному торможению коры головного мозга и отличающейся не только преобладанием первой сигнальной системы, но и перевесом подкорковых реакций, связанных с повышенной эмо티브ностью, «буйством» подкорки. Механизм истерии

ческой реакции, по Павлову, заключается в том, что возникающее в коре возбуждение вызывает вследствие корковой слабости торможение в других отделах коры и вместе с тем значительное возбуждение подкорковой области, которое, поддерживая возникающий очаг возбуждения в коре, также усиливает торможение других областей коры.

Другую форму невроза — психастению — характеризует неуверенность, сомнения, нерешительность и безволие, свидетельствующие одновременно о слабости корковой деятельности и о недостаточности реакции первой сигнальной системы. Отсюда же, по Павлову, происходит утрата психастеником чувства реальности (Жанэ), когда окружающее вызывает сомнение в реальности его существования.

Разделяя неврастению на гиперстеническую и гипостеническую формы, И. П. Павлов первую рассматривал как результат ослабления процесса внутреннего торможения, а вторую — как результат ослабления и раздражительного и тормозного процессов.

И. П. Павлов подверг анализу состояния, которые назывались навязчивыми. На основе сопоставления клинической картины этих болезненных состояний и данных, полученных в ходе опытов на животных, он пришел к выводу, что сущность нарушения при навязчивых состояниях заключается в образовании в коре головного мозга очага застойного возбуждения или торможения.

И. П. Павлов указывал на сходство и различие между неврозами навязчивости и паранойей — психическим заболеванием с систематизированным бредом. Хотя между этими состояниями существует ряд переходов, но при неврозе навязчивости обычно обнаруживается критическое отношение, сознание болезненности своего состояния, а при паранойе этой критики нет. Общим для обоих заболеваний является болезненная устойчивость в одном случае навязчивой, в другом — бредовой идеи. Физиологически этой устойчивости некоторых симптомов соответствует инертность нервных процессов в отдельных участках коры головного мозга с фазовым изменением их реакций (ультрапарадоксальная фаза). Вместе с тем И. П. Павлов показал, что в основе психастении и невроза навязчивости лежат разные нервные механизмы и что отождествлять эти болезненные состояния, как это делает Жанэ, нельзя.

Изучение болезненных расстройств нервной деятельности и влияния различных условий на процесс восстановления позволило И. П. Павлову выдвинуть ряд важных положений лечебно-профилактического характера.

При работе с трудными задачами, вызывавшими невроз, показано было важное значение отдыха, прекращения работы. В высшей степени благотворное влияние оказывал сон. Из лекарственных веществ явно благоприятное действие оказывал

бром, но не как средство, непосредственно снижающее возбудимость, а как средство, укрепляющее процесс внутреннего торможения.

Еще при жизни И. П. Павлова М. К. Петрова обнаружила, что в ряде случаев хорошие результаты дает комбинированное лечение бромом и кофеином, укрепляющее и тормозной и раздражительный процессы. Впервые были экспериментально обоснованы дозировки лекарственных веществ; было показано, что бром оказывает эффективное действие даже в крайне малых дозах — в миллиграммах. Была установлена также тесная связь между эффективной дозой лекарственного вещества и силой нервной системы: чем слабее нервная система, тем меньшей должна быть доза, и наоборот. Наконец, было обнаружено участие условнорефлекторного механизма в действии лекарств. Так, например, при повторных впрыскиваниях животному морфия ряд связанных с этой процедурой ранее безразличных моментов, например один вид шприца, вызывает снотворный эффект. То же относится к другим лекарствам.

Таковы основные факты, установленные И. П. Павловым и ставшие краеугольным камнем современного учения о неврозах.

Последующие работы, не изменив основных положений И. П. Павлова, внесли ряд существенных дополнений как в теорию, так и в клинику неврозов.

Здесь в первую очередь относятся работы М. К. Петровой, К. М. Быкова, П. С. Купалова, М. А. Усиевича, А. Г. Иванова-Смоленского, П. К. Анохина и их сотрудников, а также И. А. Ветюкова и И. М. Аптера.

Эти исследования обнаружили при неврозах нарушения деятельности всех внутренних органов. Работы К. М. Быкова и его сотрудников показали важную роль интерорецепции, т. е. влияния раздражения нервных окончаний, расположенных во внутренних органах.

Особенно важно в работах К. М. Быкова доказательство того, что перенапряжение, вызывающее неврозы, связано не только с восприятием внешних раздражений — экстерорецепцией, но и с восприятием раздражений внутренних органов — интерорецепцией, которая может нарушаться, становиться извращенной, и соответственно ненормальными могут становиться реакции внутренних органов. Так, сосуды в ответ на раздражение, нормально вызывающее их сокращение, начинают расширяться. То же относится и к другим внутренним органам.

Длительное интерорецептивное раздражение при несоответствующей реакции внутренних органов, по К. М. Быкову, является существенным источником невроза и при дальнейшем действии вызывает органическое изменение. Производящая невроз «сшибка» включает не только внешние раздражения, но и соотношение внешних и внутренних раздражителей. «Сшибка» может произойти, в частности, в том случае, если внешние и внутренние раздражения будут иметь разное — одно положительное, другое — отрицательное значение.

К. М. Быков указывал на то, что нет рефлекторных изменений, которые касались бы какого-либо одного процесса, что всякое, в том числе и патогенное, раздражение приводит к изменению деятельности всех систем организма.

Существенные факты, способствующие развитию учения о неврозах, установлены П. С. Купаловым с сотрудниками. Так, ими показано, что экспериментальные неврозы могут быть вызваны: а) подкреплением условного раздражителя количественно недостаточным безусловным раздражителем (например, вместо обычных 20 граммов животному дают 2 грамма мясо-сахарного порошка); б) накоплением (суммацией) пищевого раздражения с условным при частом их повторении, ведущем к перевозбуждению животного; в) заменой при выработанном рефлексе безусловного раздражителя (например, замена сахарной воды простой водой, вызывающей при этом отрицательную реакцию, вплоть до рвоты). Болезненное состояние при этом обуславливается столкновением нервных процессов, связанным с разными безусловными рефлексами и их корковым представительством; г) действием сильного раздражителя при пониженном тоне коры головного мозга (например, в темноте); д) усложнением задачи, предъявляемой собаке. При этом не только усложняется раздражитель, но и система действий собаки.

В последнее время П. С. Купалов установил, что если воздействовать на глаза животного мерцанием различной частоты, например с частотой 10 вспышек в секунду на правый глаз и 3 — на левый, то в результате у животного изменяется состояние центральной нервной системы, что проявляется, в частности, в патологическом изменении биотоков мозга — электроэнцефалограммы, в противодействии животного попыткам его экспериментального исследования и, наконец, в возбужденном состоянии животного и своеобразном местном возбуждении в виде усиленного движения (гиперкинеза) одной лапы.

Очевидно, согласование деятельности больших полушарий при разной и не кратной частоте раздражения, поступающего в них через глаза, оказалось задачей непосильной и оказало патогенное действие.

П. С. Купалов особенно подчеркивает роль связи различных моментов, образующих систему реакций животных. Специальному анализу он подвергает роль пространственного момента и говорит в связи с этим о ситуационных рефлексах. При этом особое значение имеет не сам по себе раздражитель, а его отношение к другим, например: соотношение времени и места действия раздражителя. Всякое нарушение соответствия в выработанной системе раздражителей может вызывать нарушение нервной деятельности.

Вместе с тем ряд дополнений внесен был и в характеристику изменения нервных процессов при нарушениях нервной деятельности.

Вкратце эти изменения заключаются в инертности и недостаточности восстановительных процессов, в патологическом распространении их, в образовании и закреплении патологических условнорефлекторных связей не только с определенными видами деятельности, но и функциональными состояниями корковых клеток, во «взрывчатости», как несоответствии между быстрым развитием раздражительного процесса и более медленным развитием тормозного, в склонности к закреплению развивающихся болезненных изменений.

Интересные данные получены учеником Н. Е. Введенского — И. А. Ветюковым, который показал, что, выработав изолированно пищевой и оборонительный условные рефлексы, можно при чередовании условных раздражителей получать условные рефлексы без подкрепления и создавать нарастающее возбуждение вплоть до выраженной картины болезненного состояния.

При этом обнаруживается, что пищевой рефлекс сперва слабеет, а условный раздражитель пищевого рефлекса начинает вызывать оборонительный рефлекс. Затем двигательная реакция обнаруживается только

в начале действия условного раздражителя и в конце его. В этой фазе применение любого внешнего раздражителя вызывает только движение.

При продолжении опыта собака приходит в возбужденное состояние, условный раздражитель перестает вызывать определенный двигательный рефлекс; возникает непрерывное слюноотделение и движение. В дальнейшем при применении условного двигательного раздражителя обнаруживается повышение тонуса мышц шеи, головы и передних конечностей и понижение тонуса задних конечностей, а при применении условного пищевого раздражителя — противоположные изменения мышечного тонуса. Указанные явления свидетельствуют о том, что в процесс вовлекаются подкорковые части мозга. В состоянии возбуждения двигательные рефлексы обнаруживаются во всех четырех лапах. В ответ на применение пищевого условного раздражителя собака сперва хватает воздух, затем совершает глотательные движения, начинает чихать, кашлять, у нее наблюдается рвота, и все это — на фоне непрекращающегося двигательного возбуждения.

Если в весеннее время года исследовать таким образом самца, то при появлении самки он возбуждается, но через 2—3 минуты у него развивается одышка и парез задних конечностей, продолжающийся после увода самки 30—40 минут.

Указанные болезненные изменения обнаруживаются при промежутках между раздражениями в 8—10 минут, при промежутках же в 12—15 минут они не развиваются. Это свидетельствует о роли суммации раздражений и позволяет установить связь с замечательными опытами суммирования повторных возбуждений, названных Н. Е. Введенским «истернозисом» по сходству с картиной истерии. Заслуживает внимания то, что применение стимуляторов — адреналина, эфедрина, фенамина — устраняет или предупреждает развитие болезненных состояний.

В последнее время опубликована большая работа по экспериментальным неврозам сотрудника В. П. Протопопова — И. М. Аптера. В этой работе автор, сравнивая экспериментальные неврозы, полученные по слюноотделительной и двигательной методикам в условиях станка и свободного передвижения собаки, показывает, что неврозы можно вызвать как с помощью оборонительно-двигательной методики, так и с помощью секреторной. Меняя кабины, в которых вызывались неврозы, автор мог установить в ряде случаев ситуационный характер невроза.

При двигательной методике невроз обнаруживается не только в общей форме, но и в местном двигательном нарушении — гиперкинезе раздражаемой лапы.

И. М. Аптер доказал возможность получения невроза у собаки в условиях свободного передвижения. Невроз при этом имеет более общий характер, и вызвать его труднее, чем при экспериментировании на животном, находящемся в станке.

Тем самым были опровергнуты заявления некоторых американских ученых, утверждавших, что экспериментальный невроз является искусственным продуктом опыта в станке.

Подводя итоги исследованиям последнего времени, можно прийти к выводу, что они не только обогащают наши представления о механизме и условиях возникновения неврозов у животных, но позволяют ближе подойти к тем условиям, которые характерны для возникновения неврозов у человека.

П. С. Купалов, например, указывает, что в некоторых представленных им опытах обнаруживается определенное сходство

с условиями напряженного ожидания или неудовлетворенной потребности. Более сложные опыты и Купалова и Аптера близки по ситуации активному разрешению человека задач в процессе его деятельности. П. К. Анохин, подытоживая свой опыт экспериментальной работы, приходит к близкому клинику пониманию невроза, как результата столкновения процессов возбуждения, конфликта, роль которого давно отмечена клиникой.

### СОВРЕМЕННЫЙ ЭТАП РАЗВИТИЯ УЧЕНИЯ О НЕВРОЗАХ ЧЕЛОВЕКА

В противовес клеточной патологии Вирхова, как теории медицины, Сеченов и Боткин выдвинули принцип, который заключается в признании главенствующей роли нервной системы, регулирующей и определяющей развитие всех процессов в здоровом и больном организме. В дальнейшем этот принцип был назван Павловым *нервизмом*.

Лишь создание И. П. Павловым учения о высшей нервной деятельности превратило принцип нервизма в стройную теорию.

Известно, что до объединенной сессии АН и АМН СССР, состоявшейся в 1950 году, учение Павлова слишком медленно внедрялось в медицину.

Правда, касаясь только неврозов, следует отметить, что и до указанной сессии ряд крупных отечественных ученых развивал учение о неврозах человека в соответствии с учением И. П. Павлова. Так, М. М. Асатиани, В. М. Бехтерев, Л. В. Блуменау, Б. Н. Бирман, С. Н. Давиденков, А. Г. Иванов-Смоленский, К. И. Платонов, Е. А. Попов и другие широко применяли учение И. П. Павлова при исследовании разнообразных болезненных состояний. Указанными работами открывается путь для дальнейших исследований в этом плане.

Особо существенным представляется нам освещение следующих моментов. Прежде всего, поскольку сущностью человека, по выражению Маркса, является совокупность общественных отношений, очевидно, что содержательное изучение и понимание человека, в том числе и больного, не может сводиться к одной ссылке на его общественную природу. В связи с этим необходимо ряд весьма важных для развития невротических состояний моментов осветить в их собственно человеческом, общественном, а не только биологическом или физиологическом смысле.

История учит нас тому, что неврозы тесно связаны с условиями общественного существования. Известно, что эпидемии так называемой «беспокойности» представляли массовые истерические заболевания, связанные с невыносимой общественной атмосферой, а прежде всего с запуганностью народных масс инквизицией.

Массовое распространение неврастения в конце XIX — начале XX века вытекало из перенапряжения и истощения нерв-

ной системы человека, что было связано с обострением борьбы за существование. Заслуживает внимания распространение неврастения среди мелкобуржуазной интеллигенции. Неврастения стала столь типичным явлением, что в театре возникло амплуа неврастеника.

Нельзя не упомянуть о том, что представление о природе неврозов и их причинах отражает особенности общества и его идеологии. В капиталистических странах в понимании неврозов господствует фрейдовская теория психоанализа. Как известно, Фрейд искажал и чрезмерно преувеличивал в своем первоначальном учении значение сексуальности.

Естественно спросить, в связи с чем возникло это преувеличение? Ответ можно найти в том, что в господствующих классах капиталистического общества сексуальность гипертрофирована, т. е. занимает чрезмерно большое место. Обслуживающая капитализм культура, искусство, весь быт господствующих классов несет отпечаток утрированной сексуальности.

В дальнейшем Фрейд сделал попытку подчинить половое влечение, как влечение к жизни, другому, более мощному и определяющему, по его новым взглядам, — влечению к смерти. Хотя это не изменило существа его системы, однако самая замена оптимистического влечения к жизни и наслаждению влечением к смерти была не случайной, так как выразила пессимистическое настроение империалистической буржуазии эпохи «заката Европы».

Не менее поучительной с указанной точки зрения является теория А. Адлера, которая, правда, не могла стать господствующей, так как отражала тенденции не столь влиятельных в буржуазном обществе кругов. Адлер, с одной стороны, отразил в своей теории присущую капиталистическому обществу «войну всех против всех» (Гоббс); с другой стороны, в соответствии с характером своей преимущественно мелкобуржуазной клиентуры, выразил подчиненность и подавленность этой социальной группы и ее мечты о власти. Конечно, рассматривая невроз вне времени и пространства, вне конкретно обусловленной ситуации, Адлер ошибался, неправильно понимал общественную сущность человека. Реальной же стороной его теории является то, что она отражает мечту о самоутверждении неуверенного в завтрашнем дне индивидуалиста, прежде всего мелкого буржуа с его идеалом крупного хищника.

Тяжелые условия существования трудящихся — жестокая эксплуатация, неблагоприятные экономические и санитарно-гигиенические условия, изнурительный труд или безработица, неуверенность в сегодняшнем дне и страх за будущее — вот что является источником неврозов среди эксплуатируемой части населения в странах капитала. Представители господствующей эксплуатирующей верхушки охвачены иной тревогой: страхом потери привилегированного положения и нетрудового дохода, боязнью быть побежденными конкурентами. Поэтому не удивительно, что в капиталистических странах отмечается неуклонный рост нервно-психической заболеваемости. Так, по статистическим данным, в США каждый пятый военнослужащий побывал в нервно-психиатрическом учреждении. Это значит, что пятая часть наиболее здоровой части населения страдает нервно-психическими заболеваниями.

Если взять ту же часть населения у нас, то окажется, что огромное перенапряжение, испытанное советскими людьми в период Отечественной войны, не увеличило заболеваемости неврозами. Это не значит, что оно не играет роли в возникновении неврозов, но свидетельствует о том, что связанное с патриотическим подъемом напряжение не только не вызывает невроза, но оказывается фактором, имеющим огромное профилактическое значение.

О том, что этот фактор — социально-психологический, нет надобности говорить, но рассматривать его надо не в отрыве от физиологического, а в единстве с ним. Таким образом, у человека — и это характерно только для него — играют роль не только перенапряжение, но и его источники, мотивы.

В соответствии с этим физиологическое учение И. П. Павлова о неврозах в своем развитии применительно к человеку должно слиться с материалистической трактовкой вопросов психологии неврозов.

Характеристика неврозов имеет еще другой социальный смысл. Всякая болезнь, как изменение организма, связана с условиями жизни, в частности для человека — с условиями его труда и быта, их санитарно-гигиенической стороной (в широком смысле). Характерным для неврозов дополнением к этому служит то, что они представляют болезненные изменения, вызываемые непосредственно влиянием взаимоотношений людей в условиях их труда и быта. В связи с этим правильное понимание неврозов предусматривает изучение системы общественных отношений (ее экономической основы, идеологических надстроек, особенностей быта, условий воспитания, уровня культуры), а также обусловленных ими особенностей характера и личных отношений людей.

Нередко обнаруживается одностороннее, ошибочное стремление рассматривать невроз как формальное нарушение нервного механизма, в отрыве от общественного содержания сознательной личности больного.

У нас достаточно усвоено положение о том, что невроз представляет собой болезненное нарушение в первую очередь высшей нервной деятельности и в силу этого представляет собой болезненное изменение всего организма. Вместе с тем в возникновении неврозов отчетливо проявляется единство социального и физиологического в человеке, а потому особенно актуальной становится задача синтетического общественно- и естественноисторического понимания человека, его личности, его организма, его болезни.

Здесь включается еще одно очень важное звено, которое иногда пытаются оставить вне рассмотрения, но с которым реально мыслящий ученый-клиницист, так же как и трезвый врач-практик, не могут не считаться, — это сознательная психика человека как выражение особенностей его высшей нервной

деятельности, личность больного, его переживания, его эмоции, его сознательные отношения. Совершенно ясно, что невозможно правильно понять и объяснить личность только физиологически, исключив определяющее значение ее общественно-содержательных реакций и переживаний. Задача научного клинического анализа и синтеза заключается именно в том, чтобы показать единство содержания нервной деятельности человека и ее механизма, ее нарушенной динамики.

Работы И. П. Павлова позволяют приблизиться к такому пониманию неврозов у человека, вытекающих из содержательных и значимых отношений.

И. П. Павлов настойчиво говорил о слитии психического и физиологического. Поэтому антипавловской является попытка, говоря о заболеваниях человека, особенно таких, как неврозы, исключать из сферы рассмотрения его психику, его сознание.

Однако в настоящее время мы зачастую, пользуясь образным выражением И. П. Павлова, пытаемся наложить узор содержательных переживаний на столь широкопетлистую физиологическую канву, что не можем объяснить конкретные особенности болезненного состояния. В силу этого мы находим слишком общие механизмы заболевания, тогда как надо сосредоточить усилия на изучении их специфических особенностей.

Так, например, А. Г. Иванов-Смоленский говорит о двух, по его мнению, различающихся группах навязчивых явлений, — навязчивых явлениях возбуждения и навязчивых явлениях торможения. Е. А. Попов с достаточным основанием указывает на то, что в основе навязчивых состояний в одном случае лежит фиксированный условный рефлекс, в другом — ультрапарадоксальная фаза, в третьем — ослабление торможения. Во всех этих случаях, однако, требует объяснения общий для них феномен навязчивости, а он представляет, очевидно, реакцию не захваченной патологическим состоянием части мозга. Это клинически выражается критическим отношением к болезненному проявлению, борьбой с его стойкостью.

Изучение фиксированных нарушений, т. е. застойного очага, в условиях опыта на животном освещает лишь одну сторону болезненного изменения — его стойкость, фиксированность (в клинике это получило название фиксированной идеи, или *idée fixe* французских авторов). Но удовлетворительного физиологического объяснения навязчивости, которая связана с наличием реакции на болезнь со стороны второй сигнальной системы и вместе с тем с какой-то недостаточностью этой реакции, до сих пор не предложено. И. П. Павлов справедливо отмечал ряд переходов между навязчивыми и бредовыми идеями. Е. А. Попов правильно указал в последнее время, что отношение больного к своим навязчивым состояниям иногда может быть недостаточно критическим.

Многочисленные факты показывают, что, учитывая закономерности нервной деятельности, общие для животных и человека, нельзя не уделять особого внимания специально человеческим свойствам нервной деятельности. Это, конечно, усложняет анализ, но при недооценке всей сложности картины возникает опасность упрощения и вульгаризации в применении павловского учения.



Приведем несколько примеров. Известно, что срыв нервной деятельности у животных может быть вызван применением чрезмерно сильного раздражения. Известно также, что невротические или психогенные состояния у человека вызываются сильным потрясением, переживанием. Однако у человека возбудителем этого сильного переживания может быть слабейший в смысле физической интенсивности, но сильнейший в значении сигнала второго порядка, в смысловом значении раздражитель, например шепотом произнесенное слово о смерти близкого человека.

Почему же обстоятельства, выражаемые данными словами, оказали столь значительное патогенное действие? Простой ответ — потому, что они оказались жизненно значимыми для данного человека, — сталкивает нас с вопросом истории тех отношений, или временных связей, которые сделали указанные обстоятельства жизненно значимыми.

Возникновение неврозов в ряде случаев не без основания ставили в связь с недостаточной подвижностью нервных процессов. Но человек может заболеть и вследствие того, что в конфликте по принципиальному вопросу он не идет на уступки, твердо отстаивает свою позицию, но не умеет найти общественной поддержки и преодолеть трудности, а потому впадает в состояние перенапряжения, заканчивающегося нервным срывом.

Зачастую только конкретный анализ истории и условий формирования общественного опыта данного человека позволяет выявить источники заболевания, которые не всегда можно объяснить общими свойствами нервных процессов.

В возникновении невроза большую роль у человека может играть внутренний конфликт. Объективно его следует рассматривать как несовместимость, столкновение, о котором говорилось при изложении физиологической части. Например, женщине изменил муж. Он хочет к ней вернуться. Она любит его, хотя и оскорблена им. Факт довольно банальный. Несовместимость этих противоречивых отношений может стать источником невроза. Расстройство сна, вялое, подавленное настроение, боли в области сердца — все это проявления болезни, но производящая причина лежит в указанном противоречии. Ни успокоительные, ни сердечные средства, ни ванны, ни лекарственный сон ей не помогают. Больной надо помочь преодолеть возникшее противоречие.

В соответствии с этим мы уже давно указывали, что источником невроза служат различные формы противоречивых отношений, в которые вступает человек с окружающей его действительностью, и неумение правильно, рационально их преодолеть.

В ряде случаев при возникновении болезненных состояний как истерического, так и навязчивого характера обнаруживаются и более простые механизмы. Например, обсессивный,

или фиксированный, симптом возникает нередко при патогенном воздействии на человека, находящегося в состоянии перехода от сна к бодрствованию, представляя собой зафиксированный патологический условный рефлекс.

Например, больная не переносит звука приближающихся шагов: у нее начинается истерический припадок. Заболевание возникло в связи с тем, что проникшие в квартиру бандиты убили ее мужа, а ее только оглушили, ударив каким-то тяжелым предметом. Она, однако, быстро пришла в сознание и слышала, как один бандит сказал другому, чтобы тот добил их, если они еще не умерли. Замерев от ужаса, она слышала приближающиеся шаги бандита, который, приняв ее за мертвую, отошел. Она потеряла после этого сознание на несколько часов, и с тех пор звук приближающихся шагов вызывает у нее припадки.

Источником закрепления болезненного рефлекса в дальнейшем было само воспроизведение, воспоминание болезненно травмирующей обстановки, сопровождавшееся эмоциональными подкорковыми реакциями.

Чаше, по мере развития болезни, симптомы закономерно изменяются, они могут генерализоваться, например: боли, которые относились к одному месту, начинают возникать повсюду (так называемая паналгия); боязнь заражения, возникшая по конкретному поводу, начинает проявляться в самых различных условиях и в отношении к разным предметам. Далее, первичное болезненное состояние вызывает за собой вторичные реакции, например: нарушение сердечной и желудочно-кишечной деятельности — боязнь болезни и смерти, боязнь движения, отказ от пищи и т. п. Такой ход развития болезни требует для его физиологического объяснения тщательного клинического изучения.

В последнее время многочисленные исследования были посвящены вопросу о связи типа высшей нервной деятельности с болезненным состоянием, в частности неврозом. Они не только подтвердили выдвинутые И. П. Павловым положения, но в некоторой мере развили их. Вместе с тем возник ряд задач, связанных с дальнейшим углублением этой проблемы. Сюда относится оценка типа высшей нервной деятельности не по свойствам одного вида рефлексов, а по свойствам основных видов деятельности. Так, сила и подвижность нервных процессов обнаруживается отнюдь не всегда равномерно во всех сторонах высшей нервной деятельности. Например, умственно подвижный может быть мало подвижным в смысле движения; умственная работоспособность может сочетаться с физической слабостью. В соответствии с этим оказывается, что жизненные трудности могут предъявлять чрезмерно высокие требования к слабой стороне нервной деятельности, а не просто к слабому типу в целом.

Поэтому источники невроза мы должны искать не столько

во врожденных особенностях нервной системы, в частности ее слабости или неустойчивости, сколько в истории и условиях формирования человеческой личности, ослабивших или сделавших неустойчивой ту или иную сторону нервной системы.

Клиника издавна говорит о связи невроза и характера. В настоящее время настала пора рассмотреть эту проблему в свете павловского учения о высшей нервной деятельности.

И. П. Павлов заложил основы физиологического, научного понимания характера. Очередная задача заключается в том, чтобы осветить особенности характера как подвижной системы свойств человека, определяющей способ реализации его отношений, показать, что характер не исчерпывается приобретенными изменениями типа высшей нервной деятельности или темперамента, хотя и развивается на его основе.

В связи с этим необходимо уделить особое внимание вопросу о так называемом «складе» нервной деятельности и специально у человека — становлению его характера.

У собак были отмечены два противоположных типа, или, как Павлов называл их, склада приобретенных реакций — пассивно-оборонительный и агрессивный, которые, возникая на основе особенностей общего типа высшей нервной деятельности, определяются условиями развития. У человека важно выражение в характере двух диаметрально противоположных склонностей — общественной и индивидуалистической, эгоистической, в соответствии с чем причины возникновения и течение неврозов у человека существенно меняются.

Приведем пример противоречия между внешним и внутренним. Изученная мною совместно с Е. К. Яковлевой больная Х поступила с жалобами на приступы бешенства. В такие минуты она выла, как собака, а кроме того, у нее обнаруживалось навязчивое влечение зарубить топором маленького сына, которого она очень любила. Происхождение этого состояния, конечно, вскрытое не сразу, таково. Больная — любимая дочь родителей, привыкшая командовать в семье. По окончании вуза вышла замуж по любви и была счастлива. Она работала, дома была полновластной хозяйкой. Во время Отечественной войны муж был мобилизован, она с ребенком — эвакуирована. Дом их был разрушен, вещи погибли. После демобилизации мужа и реэвакуации она вместе с семьей вынуждена была поселиться у сестры мужа. Из-за властного характера больной трудно было занимать подчиненное положение по отношению к хозяйке дома. Часто в силу этого возникали конфликты. Муж и сын, обычно во всем подчинявшиеся ей, в таких случаях были не на ее стороне. Она часто страдала от одиночества и от все нарастающего раздражения. Когда ей хотелось все и всех уничтожить, она уходила в лес, там расстегивала на себе одежду, царапала грудь, ложилась на землю и выла. Тогда же у нее начало возникать навязчивое влечение убить ребенка. В последнее время при раздражении она падала на пол и выла уже дома. Безудержная власть больной при внешних препятствиях выразилась в приступах ярости. Достаточно владела собой, она не ломала вещей и не дралась, но не могла ни справиться с аффектом, ни изменить своего поведения, пока ей не удалось это при содействии лечащего врача.

Психотерапевтическая и одновременно социально-педагогическая помощь заключалась в том, чтобы объяснить больной истинные причины конфликта, заключающиеся прежде всего в ее неумении и нежелании счи-

таться с окружающими, подчиняться справедливым требованиям близких людей. Выключенная из обстановки раздражения, постепенно осознавая свою ошибку, больная постепенно изменила свое отношение к себе и требованиям к жизни. Болезненный же стереотип в форме приступов ярости, с одной стороны, не подкреплялся в обстановке клиники, с другой — разрушался при помощи убеждения и разъяснения, т. е. через образование новых связей во второй сигнальной системе.

При разработке проблемы характера в связи со специально человеческими типами (по Павлову, художественным, мыслительным и средним) едва ли можно сомневаться в том, что эти типы представляют не только различные умственные склады, но и склады характеров, особенно, если учесть указание Павлова о таких свойственных художественному типу чертах, как непосредственность, цельность, эмоциональность. Вместе с тем надо учесть, что такие черты, как непосредственность и цельность, являются сложным продуктом индивидуального развития, влияний воспитывающей среды.

Крайне важно учитывать особенности характеров в той области, где психология и медицина граничат с педагогикой, — в вопросах воспитания таких морально-волевых качеств, как самообладание, самоконтроль, требовательность к себе, ответственное отношение к людям.

Эти качества не представляют собой плод субъективно-психологического измышления, а являются реальным фактом, требующим правильной психологической и физиологической трактовки. Мы знаем, что при невротических состояниях часто обнаруживается недостаточность именно этих сложных качеств. Но учение И. П. Павлова о человеке как высшем саморегулирующемся механизме, в котором волевые качества определяются силой, уравновешенностью основных нервных процессов и ролью второй сигнальной системы в высшей нервной деятельности, позволяет искать разрешения вопроса об образовании и роли этих свойств не только с психолого-педагогических, но и с нейрофизиологических позиций.

Роль характера в развитии невроза — это часть проблемы почвы, на которой вырастает болезнь. Проблема почвы требует учета относительно устойчивых свойств личности и всего организма и меняющихся, вплоть до кратковременных ослаблений и переходных состояний, значение которых в возникновении и протекании невроза справедливо отмечалось рядом авторов. Значение ослабления организма подтверждено в опытах на животных сотрудниками проф. А. Г. Иванова-Смоленского, показавшими роль инфекций и интоксикаций как ослабляющего и предрасполагающего к развитию невроза фактора.

Все перечисленные моменты только готовят почву, но не определяют причину развития невроза и потому исключают представление о соматогенном неврозе, т. е. неврозе, вызываемом якобы соматическими, или телесными, причинами. Тем не менее, учитывая роль общесоматического состояния и забо-

лвания внутренних органов, надо решить вопрос о том, как стойки и глубоки эти изменения при неврозах и как они отличаются от собственно соматических заболеваний.

Работы сотрудников Института имени В. М. Бехтерева (проф. А. И. Шапиро), исследовавших несколько сот больных, страдающих неврозами, показали, что содержание нормальных антител в крови, характеризующих иммуногенную, защитную способность организма, при неврозах оказывается нормальным или слегка сниженным.

При острых же психозах, травматической энцефалопатии, сосудистых нарушениях содержание этих веществ в крови заметно изменяется. Отсюда ясно, что самые глубокие защитные функции при неврозе, как правило, не нарушаются. Вместе с тем отсюда вытекает важный практический вывод: там, где при предположении невроза обнаруживаются значительные изменения антител, нужно искать другое заболевание, либо осложняющее его, либо замаскированное невротической картиной. Это имеет очень большое значение, ибо, как уже говорилось, за невроз могут ошибочно приниматься другие заболевания, позднее распознавание которых может быть связано с опасностью для жизни.

В исследованиях последнего времени, посвященных вопросу об изменениях внутренних органов при неврозах, например в работах М. И. Жилинской и других (клиника неврозов имени Павлова), было показано, что при неврозах человека обнаруживаются нарушения секреторно-двигательной функции желудка: инертный, тормозной или астенический тип секреции (по И. П. Курцину), утрата, понижение или повышение двигательной способности желудка. Установлена даже некоторая связь между типом двигательных расстройств желудка, клинической формой и типом нервной системы больного. Точно так же у больных, страдающих неврозами, при наличии вегетативных нарушений обнаруживают изменения электрокардиограммы (изменение автоматизма синусового узла и предсердно-желудочковой проводимости).

В последнее время крупнейшие отечественные терапевты сближают начальные фазы ряда внутренних болезней с неврозами (Г. Ф. Ланг, М. В. Черноруцкий, А. Л. Мясников, Т. С. Истаманова). Как известно, к заболеваниям такого рода относят прежде всего гипертонию и язвенную болезнь.

Поэтому особый интерес представляет изучение изменений деятельности органов в самых начальных стадиях заболевания, правильное решение вопроса о том, являются ли изменения в органе выражением общего невротического состояния или заболевания органа как такового. Однако следует возражать против отождествления этих заболеваний, например гипертонии, с неврозами даже в начальной стадии. Это относится и ко всем другим внутренним заболеваниям (язвенная болезнь, холеци-

стит, диабет, базедова болезнь и т. п.). Поэтому при разграничении невроза и внутреннего заболевания нужно особенно учитывать относительно большую роль в первом случае корковых (условнорефлекторных) влияний в возникновении и течении заболевания.

Это позволяет вместе с тем правильно понять и природу нарушений при так называемых неврозах органов, вегетативных и профессиональных неврозах. В последнее время правильно указывают, что неврозы представляют корковые заболевания, поэтому не может быть неврозов органов. Однако в каждом отдельном случае заболевания, которое называлось раньше вегетативным неврозом или неврозом органа, мы выясняем моменты в истории жизни и состоянии организма больного, вызвавшие на фоне общего невротического состояния наиболее выраженное и выступающее на первый план изменение в деятельности данного органа или системы органов. Это может быть ранее перенесенное заболевание, например: сыпной тиф, отразившийся на сердце; дизентерия, понизившая устойчивость желудочно-кишечного тракта; расстройство деятельности органа или системы вследствие перенапряжения или нарушения режима работы; острая психическая травма, связываемая с деятельностью органа. Это может быть, наконец, комбинация перечисленных моментов. При неврозах наблюдаются нарушения работы как целого организма, так и отдельных частей его, но подобно тому, как возможны «изолированные болезненные пункты в коре головного мозга» (И. П. Павлов), возможны и относительно изолированные нарушения деятельности органов. При этом патогенное действие осуществляется через кору головного мозга, а почвой является ранее приобретенная недостаточность системы органов, становящаяся явной при перенапряжении коры головного мозга.

Наша сотрудница Е. М. Креслинг, изучая водный обмен при неврозах у человека, показала, что изменение этого обмена, в частности диуреза (отделения мочи), его соотношения днем и ночью, его изменения под действием лекарственных веществ, например, кофеина и фенамина, находятся под влиянием коры головного мозга. Ее исследования показали, что нарушение диуреза при более легких формах неврозов может быть устранено кофеином, восстанавливающим задерживающее диурез действие питуитрина Р (препарата задней доли гипофиза). При более тяжелых формах неврозов кофеин не оказывает этого действия. Антидиуретическое действие питуитрина Р при неврозе часто в начале болезни отсутствует и восстанавливается с улучшением состояния или под влиянием кофеина или фенамина, т. е. при повышении тонуса коры. При более глубоких степенях нарушения ни питуитрин Р, ни кофеин не оказывают действия на диурез. Отсюда ясно, что диурез, динамика которого клиницистами часто неправильно рассматривалась, как регулируемая только подкорковой областью, зависит также от деятельности коры головного мозга. В связи с этим, не отрицая роли подкорковых образований в течении ряда соматических процессов, нужно подчеркнуть значение корковой регуляции последних и первенствующую роль коры в их нарушении при неврозах.

Изменение системы понятий влечет за собой изменение метода. В последнее время широко развернулось экспериментальное исследование нервно-психических заболеваний. Сюда относятся многочисленные электрофизиологические исследования (хронаксиметрия, в частности адекватная, оптическая, исследования кожногальванических рефлексов, электроэнцефалография). Существенные данные о функциональном состоянии центральной нервной системы дает применение фармакологических веществ. Имеются данные и по исследованиям с помощью речедвигательной методики и плетизмографии<sup>1</sup>.

Разработка метода чрезвычайно важна в связи с вопросом глубокого и объективного изучения невроза. В последнее время широко, но, может быть, не всегда достаточно критически внедряется метод экспериментального исследования. Надо учесть, что эксперимент может лишь в значительной части осветить проблему патогенеза невроза у человека; в гораздо большей степени опыт помогает изучить патофизиологические механизмы, лежащие в основе симптомов болезни. При этом правильное изучение патофизиологии невроза требует, чтобы экспериментальному исследованию максимально подвергалась речевая (мыслительная) деятельность человека. Это требование относится не только к двигательным методам, которые в последнее время все больше и больше учитывают роль речи — мышления, т. е. второй сигнальной системы, но и к вегетативным реакциям, таким, как плетизмографическая, кожногальваническая и электроэнцефалографическая.

Вместе с тем нами давно показана при исследовании, например, кожногальванической условнорефлекторной реакции важность соотносительного изучения различных систем реакций (речевой, двигательной, дыхательной и др.) и нарушения их соотношения при неврозах.

Проведенные в последнее время работы по электроэнцефалографии позволяют устаовить особенности изменений биоэлектрических процессов мозга при неврозах и связь этих изменений с другими реакциями и клиническими данными.

Данные клиники в сочетании с указанными объективными приемами исследования позволяют глубже проникнуть в физиологическую природу неврозов. При этом тщательное клинкопсихопатологическое исследование наряду с изучением соматических изменений позволяет полнее и конкретнее вскрыть источники патологического состояния и особенности его болезненной ситуации, установить весьма важное для понимания болезни болезнетворное взаимоподкрепление соматических изменений и социально-психологических условий.

Примером этого может служить больная Л., 46 лет, поступившая в институт на носилках с жалобами на боли в позвоночнике, ногах и сердце.

С детства Л. отличалась хорошими способностями. Ее баловали, восхваляли, безотказно удовлетворяли ее желания. С ранних лет обнаруживала физическую слабость, перенесла все детские инфекции, страдала с детства бессонницей, плохо переносила боли. Поступила в университет, но не окончила его из-за недостаточной трудоспособности, обусловленной истощающим воспитанием и болезненностью. Замужем с 23 лет. После тяжелых родов с операцией постоянно болела и проводила жизнь преимущественно в больницах и на курортах, меньше дома.

<sup>1</sup> Запись колебаний объема конечности в связи с рефлекторным изменением просвета кровеносных сосудов.

Больная умна, развита (пишет стихи, рисует), но избалована и изнежена. К моменту поступления в перечень заболеваний, которыми она страдает, входят воспаление придатков матки, хронические гастрит и энтероколит, холецистит, закрытая форма туберкулеза легких, воспаление тройничного нерва, пояснично-крестцовый радикулит, функциональное заболевание нервной системы с вегетативной дистонией. Больная приписывала все болезням, не понимала роли неправильного воспитания, полученного ею, особенностей своего характера, психологически и социально нездорового отношения к жизни. В своей ситуации она никаких неблагоприятных моментов не отмечала. Однако при более глубоком изучении обнаружилось, что ее травмирует неверность мужа. В ходе лечения основное усилие было направлено на то, чтобы выработать у больной правильное критическое отношение к себе и своей болезни. Больную лечили, заставляли двигаться, преодолевать свое болезненное состояние, правильно разбираться в этом состоянии, его причинах, помогали больной перевоспитывать себя. Больная была выписана в хорошем состоянии.

В данном случае мы, бесспорно, имели дело со слабым организмом и чрезвычайно ослабленной болезнями, чувствительной нервной системой. Но бесспорно также и то, что все это неблагоприятное положение усугублялось изнеживающим воспитанием. Лечение в институте не ликвидировало ни одного из ее хронических соматических заболеваний, но психотерапия помогла больной преодолеть неправильное представление о себе и своем здоровье, неправильное отношение к себе, к своим болезням.

#### ЛЕЧЕНИЕ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ НЕВРОЗОВ

Так как неврозы представляют собой болезнь всего организма и мозга в первую очередь, вызываются условиями жизни, возникают в основном психогенно и связаны с условиями воспитания, то совершенно ясно, что для их лечения следует применять комбинированную терапию, слагающуюся в основном из организации внешних условий жизни, из воздействия на психику, или высшую нервную деятельность, и на физическое, иначе соматическое, состояние. Главным методом лечения невроза как психогенного заболевания является психотерапия. Известно, что существует два основных метода психотерапии: гипноз и так называемая рациональная психотерапия.

Состояние гипноза детально и тщательно проанализировано на основе учения Павлова и разносторонне изучено рядом авторов (К. И. Платонов и др.). Мы указывали, что невротическое состояние нередко возникает как острая реакция в особом фазовом состоянии и закрепляется иногда на долгий срок. В таких случаях влияние внушения в гипнозе особенно эффективно при приведении больного в фазовое состояние, в котором возникло психогенное заболевание.

В других случаях, когда болезнь развивается исподволь, не остро, а в силу длительного перенапряжения, когда формирование невроза представляет длительный процесс развития личности и характера в условиях психической травматизации, встает важнейшая задача, разрешаемая психотерапией, которая, может быть не вполне удачно, называется рациональной или глубокой.

Правильное понимание причин, механизма и особенностей нарушения высшей нервной деятельности является основой рационального лечения.

Несмотря на то, что основным видом лечения неврозов является психотерапия, этот метод применяют в недостаточной мере и не всегда правильно. Для правильной постановки психотерапевтического лечения требуется не только понимание необходимости этого метода, но и достаточный опыт применения и хорошее знание приемов психотерапии, глубокое понимание больного и болезни. Прежде всего, конечно, нужно разобраться в сложном узле внешних и внутренних условий, которые травмируют больного и создают столкновение, несовместимость процессов возбуждения и торможения, внутренние противоречия. Во-вторых, нужно установить тесный контакт с больным, глубокое общение с ним. Психотерапия — это лечение в процессе общения через посредство основного орудия общения — слова. Иногда говорят, что это терапия через посредство второй сигнальной системы. Это почти правильно, хотя предпочтительнее определять ее как лечение посредством общения, в котором слово играет главную роль. В этой терапии общения, или взаимодействия врача и больного, успешный результат больше, чем при любом другом виде лечения, зависит от доверия, уважения и любви больного к врачу. Несмотря на то, что это положение носит трафаретный характер, его совершенно необходимо подчеркнуть, так как нередко врачам не удается тактически правильно подойти к этим обидчивым, чувствительным, претенциозным больным, а из этого проистекает малая успешность психотерапевтических усилий. Поэтому требуется величайшая осторожность, самообладание и тактичность врача в процессе взаимодействия с больным. Как только этот очень наблюдательный больной замечает у врача склонность ограничиваться общими ободряющими фразами, формализм, стремление отвязаться поскорее от больного, — перспектива лечебного эффекта резко ухудшается, больной начинает активно сопротивляться усилиям врача, и его чрезвычайно трудно потом сделать податливым воздействию, превратить в союзника врача, а искусство психотерапевта в этом и заключается. Это, наоборот, вполне возможно, если установить положительные взаимоотношения с больным. Больной хочет сказать врачу о том, что у него наболело, но не может сказать всего сразу. Надо дать ему эту возможность. Больной, так же как и врач, первоначально может не понимать, что его мучает и в чем причина его мучений. Врач должен суметь понять больного и помочь последнему понять причины его болезни. Для этого больному надо помочь раскрыть перед врачом все детали истории болезни, которые он хорошо помнит, и даже те, которые он припоминает с трудом. Врач должен, кроме того, узнать то, чего сам больной не помнит, от его род-

ственников и близких. Изучив подробнейшим образом историю и обстоятельства заболевания, добившись положительного взаимоотношения с больным, врач может добиться того, что больной начинает смотреть на действительность, и в том числе на самого себя, глазами врача, т. е. объективно мыслящего человека, начинает исправлять свои немотивированные болезненные реакции.

Как известно, больного часто приходится убеждать, внушая ему правильные, объективные представления. Наилучший эффект получается в тех случаях, когда больной активно участвует в осознании причин своего заболевания, своих неадекватных реакций, когда он принимает позицию врача — объективного судьи его поступков и помощника в преодолении болезни. Только тогда врач добивается высокой степени критического отношения больного к самому себе, когда последний активно и инициативно осознает источники и природу своего болезненного состояния. Осознает — это значит, что больной сам устанавливает связь между условиями жизни, переживаниями и болезненным состоянием. Уяснив связь между условиями и возникновением симптомов заболевания, больной овладевает своим состоянием и освобождается от него. Он ликвидирует болезненный очаг застойного возбуждения, разрушает изоляцию этого очага, ставя перед собой новые реальные, жизненные задачи.

Есть авторы, весьма авторитетные, которые утверждают, что если объяснить больному, страдающему неврозом, механизм его заболевания в соответствии с учением И. П. Павлова, то больной выздоравливает. В некоторых случаях и в некоторой степени, действительно, так получается. Однако было бы крайне легкомысленным представлять себе, что достаточно разъяснить больному природу и симптомы его заболевания в свете павловского учения о неврозах, сказать ему, что это болезненный условный рефлекс, что в возникновении его болезни играет роль временная связь, индукционные отношения, фазовые состояния и тому подобное, и этим одним добиться его полного выздоровления. Мы полагаем, что именно глубокий павловский подход позволяет учесть чрезвычайную прочность связей, возникших в первой и второй сигнальных системах при образовании патологических реакций, чрезвычайную трудность обстоятельств, вызвавших болезненное состояние, а поэтому необходимо представлять себе, что больному важно не только понять, но нужно под направляющим влиянием врача приложить большие усилия для преодоления болезненного состояния и восстановления, как говорил Павлов, саморегуляции. Эта саморегуляция, предполагающая объективное отношение к причинам заболевания, правильное отражение во второй сигнальной системе (понимание) болезненного состояния и его источников, является залогом высокой эф-

фективности психотерапии. В этом заключается смысл генетической психотерапии, которая связывает лечебное воздействие на психику с глубоким знанием обстоятельств, вызвавших заболевание, и пониманием физиологических механизмов образования болезненных состояний.

В арсенале психотерапевтических средств большое значение имеет метод отвлечения, особенно рекомендуемый В. М. Бехтеревым. Если физиологический смысл этого метода заключается в создании у больного новых впечатлений, в переходе к новой деятельности, что отвлекает его от патогенных переживаний, то физиологически этот прием заключается в создании в коре нового деятельного очага, может быть доминантного, который путем отрицательной индукции тормозит бы старый патологический очаг.

Приемы отвлечения чрезвычайно разнообразны. Отвлечение повышает эффективность ряда применяемых с лечебной целью мероприятий. Сюда относится отчасти так называемая «библиотерапия» — лечение чтением или терапия музыкой. Однако оба приведенных приема содержат, кроме того, элементы организующего и тонизирующего воздействия.

Весьма существенным, хотя и мало развитым методическим приемом является психотерапия в коллективе. Этот прием, не исключая индивидуальной терапии, представляет собой важнейшее ее дополнение в том смысле, что позволяет врачу при разборе ряда болезненных состояний опираться также на мнение коллектива, оказывающее на каждого больного в отдельности мощное влияние.

Необходимо остановиться кратко на вопросе о важности, наряду с психотерапией, лечения отдельных органов и систем.

Внутренние органы тела являются источником импульсов, идущих к коре мозга через нижележащие его отделы — спинной мозг и подкорковую область. Кроме того, они обеспечивают снабжение мозга необходимыми веществами.

Поэтому необходимо обращать внимание на соматическое состояние, нарушение которого играет большую роль в ослаблении нервной системы и возникновении невроза. Так, специфическая раздражительность туберкулезных больных уже давно отмечена в литературе. Источником этой раздражительности, помимо туберкулезной интоксикации, являются также связанные с нею утомляемость, пониженная трудоспособность и т. д. Все это создает сложное сочетание условий, в котором жизненные обстоятельства, предъявляющие высокие требования к нервной системе, ослабленной туберкулезом, оказываются источником ее перераздражения и истощения. В борьбе с невротическими нарушениями, созданными конфликтом, конечно, важно снизить порог раздражительности и повысить выносливость больного, а следовательно, надо бороться и с туберкулезной интоксикацией.

То же можно сказать и о заболеваниях желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, желез внутренней секреции и других органов.

Следует обратить внимание также и на то, что течение туберкулеза, сосудистых, желудочно-кишечных, эндокринных и других заболеваний в соответствии с теорией невризма определяется состоянием высшей нервной деятельности, включая сложнейшие ее стороны, характерные для сознательной, психической деятельности человека. Это, однако, не исключает самостоятельной роли инфекции и интоксикации, а также других источников соматических заболеваний. Поэтому важное место в лечении и предупреждении неврозов занимает борьба с интоксикацией производственной и бытовой, особенно таковой, как алкоголизм.

Большое внимание при борьбе с неврозами нужно уделять начальным и невыраженным формам соматических и нервно-психических заболеваний, учитывая то, что ряд нервных и душевных заболеваний вначале иногда имеет сходство с неврозом. Заболевание организма, центральной нервной системы изменяет функциональные возможности мозга, и при этом трудности, которые ставит жизнь и с которыми раньше справлялся здоровый мозг, теперь становятся непосильными и вызывают патологическую, или «парабиотическую» (Введенский), реакцию, сходную вначале по картине болезненного состояния с неврозом. Особенно часто это встречается у лиц, перенесших травму. При этом функциональные возможности мозга могут быть снижены, а жизнь, не считаясь с этим, предъявляет лицу, перенесшему травму, те же самые требования, да и сам больной нередко предъявляет к себе требования, с которыми его измененный травматической болезнью мозг уже не может справиться.

Вместе с тем лица, перенесшие травму и болезненно изменившиеся под ее действием, чувствуют себя жертвами, пострадавшими в интересах общества и имеющими право на внимание. Нередко у них развивается чувство обиды и досады, которое усиливает их болезненную раздражительность. Если же у них появилась привычка искать выход из своего тяжелого состояния в алкогольном опьянении, то здоровье их еще более ухудшается под влиянием хронической алкогольной интоксикации.

Таким образом, дело не только в том, что мозг стал хуже работать, а в том, что возникает столкновение между требованиями, предъявляемыми жизнью, требованиями к самому себе и функциональными возможностями мозга. В результате возникает конфликт, как при неврозе. Травма вызывает еще особое сознание права требовать компенсации. При этом требования могут не удовлетворяться, а работа мозга не улучшается, и нет выхода из этого положения, если не придет на по-

мощь врач, который сможет предупредить назревшую декомпенсацию, приводя в соответствие требования больного и его возможности и помогая ему преодолеть возникший конфликт.

Точно так же энцефалит (воспаление мозга) сам по себе не должен сопровождаться невротическими явлениями, но у очень многих больных с картиной невроза обнаруживаются органические симптомы, свидетельствующие о перенесенном в прошлом энцефалите. Следовательно, энцефалит сам по себе не вызывает невротических реакций, но облегчает их возникновение, изменяя реактивные возможности мозга.

Мы еще многого не знаем в этой области, но одно нам безусловно ясно, что начинающиеся заболевания, например рассеянный склероз или перенесенная в прошлом та или иная форма энцефалита, изменяя функциональные возможности мозга, при тех же требованиях жизни делают непосильным их выполнение, создавая ситуацию невротического конфликта.

В. М. Бехтерев неоднократно указывал на то, что терапия представляет собой сложную систему комбинированных приемов, которые врач, как умный стратег, должен правильно сочетать, учитывая все стороны болезненного состояния. И совершенно ясно, что если болезненный процесс изменил функциональное состояние нервной системы, то надо со всех сторон атаковать болезнь и, в частности, использовать как лекарственные вещества, так и физиотерапевтические средства для восстановления здоровья.

Исходя из учения И. П. Павлова и опыта лучших клиницистов, лекарственные вещества необходимо применять в строго индивидуальных дозах, учитывая при этом силу нервной системы и степень болезненного состояния. В первую очередь используют бром, кофенин, стрихнин, укрепляющие внутреннее торможение, повышающие силу раздражительного процесса и подвижность возбуждения и торможения.

Нужно обратить внимание не только на эти лекарственные средства, но и на другие, а также и на физиотерапевтические мероприятия, которые могут быть применены для улучшения функционального состояния как нервной системы, так и организма в целом.

Учитывая частоту нарушения сна при неврозах, а также лечебно-охранительное значение сна, нужно считать не только симптоматически значимыми, но и гораздо более глубоко обоснованными средства улучшения сна. В практике защитно-восстановительной терапии оказывается очень полезным лечение сном в смысле удлинения и углубления естественного сна с помощью снотворных, особенно при неврастенических состояниях. Своеобразное сочетание терапевтических факторов представляет собой электросон, особенно рекомендуемый В. А. Гиляровским. Из средств физиотерапии, которые опираются преимущественно на рефлекторный механизм действия, опыт по-

звolyет подчеркнуть особенно благотворную роль водолечения.

При лечении неврозов следует помнить, что терапия не сводится к борьбе с отдельными симптомами, а требует устранения основной причины болезни, укрепления нервной системы и организма в целом. Поэтому трудно переоценить значение физической культуры для лиц, страдающих неврозами. Речь должна идти не только о лечебной, но еще более о гигиенической профилактической физкультуре, поскольку физические упражнения служат мощным средством стимуляции головного мозга, регуляции сердечно-сосудистой системы, повышения всего жизненного тонуса организма.

Наконец, важным моментом являются бытовые условия. Нужно прежде всего бороться за исключение из быта лишних нервно-психических раздражителей. Лечение при травмирующих бытовых условиях встречает величайшие трудности. Значение режима труда и отдыха достаточно известно. В системе бытовых условий важно одновременно привлечь внимание врачей-психоневрологов и больных к вопросам диеты. Питание представляет собой систему не только трофических воздействий, оно не только обеспечивает организм пластическим материалом — это система физиологических раздражителей и биохимических регуляторов жизненного процесса. На эту сторону обычно не обращают достаточного внимания.

Гораздо шире следует применять и трудовую терапию. Мы очень много слышим о терапии путем проведения охранительных мероприятий, в частности о лечении сном. Но учение Павлова представляет собой такую теоретическую основу, которая позволяет нам, наряду с системой охранительных мероприятий, развивать систему тренировки. Если одна сторона тренировки — это физическая культура, то наибольшие возможности в смысле естественной тренировки нервной системы открывает перед нами труд, объединяющий физическое и умственное напряжение. Трудовая терапия играет исключительно важную роль при лечении, восстановлении и укреплении организма; она имеет первостепенное психотерапевтическое значение, потому что мобилизует и организует высшую нервную деятельность человека, оказывает социально-терапевтическое действие, требуя организованного взаимодействия с другими членами коллектива, создает подъем у больного, который начинает видеть себя способным к продуктивной деятельности. Если это относится решительно ко всем категориям больных, то к больным, страдающим неврозами и часто скрывающим свое заболевание за «фасадом» самоуверенности или явно обнаруживающим глубокое чувство неполноценности, это относится в первую очередь. По мере того как больной, страдающий неврозом, находит источник действительного самоутверждения в продуктивном труде, он начинает успокаиваться, его агрессивность, нетерпимость смягчаются.

После того как больной выписывается из клиники, он поступает в диспансер. Однако не все больные, страдающие неврозами, находятся на учете в диспансере. Это значит, что круг возможностей диспансера в смысле охвата этой категории больных еще недостаточен. Повышение требований к гигиене, как основе профилактики, не позволяет нам сомневаться в том, что мы будем с достаточной полнотой охватывать и эту категорию больных, и тогда в сферу профилактической работы будет включено необходимое, в известных пределах, участие диспансера в организации быта больного и его труда на производстве.

Из того, что говорилось о неврозе, вытекают выводы профилактического характера. Профилактика неврозов и нервно-сти является важной государственной задачей. Она совпадает с гигиеной нервной деятельности, с проблемой развития и укрепления нервного здоровья, т. е. трудоспособности и выносливости человека. Но если хорошо известна старинная поговорка о здоровом духе в здоровом теле, то, принимая во внимание все сказанное о нервизме или о регулирующей жизни всего организма роли высшей нервной деятельности, следует прийти к выводу, что здоровый дух, понимаемый, конечно, материалистически, в свою очередь представляет важное условие здоровья тела. Здоровый дух формируется прежде всего под влиянием воспитания, и в частности воспитания морально-волевых качеств человека. Поэтому профилактика неврозов начинается с детского возраста. Она предусматривает преодоление ошибок воспитания, заключающихся в изнеживании, в попустительстве, в отсутствии требовательности к ребенку, вследствие чего он превращается в безвольного, избалованного претенциозного эгоиста, или в подавлении ребенка чрезмерными требованиями, стеснении его свободы и инициативы, лишении уверенности в себе.

Противоположностью этому служит заботливое и требовательное отношение к ребенку, воспитание в нем ответственного отношения к своим обязанностям, к коллективу сверстников, приучение к труду и воспитание любви к труду. Закалка в физическом и умственном отношении в процессе коллективного труда — самое лучшее и безошибочное средство формирования здоровой личности.

Современная медицина еще не разрешила многих вопросов, связанных с важнейшей проблемой нервно-сти и неврозов; но можно сказать с уверенностью, что советские невропатологи и психиатры стоят на правильном пути и ответственное дело охраны нервного здоровья трудящихся построено у нас на твердой научной основе.

---

