

УДК: 616.891.2

ВОПРОСЫ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА ИСТЕРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В КОНТЕКСТЕ ТРУДОВ Э. КРЕЧМЕРА И И. П. ПАВЛОВА



В. Ф. Простомолотов

© **Простомолотов Валерий Федорович** (Україна) – д.мед.н., професор кафедри клінічної психології, Одеський національний університет імені І. І. Мечникова, вул. Дворянська, 2, м. Одеса, 65058; e-mail: stomolot@onu.edu.ua; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8586-4013>.

© **Valerii Prostomolotov** (Ukraine) – MD, PhD in Medicine, Professor of the Department of Clinical Psychology, I. I. Mechnikov Odesa National University, 2 Dvorianska Street, Odesa, 65058; e-mail: stomolot@onu.edu.ua; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8586-4013>.

© **Простомолотов Валерий Федорович** (Украина) – д.мед.н., профессор кафедры клинической психологии, Одесский национальный университет имени И. И. Мечникова, ул. Дворянская, 2, г. Одесса, 65058; e-mail: stomolot@onu.edu.ua; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8586-4013>.

№ 9, 2018, стр. 22–31

ISSUES OF ETHIOPATHENESIS OF ISTERIC DISORDERS IN THE CONTEXT OF LABOR E. KRECHMERA AND I.P. PAVLOVA

Abstract.

The scientific basis of this article, devoted to the etiopathogenesis of hysteria, is the works of the classical psychiatrist E. Kretschmer and one of the founders of psyhoneurophysiology, Nobel Prize winner in medicine I. Pavlov. Fifty years' experience of the author in the field of clinical psychotherapy makes it possible to scientifically investigate the phenomenon of the ever-young and constantly changing form, but not in content, of the ancestor of hysteria, to make, so to speak, its longitudinal and transverse cut. This allows us to outline practical therapeutic measures (biological and psychological) from its therapy and prevention, including in the field of education and pedagogy. Much of a special interest, according to Kretschmer's sense of humor, is a group in which the instinctive tendency for protection and escape before threatening situations of life is manifested through the use of any appropriate circumstances (for example, transforming the healing lashes that go to recovery, the hysterical lameness, the occasional stomach upset - in hysterical vomiting; mild consequences of slaughter of a head - in mental imbalance, etc.). The general tendency of the last decades to the so-called somatization of neurotic disorders has affected, first of all, hysteria. Pseudo-somatic and pseudo neurological disorders are manifested in the special hyperkinesis and discoordination of movements, in the air and in attacks of palpitation, in various disorders of the function of the gastrointestinal tract, the system of urination, and others. These disorders have their own specificity, which is significantly different from similar manifestations in other forms of neurotic disorders (neurasthenia, obsessive-compulsive), above all, the inconsistency of the mass of complaints with objective research, as well as the characteristic hysterical camouflage.

Key words:

hysteria, etiopathogenesis, clinic, psyhoneurophysiology, somatization of neurotic disorders, features of psychotherapy.

ВОПРОСЫ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА ИСТЕРИЧЕСКИХ РАСТРОЙСТВ В КОНТЕКСТЕ ТРУДОВ Э. КРЕЧМЕРА И И. П. ПАВЛОВА

Анотация.

Научной основой этой статьи, посвященной этиопатогенезу истерии, являются труды классика психиатрии Э. Кречмера и одного из основателей психонейрофизиологии, нобелевского лауреата по медицине И. П. Павлова. Пятидесятилетний опыт работы автора в области клинической психотерапии позволяет научно исследовать феномен вечно юной и постоянно меняющейся по форме - но не по содержанию - бабушки истерии, сделать, так сказать, ее продольный и поперечный срез. Это позволяет наметить практические лечебные мероприятия (биологические и психологические) с целью ее терапии и профилактики, в том числе - в сфере воспитания и педагогики. Значительно особый интерес, согласно пониманию Кречмера, представляет группа, в которой проявляется инстинктивная тенденция к защите и бегству перед угрожающими жизненными ситуациями с использованием любых соответствующих обстоятельств (например, трансформировать ишиас, который идет на поправку, в истерическую хромоту; случайное расстройство желудка - в истерическую рвоту, легкие последствия ушиба головы - в воображаемое слабоумие и т.д.) Общая тенденция последних десятилетий к так называемой соматизации невротических расстройств коснулась, в первую очередь, истерии. Псевдосоматические и псевдоневрологические расстройства проявляются и в особых гиперкинезах и дискоординации движений, в глухоте и в приступах сердцебиения, в различных расстройствах функции желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы и др. Эти расстройства имеют свою специфику, значительно отличающуюся от аналогичных проявлений при других формах невротических расстройств (неврастении, обсессивно-компульсивном), прежде всего, несоответствием массы жалоб данным объективных иссле-

дований, а также характерным имеющимся истерическим камуфляжем.

Ключевые слова: истерия, этиопатогенез, клиника, психонейрофизиология, соматизация невротических расстройств, особенности психотерапии.

ПИТАННЯ ЕтіОПАТОГЕНЕЗУ ІСТЕРИЧНИХ РОЗЛАДІВ У КОНТЕКСТІ ПРАЦІ Е. КРЕЧМЕРА ТА І. П. ПАВЛОВА

Анотація.

Науковою основою цієї статті, присвяченої етіопатогенезу істерії, є праці класика психіатрії Е. Кречмера і одного з засновників психонейрофізіології, нобелівського лауреата з медицини І. П. Павлова. П'ятидесятирічний досвід роботи автора в галузі клінічної психотерапії дозволяє науково досліджувати феномен вічно юної і постійно мінливої за формою – але не за змістом – бабусі істерії, зробити, так би мовити, її поздовжній і поперечний зріз. Це дає змогу намітити практичні лікувальні заходи (біологічні та психологічні) з метою її терапії та профілактики, в тому числі – у сфері виховання й педагогіки. Значно особливий інтерес, згідно з розумінням Кречмера, представляє група, в якій проявляється інстинктивна тенденція до захисту і втечі перед загрозливими життєвими ситуаціями з використанням будь-яких відповідних обставин (наприклад, трансформувати ішіас, що йде до одужання, в істеричну кульгавість; випадковий розлад шлунка – в істеричну блювоту; легкі наслідки забою голови – в уявне недоумство і т. д.) Загальна тенденція останніх десятиліть до так званої соматизації невротичних розладів торкнулася, в першу чергу, істерії. Псевдосоматичні і псевдоневрологічні розлади проявляються і в особливих гіперкінезах і дискоординації рухів, у задусі і в нападах серцебиття, у різноманітних розладах функції шлунково-кишкового тракту, системи сечовиділення та ін. Ці розлади мають свою специфіку, значно відмінну від аналогічних проявів при інших формах невротичних розладів (неврастенії, obsесивно-компульсивному), перш за все, невідповідністю маси скарг даним об'єктивних досліджень, а також характерним наявним істеричним камуфляжем.

Ключові слова: істерія, етіопатогенез, клініка, психонейрофізіологія, соматизація невротичних розладів, особливості психотерапії.

Согласно представлениям основателя психоанализа, различные двигательные нарушения, расстройства чувствительности, боли, функциональные расстройства внутренних органов при истерии возникают в результате конверсии – бессознательного вытеснения конфликтных переживаний (в частности, эдипова комплекса) из психической сферы в соматическую. Появление соматического симптома, символически выражающего содержание вытесненных переживаний, дает пациенту (чаще пациентке) с истерическим неврозом эмоциональное облегчение – иначе говоря, благодаря конверсии боль, страдание из области душевной переходит в ту или иную область тела.

Признавая в отдельных случаях возможность участия символических механизмов и конверсии в патогенезе истерических псевдосоматических и псевдоневрологических расстройств, все же полагаем, что в фундаментальных работах Нобелевского лауреата по медицине (1904 г.) И. П. Павлова [1] и многоопытного клинициста, знаменитого немецкого психиатра Э. Кречмера [2] доказано, что в подавляющем большинстве случаев, особенно наиболее типичных, патология развивается по другим, естественным, природным и психофизиологическим законам, не отрицающим, а научно и реалистически объясняющим психологические факторы, в том числе, личностные особенности и психогении. Учитывая важность этих работ для

понимания психо-физиологических механизмов истерии, приводим достаточно подробно выдержки из них, особенно из фундаментальной работы Павлова.

Э. Кречмер в классическом труде «Об истерии» (1928) [2] объясняет истерические реакции как следствие борьбы, конфликта между автоматическими, подкорковыми механизмами и сознанием; рассматривает «истерические явления как преимущественно смутные импульсивные виды реакций, встречающиеся у людей с несложной, примитивной или несозревшей психикой, и лишь сравнительно редко у высоко дифференцированных загадочных личностей с запутанным построением переживаний» (с. 6).

Далее он писал: «Истерическими мы называем преимущественно такие психогенные формы реакций, при которых представления и связанные с ними двигательные проявления пользуются инстинктивными, рефлекторными или какими-либо другими биологически образованными механизмами <...> Истерия особенно охотно вырастает на двух почвах: на влечении к самосохранению, в форме испуга и страха по отношению к опасным положениям, и затем на почве всевозможных аффектов и конфликтов, сопровождающих половую жизнь».

Поскольку истерички часто выходят замуж назло или по расчету, особенно за мужчин, занимающих высокое социальное положение, это обрекает их на дисгармоничную

сексуальную супружескую жизнь. Сексуальная неудовлетворенность, в свою очередь, вызывает у них эмоциональные расстройства и вегетативные дисфункции с типичной клинической картиной истерических неврологических реакций, имитирующих практически любое заболевание. Поэтому они лечатся в клиниках внутренних болезней, но чаще все-таки – в клинике нервных болезней, что иллюстрирует следующее наблюдение.

Во время профессорского обхода заведующего кафедрой нервных болезней КГМИ Бориса Ивановича Шарапова ассистент представил больную с множеством истерических симптомов. Профессор, внимательно осмотрев демонстративную молодую женщину, спросил:

– А кто муж у тебя, деточка?

– Полковник, - ответила больная.

Многоопытный пожилой профессор Шарапов, известный во врачебном и студенческом коллективах своим остроумием и ироничностью, в ответ на это заметил:

– Лучше бы лейтенант.

И двинулся дальше.

Кречмер писал: «Главную массу истерических явлений можно свободно сгруппировать вокруг биологического радикала (здесь и далее выделено авт. – В.П.) **примитивной двигательной бури** (куда он относил истерические припадки, самые разнообразные, сопровождающиеся криками, бурными движениями, рыданиями), а вторую, гипноидно-ступорозную группу – вокруг **рефлекса мнимой смерти**» (куда он относил обмороки–полуобмороки, амавроз, афонию, мутизм, истерические аналгезии, параличи и ступор).

Описывая, как в природе действуют в качестве защитных обе эти группы реакций, Кречмер указывает на их эволюционное происхождение: «Двигательная буря и у инфузории, и у птицы достигает своей регуляторной цели <...> Толпа людей при землетрясении поступает так же, как запертая птица». Но далее он отмечает уже важную особенность возникновения истерических реакций у человека: «Третья большая и важная группа представляет менее общий биологический интерес, потому что ее механизмы по своей природе наблюдаются у животных лишь в редких случаях. Это группа соответствующих случаю нагромождений истерических перестановок или закрепления других преходящих болезней и последствий от повреждений. И здесь проявляется **инстинктивная тенденция к защите и бегству перед угрожающими жизненными ситуациями с использованием любого подходящего обстоятельства**, на-

пример, трансформировать идущий к выздоровлению ишиас в истерическую хромоту, случайное расстройство желудка в истерическую рвоту, легкие последствия ушиба головы в мнимое слабоумие».

Каждому мало-мальски знакомому с истерическими проявлениями у соответствующих личностей становятся понятными и причины (в трактовке Кречмера), и механизмы развития болезненных симптомов. Главная из них – **незрелость личности и демонстративное поведение**, затем уже – характер психотравмирующих переживаний, а клинические проявления носят общебиологический характер. Часто у таких личностей наблюдается высокая психосоматическая проводимость. Все это выражено опытным клиницистом четко и убедительно.

В глубоко содержательной итоговой статье «Проба физиологического понимания истерии» (1932), посвященной обсуждаемой проблеме, И.П.Павлов приходит к следующему заключению: «Клиницисты, характеризуя истерию, в зависимости от школы выдвигают в качестве основных признаков общие или отдельные особенно резкие симптомы этого состояния, как, например, возврат к инстинктивной, то есть эмоциональной или даже рефлекторной, жизни; внушаемость, производя все поведение истеричных и так называемые стигматы истерии (аналгезию, параличи и т.д.) из внушения и самовнушения; кто выдвигает на первый план волю к болезни, бегство в болезнь; кому особенно импонирует в болезни фантастичность, отсутствие реального отношения к жизни; кто считает болезнь хроническим гипнозом, и, наконец, некоторые говорят об уменьшении способности психического синтеза или нарушении единства «я». Надо думать, что **все эти представления в целом обнимают полностью весь симптомокомплекс истерии и все существо болезни**».

Затем, переходя к наиболее существенным вопросам этиопатогенеза, И.П.Павлов фокусирует мысль на главном: «Прежде всего нужно считать общепризнанным, что **истерия есть продукт слабой нервной системы** <...> У истеричных при остром и резком задерживании коры под влиянием непосильных для нее раздражений, а таких при ее слабости немало, наступают разные аффективные взрывы и судорожные припадки то в виде более или менее определенных инстинктивных и рефлекторных деятельностей, то в совершенно хаотической форме соответственно локализации и передвижению торможения в коре и подкорке, то бли-

жайшей, то более отдаленной. Если же торможение распространяется глубже вниз по головному мозгу, то мы имеем уже другое, крайнее, но пассивное состояние истерического организма в виде глубокого гипноза и, наконец, полного сна, продолжающегося не только часы, но даже многие дни (летаргия) <...> Хроническая слабость коры непременно образует и постоянное особое состояние истерических – это эмотивность. **Истеричный субъект живет в большей или меньшей степени не рассудочной, а эмоциональной жизнью, управляется не корковой деятельностью (рассудком), а подкорковой (эмоциями)**».

Далее И. П. Павлов указывает также на обусловленную корковой слабостью высокую внушаемость истерических: «Что есть внушение и самовнушение? Это есть концентрированное раздражение определенного пункта или района больших полушарий в форме определенного раздражения, ощущения или **следа его – представления**, то вызванное эмоцией, т. е. раздражением из подкорки, то произведенное экстренно извне, то произведенное посредством внутренних связей, ассоциаций, – раздражение, получившее преобладающее, незаконное и неодолимое значение. Оно существует и действует <...> потому, что при слабой коре, при слабом, низком тоне оно, как концентрированное, сопровождается сильной отрицательной индукцией, оторвавшей его, изолировавшей его от всех посторонних необходимых влияний. Это и есть механизм внушения».

Здесь, заметим, уместно выделить, повторить и подчеркнуть, что **самовнушение у личностей, предрасположенных к истерии, часто возникает, как бы на равном месте, без внешне видимых причин** (для непосвященных, конечно). Однако эти причины с научной точностью определены И. П. Павловым, объясняющим эти явления кортикальной слабостью, происходящим отсюда «буйством подкорки» с известной бесконтрольной эмотивностью и злополучным следом «концентрированного раздражения определенного пункта больших полушарий в форме (не только определенного раздражения или ощущения, но и **представления (!) – В. П.**»

Все эти «невидимки», особенно последняя – **«представления»** – реализуются по выше сформулированным психофизиологическим, в том числе условно-рефлекторным, механизмам.

«Вследствие постоянных посторонних и неумышленных внушений, а также и самовну-

шений, жизнь истерика переполнена всевозможными необыкновенными и своеобразными явлениями. Но таких случаев у истерика в обычной жизни множество. Не только ужасы войны, но и много других опасностей для жизни (пожар, несчастие на железной дороге и т. д.), длинный ряд жизненных ударов, как потеря дорогих лиц, обманутая любовь и другие обманы жизни, лишение имущества, разгром убеждений и верований и т. д. и вообще трудные условия жизни: несчастный брак, борьба с нищетой, истязание чувства собственного достоинства и т. д. вызывают сразу или наконец у слабого человека сильнейшие реакции с разными ненормальными, так называемыми соматическими симптомами. Многие из этих симптомов, как происшедшие в момент сильного возбуждения, запечатлеваются в коре надолго или навсегда [1] <...> Симптомы, способные в нормальном субъекте со временем изгладиться, вследствие ли боязни за их ненормальность, за их неудобство, прямую вредность или даже только неприличность... у слабого субъекта, который является жизненным инвалидом, неспособным положительными качествами вызвать к себе внимание, уважение, расположение, будет действовать мотив для продолжения и закрепления болезненных симптомов. **Отсюда и бегство, воля к болезни как характернейшая черта истерии.** Истерика часто можно и должно представлять даже при обыкновенных условиях жизни хронически загипнотизированным в известной степени, так как при известной слабости его коры и обыкновенные раздражители являются сверхмаксимальными и сопровождаются разлитым запредельным торможением, как это мы видим в наблюдаемой нами на животных парадоксальной фазе гипноза. Тогда, помимо зафиксированных тормозных симптомов, подобно положительным, происшедшим в момент сильной нервной травмы, эти же тормозные симптомы могут возникнуть у истерика-гипнотика путем внушения и самовнушения. **Всякое представление о тормозном эффекте из боязни ли, из интереса или выгоды, сосредотачиваясь повторно и усиливаясь в коре, в силу эмоциональности истерика совершенно так же, как в гипнозе слово гипнотизера, вызовет и зафиксирует эти симптомы на продолжительное время, пока, наконец, более сильная волна раздражения при каком-либо случае не смоет эти тормозные пункты.**

Тем же механизмом самовнушения у истерика произойдет и масса других симптомов (При проведении познаватель-

но-поведенческой психотерапии, разъясняя действие механизмов внушения и самовнушения, особенно истерическим пациентам, необходимо, четко различать трактовку этого явления с позиций научных взглядов Сеченова–Павлова и существующие в народе. – В. П.). Всякое легкое болезненное ощущение или какое-либо легкое ненормальное затруднение в какой-либо органической функции сопровождается у истерика эмоцией страха серьезной болезни, и этого будет достаточно, чтобы эти ощущения, опять же описанным выше механизмом, не только поддерживались, но усилились и разрослись до чрезвычайных размеров, делающих субъекта инвалидом [1]

<...> К своеобразным случаям истерического самовнушения относятся, например, несомненные случаи ложной беременности с соответствующими изменениями в грудных железах, с усиленным отложением жира в брюшной стенке. Это лишний раз подтверждает представительство в коре не только деятельности всех органов, но даже и отдельных тканей. Сюда же должны быть отнесены состояния и стигматы различных религиозных экстаиков. Раз точный исторический факт, что христианские мученики не только терпеливо переносили, но и с радостью шли на мучения и умирали с хвалой тому, во имя кого они собой жертвовали, то перед нами яркое доказательство силы самовнушения [1]

<...> Если сила внушения и самовнушения такова, что даже уничтожение организма может происходить без малейшей физиологической борьбы со стороны организма, то, при доказанной широкой возможности влияния коры на процессы организма, с физиологической точки зрения легко могут быть поняты произведенные путем внушения и самовнушения частичные нарушения целостности организма (речь идет о т. н. Христовых знаках – кровоподтеках в области кистей рук и стоп, прибитых гвоздями к кресту при распятии Иисуса. – В. П.) при посредстве также теперь доказанной трофической иннервации [1]

<...> Нужно остановиться на фантастичности, оторванности от реальной жизни и на частых сумеречных состояниях истерических <...> эти симптомы связаны друг с другом. Как показывают наблюдения Бернгейма и других на загипнотизированных здоровых субъектах, а также и наши, проведенные в физиологической части наблюдения над собаками, **нужно признать длинный ряд степеней гипнотического состояния, от едва отличимой от бодрого состояния степени**

до полного сна. Чтобы охватить и понять эти степени специально у человека, необходимо остановиться на следующих вопросах.

Жизнь отчетливо указывает на две категории людей: художников и мыслителей. Между ними резкая разница. Одни – художники, во всех их родах: писателей, музыкантов, живописцев и т. д. захватывает действительность целиком, сплошь... без всякого дробления, без всякого разъединения. Другие – мыслители, именно дробят ее, и тем самым умерщвляют ее, делая из нее какой-то временный скелет и затем только постепенно как бы снова собирают ее части и стараются их таким образом оживить, что вполне им все-таки так и не удается. Эта разница особенно выступает в так называемом эйдетизме у детей. Цельное воспроизведение действительности вообще мыслителю совершенно недоступно. Вот почему величайшая редкость в человечестве соединение в одном лице великого художника и великого мыслителя. У художников деятельность больших полушарий затрагивает всего меньше лобные их доли и сосредоточивается главнейшим образом в остальных отделах; у мыслителей, наоборот, – преимущественно в первых» [1].

Представляет интерес, на наш взгляд, то обстоятельство, что в описаниях истерии на протяжении многих веков авторы, разделявшие разные научные позиции, сходны в том, что **всем истеричным личностям свойственна инфантильность или ювенильность, то есть незрелость, художественность и артистизм**, что, согласно современным научным представлениям о функциональной асимметрии мозга, указывает на доминацию правого полушария.

Резюмируя, И. П. Павлов представляет высшую нервную деятельность следующим образом: «У высших животных, до человека включительно, **первая инстанция** для сложных отношений организма с окружающей средой есть ближайшая к полушариям подкорка с ее сложнейшими безусловными рефлексам, инстинктами, влечениями, аффектами, эмоциями <...> **Вторая инстанция** – большие полушария, но без лобных долей <...> Это составляет единственную сигнализационную систему в животном организме и первую в человеке. В человеке прибавляется (**третья инстанция**. – В. П.) специально в его лобных долях, которых нет у животных в таком размере, другая система сигнализации первой сигнальной системы – речь, ее базисом или базальным компонентом – кинестетическими раздражениями речевых органов... Эта вторая система сигнализации и ее орган,

как самое последнее приобретение в эволюционном процессе, должны быть особенно хрупкими, поддающимися в первую голову разлитому торможению, раз оно возникает в больших полушариях при самых первых степенях гипнотического состояния [1].

<...> В окончательном результате **на основном фоне слабости больших полушарий истеричных** постоянно в разнообразных комбинациях обнаруживаются, дают о себе знать три физиологических явления: **(1)** легкая подверженность гипнотическому состоянию в разных степенях вследствие того, что даже и обычные жизненные раздражения являются сверхмаксимальными и сопровождаются запредельным разлитым торможением (парадоксальная фаза); **(2)** чрезвычайная зафиксированность и концентрированность нервных процессов в отдельных пунктах коры благодаря преобладанию подкорки; **(3)** и, наконец, чрезмерная сила и распространенность отрицательной индукции, т.е. торможения, вследствие малой сопротивляемости положительного тонуса остальных отделов коры» [1].

Касаясь терапевтической стороны проблемы, И. П. Павлов также оставался на реалистических позициях: «Излечима ли вообще с физиологической точки зрения истерия? Здесь все определяется типом нервной системы. Раз мы имеем крайне слабый тип, возможно улучшение, урегулирование общей условно-рефлекторной деятельности, но и только. **О прочной переделке типа, конечно, речи быть не может.** Но так как отдельные истерические реакции, как общефизиологические, при крайне сильных раздражениях, при чрезвычайных ударах жизни, должны встречаться и у более или менее сильных типов, то здесь, конечно, возможно полное восстановление нормы. Но, однако, тогда лишь, когда ряд этих ударов и чрезмерных напряжений тоже не зайдет и за их предел» [1].

Здесь необходимо отметить, что **(NB!)** некоторые школы и направления психотерапии декларируют возможность полной перестройки отношений личности истериков, очевидно игнорируя и их анатомо-физиологические особенности, о чем писал классик психонейрофизиологии, и на что указывает многовековой опыт клинической психотерапии.

Истерический конфликт определяется чрезмерно завышенными претензиями личности при игнорировании, часто полном, объективных условий и требований среды к их удовлетворению. Высокая требовательность к окружающим сочетается с крайне низкой самокритикой (а нередко и полным

ее отсутствием) своего поведения; интенсивность желаний не уравновешена силой внутреннего торможения, способного подавить их. Невротический конфликт лежит в основе формирования истерических невротических реакций, чаще у личностей истерического типа (психопатов и акцентуантов), а также у других типов характера, имеющих мозаичное вкрапление истерических черт.

Эмоциональная лабильность, эгоцентризм и демонстративность поведения, высокая степень внушаемости, самовнушаемости и психосоматической проводимости определяют клинические проявления истерических невротических реакций. Эмоционально-аффективные расстройства проявляются чаще в виде чрезмерной плаксивости, демонстративной подавленности настроения, сменяемых оживлением и смехом; здесь типичны раздражительность и несдержанность – вплоть до так называемых истерик и битья посуды.

Псевдоневрологические и псевдосоматические расстройства при истерическом неврозе наиболее характерны. К их числу относятся двигательные нарушения (истерические параличи, парезы, гиперкинезы, нарушение координации движения при ходьбе, стоянии, сидении; истерические припадки); чувствительные нарушения чаще в виде анестезии или гипестезии какой-либо половины тела, руки или ноги по типу перчаток и носков, парестезии; речевые расстройства в виде демонстративного заикания или осиплости голоса, а то и полного исчезновения его.

К наиболее распространенным истерическим симптомам относится так называемый «ком в горле», сопровождающий либо затруднение глотания, либо невротическую одышку, а также транзиторные ухудшения зрения и слуха в связи с волнениями. Большие истерические припадки (так называемая истерическая дуга) в настоящее время большая редкость; нам приходилось наблюдать только однажды, в 1965 г. в психиатрическом отделении у подэкспертного больного. Зато «истерическая трясучка», когда колотит все тело, сводит судорогой руки, немеют губы – довольно распространена. Многократно приходилось сталкиваться с самыми разнообразными вариантами приступов современных истерических припадков или гиперкинезов, суггестивно провоцируя их в авторской системе интегративной психотерапии. Истерические параличи и парезы (чаще моно-, чем геми-) – как, впрочем, и потерю зрения, слуха, голоса – можно рассматривать как частичное проявление «рефлекса мнимой смерти» (Э. Кречмер). Обычно

у специалиста не вызывает особого труда установление диагноза, однако объективизация исследования с помощью современных лабораторных и технических средств – обязательна. С лечением возникают большие трудности, если у больного имеется воля к болезни, обусловленная неразрешимостью конфликта в его пользу.

Общая тенденция последних десятилетий к так называемой соматизации невротических расстройств коснулась, в первую очередь, истерии. Псевдосоматические расстройства проявляются и в одышке, и в приступах сердцебиения, а также в расстройствах функции желудочно-кишечного тракта и системы мочевого выделения. Эти нарушения имеют свою специфику, отличную от аналогичных проявлений при других формах невротических расстройств (неврастении и обсессивно-компульсивного), прежде всего, несоответствием массы жалоб данным объективных исследований, а также характерным истерическим камуфляжем.

Учитывая то, что истерия – «хамелеон, беспрестанно меняющий свою окраску» (Т. Сиденхем, 1689), и может имитировать многие соматические заболевания, приведу весьма наглядную клиническую иллюстрацию.

Клиническое наблюдение

Пациент В., 22 года, студент III курса политехнического института, женат. Впервые обратился в кабинет неврозов и психотерапии территориальной поликлиники с жалобами на чувство нехватки воздуха, «вроде бы дышу обычно, даже глубоко, а такое ощущение, что воздух не проходит, нет насыщения вдохом». Состояние периодически ухудшается, и тогда нехватка воздуха воспринимается острее. В таких случаях дышит глубоко и часто, однако это не приносит облегчения, напротив, появляющиеся сухость во рту и головокружение усиливают одышку и страх задохнуться. Несколько раз приходилось вызывать скорую помощь. Кроме того, беспокоит ощущение кома в горле, усиливающееся при волнении, некоторые затруднения при проглатывании слюны («нужно делать дополнительное усилие»), во время приступа удушья «всево трясет».

История развития заболевания. Заболел при следующих обстоятельствах. По окончании II курса был направлен для прохождения производственной практики в другой город на авторемонтный завод. Пришлось работать в сварочном цехе, где было угарно и душно, что сразу не понравилось больному. Через две недели почувствовал усталость, соскучился по жене, по дому. Особенно беспоко-

или мысли ревностного содержания. Решил съездить домой на несколько дней. С собой взял пепси-колу. Дома во время ужина закурил и, оживленно рассказывая жене о своих «заклочениях» на практике, хотел выпить напиток, но поперхнулся.

После приступа кашля возникло стенотическое дыхание, удушье – «хрипел несколько минут». Очень испугался, метался по комнате в растерянности, не зная, что делать. Жена тоже испугалась, открыла настежь окно. Наконец дышать стало легче. Чтобы восстановить дыхание полностью, стал делать гимнастические упражнения: разводил с силой руки в стороны, делая глубокие вдохи. Почувствовал себя лучше, несмотря на мелкую дрожь в теле.

Спустя 10–15 минут появилась сухость в горле и ощущение кома. Испугался, что приступ удушья может повториться и начал интенсивнее дышать, делая глубокие вдохи ртом. С тревогой заметил, что, вопреки предпринимаемым усилиям, возникло ощущение нехватки воздуха, будто что-то препятствует вдоху, не было насыщения вдохом. Появилось головокружение. Страх задохнуться усилился. Испугался, что так может и умереть, в ужасе вновь начал метаться по квартире. Жена вызвала «скорую помощь». После какого-то внутривенного вливания, выполненного приехавшими врачами, успокоился и уснул.

На другой день и все время пребывания дома чувствовал себя удовлетворительно, только иногда возникали неприятные воспоминания о случившемся приступе удушья и опасения его повторения. На практику возвращаться не хотелось, но был вынужден это сделать, так как боялся неприятностей в институте. По возвращении на завод сразу почувствовал, как угарно и душно в цехе. Подумал, что у него, наверное, что-то с легкими не в порядке, из-за чего и случился приступ; что в цехе ему, видимо, вредно находиться и следует похлопотать об освобождении от работы.

Через несколько дней после возвращения на практику поздно вечером в общежитии разговорился с сокурсниками. Все курили, в комнате стоял «дым коромыслом». После одной из затяжек закашлялся, появился «ком» в горле, несколько стесненное дыхание. Испугался, что может повториться приступ удушья, начал глубоко дышать. Однако это не принесло облегчения, возникло уже знакомое чувство нехватки воздуха и страх смерти от удушья. Товарищи испугались за него и тут же, прекратив курение, проветрили комнату, но больному лучше не стало. В страхе метал-

ся по общежитию, кружилась голова, всего трясло, ощущалась сильная сухость во рту, «ком» в горле. Приехала вызванная вахтером «скорая помощь». Врач, осмотрев больного, посоветовал для успокоения нервной системы перед сном опускать ноги в холодную воду. Врачи сделали какой-то укол, после чего он уснул.

Утром пошел в поликлинику. В троллейбусе появилось чувство нехватки воздуха, чем он был очень встревожен, однако из троллейбуса не вышел. В поликлинике на правах тяжелобольного с помощью регистратора без очереди прошел консультации у многих врачей, побывал в разных диагностических кабинетах. Ему было рекомендовано освобождение от практики и возвращение домой на лечение. На другой день много ходил, чтобы собрать необходимые документы о прохождении практики.

По дороге в общежитие почувствовал себя плохо, появилась одышка, не хватало воздуха. Испугался, что опять наступит приступ удушья, замедлил шаг, но ощущение нехватки воздуха нарастало. **Боясь развития приступа на улице, последний квартал до общежития бежал.** У вахтера тотчас же выпил воды, попросил нашатырного спирта, который не дал никакого эффекта (ранее применял нашатырный спирт, когда закладывало нос, для восстановления дыхания). Чувство нехватки воздуха усилилось, присоединилось головокружение, охватил страх, что может задохнуться. Дыхание было частым и глубоким. Опять была вызвана «скорая помощь». Врач успокоил больного, и ему стало легче. После внутривенного вливания вскоре уснул. На другой день в сопровождении преподавателя вылетел домой.

Родители встретили его в аэропорту. В машине было душно, развилось состояние, подобное описанным. Взволнованные родители приняли все меры, чтобы он в кратчайшие сроки прошел всестороннее обследование у терапевта, кардиолога, пульмонолога, ЛОР-врача, эндокринолога. Были сделаны рентгеноскопия легких, спирография, радиоизотопное исследование щитовидной железы из-за почти постоянного ощущения давления в горле. Результаты проведенных исследований исключали органический характер заболевания.

Прием выписанных невропатологом успокоительных средств способствовал улучшению состояния, поэтому по совету родителей поехал отдохнуть с женой на море. В первые два-три дня пребывания в пансионате у больного появлялись легкие приступы не-

хватки воздуха, с которыми он справлялся самостоятельно с помощью лекарств.

Вернувшись после отдыха домой, сразу окунулся в житейские заботы. Уже несколько лет он с целью заработка играл на гитаре в студенческом любительском ВИА на сельских свадьбах. В период трудового семестра его не хотели оставить в городе. Пришлось много бегать, нервничать, чтобы убедить руководство курса и общественных организаций, что он должен обеспечивать семью. Бегая по институту от одного должностного лица к другому, заметил, что вновь возникло чувство нехватки воздуха со страхом удушья. Обратился к участковому терапевту, который направил больного в кабинет неврозов и психотерапии.

Пациент – единственный ребенок в семье. Родители поощряли его занятия музыкой. Он проучился 3 года в музыкальной студии по классу аккордеона и бросил ее, так как снизилась успеваемость в школе. В детстве часто болел простудными заболеваниями. И сейчас при простуде у него нарушается носовое дыхание. Переболел гайморитом. Играя на свадьбах в составе ВИА, часто пользовался ингалятором «для прочистки носа».

Женат 2 года; женился на I курсе института без согласия родителей, которые долго уговаривали подождать с женитьбой до окончания вуза. Имеет годовалую дочь. Жена характеризует пациента как большого ребенка, азартно играющего во дворе с детьми в настольный хоккей, порывистого, капризного, упрямого. Вышла за него замуж из жалости, так как он очень ее любил, горячо упрашивал согласиться на брак. Ревнив, устраивает ей «сцены ревности», когда она отказывает ему в интимной близости. Доходит до того, что жена угрожает ему разводом. В этих случаях он горько плакал, ползал на коленях, умолял не оставлять его. В последний год сменил тактику – угрожает убить ее, если она его бросит. Жена отметила дисгармонию в их интимных отношениях: у нее – снижение влечения и отсутствие удовлетворения, с его стороны – нетерпеливость.

После первых психотерапевтических бесед, когда врач объяснил функциональный характер расстройства, значение личностных особенностей больного и жизненных обстоятельств в возникновении этой явно не мужской болезни – истерии, обиделся и не являлся для продолжения психотерапии две недели. Хотел доказать, что это не так, поэтому еще раз посетил эндокринолога, ранее находившего у него небольшое увеличение щитовидной железы, которое, якобы, вызывает

чувство давления в области горла. Обратился также к ЛОР-врачу.

В связи с повторением приступов нехватки воздуха, несмотря на прием лекарств, назначенных эндокринологом, вновь пришел к психотерапевту, **чувствуя в глубине души (как потом признался), что врач в чем-то прав.** После первых же сеансов гипносуггестии отметил значительное улучшение состояния. Позже с энтузиазмом включился в занятия гетеротренинга, желая научиться управлять собой. Попросил врача помочь его жене, так как «она стала такой нервной», что это не может не отражаться на нем. С женой больного была проведена корректирующая психотерапия их супружеских отношений, подчеркнута большое значение для мужа поощрений с ее стороны, указано на возможность нормализации сексуальной жизни. Все это было воспринято с пониманием и готовностью к восстановлению нарушенных отношений. Дальнейшее наблюдение в течение двух лет свидетельствовало об эффективности предпринятых мер.

В психическом статусе за все время наблюдения за больным психотической симптоматики не отмечалось. Больной по-ювенильному порывист, эмоционален, впечатлителен, в высокой степени внушаем. Речь быстрая. Об интересующих его вопросах говорит увлеченно, эмоционально, порой взалхлеб. Лицо несколько аденоидное, обнаруживает привычку дышать ртом. При обследовании у ЛОР-специалиста диагностирован хронический гипертрофический ринит.

Внутренние органы без патологии.

Спирограмма: ЖЕЛ – 90%, ОФВ₁ – 100%, т.Тиффно – 93%, пневмотахометрия на выдохе – 100%. Заключение: ФВД не нарушена. Проба Штанге – 8 секунд (резко положительна).

ЭКГ – в пределах нормы.

Спустя месяц, не пройдя полного курса психотерапии, прервал лечение, так как почувствовал себя полностью выздоровевшим. Осознал невротический характер своих дыхательных нарушений, научился регулировать дыхание. На неприятные ощущения, иногда возникающие в горле и груди, перестал обращать внимание, относился к ним как к естественному «шуму» тела, не опасаясь, что они могут привести к удушью. Обещал врачу воспитать в себе сдержанность и подчинять свои интересы общим, руководствоваться в своих действиях разумом, а не эмоциями.

В дальнейшем рецидивов болезни не отмечалось. Положительный катамнез – 12 лет. Первые 2 года при активной диспансеризации

обострения невротической одышки не наблюдались. Еще через 10 лет мы случайно встретились с бывшим пациентом на техосмотре в ГАИ. Он начал заметно лысеть, посолиднел, хотя остался эмоционально оживленным. В семье уже двое детей. Он работает начальником цеха. Все идет нормально. Поблагодарил врача за науку владеть собой.

Диагноз: конверсионное расстройство у акцентуированной (ювенильной/демонстративной) личности; синдром невротической одышки.

Заключение. В данном наблюдении в развитии конверсионного невротического расстройства с нарушениями дыхания отчетливо прослеживается их полифакторная обусловленность, причем, системные нарушения дыхания логически вписываются в общие проявления невротического расстройства на фоне личностной незрелости. Тип невротического конфликта – истерический, выражается в по-ювенильному упрямых и капризных по форме домогательствах любви со стороны жены (со сценами ревности и при полном игнорировании того факта, что своим поведением может только ухудшить отношение жены к себе).

Возникновение болезни удовлетворяло скрытому желанию пациента прервать прохождение производственной практики: с одной стороны, из-за тяжелых условий; с другой, чтобы вернуться домой к жене, по которой соскучился и которую мучительно ревновал.

«Выбор» синдрома находит объяснение в психологических и физиологических механизмах развития болезни. Прежде всего, обращают на себя внимание характерологические особенности больного: высокая эмоциональность, эгоцентризм, тревожное отношение к собственному здоровью. Преобладающим стимулом к действию было стремление к удовлетворению своих желаний при игнорировании объективных обстоятельств. Все это обусловило частоту и силу негативных эмоциональных реакций, а присутствующий в их структуре дыхательный компонент (особенно во время семейно-сексуальных конфликтов и сцен ревности) лег в основу громких и выразительных вздохов, которые больной производил, демонстрируя жене силу своих переживаний.

Остро возникшее в результате поперхивания стенотическое дыхание со страхом задохнуться вызвало фиксацию внимания на акте дыхания, что при отсутствии знаний о механизмах регуляции дыхания легло в основу неправильных действий – произ-

вольной гипервентиляции, вызвавшей, с одной стороны, гипоканию с характерным для нее головокружением и другими неприятными ощущениями, а с другой – сухость во рту, усилившую неприятные ощущения в горле, чувство давления. Возникшие тревога и страх задохнуться, в свою очередь, через возбуждение гипоталамических структур стимулировали дыхательную активность. Затруднение носового дыхания, приводя к сухости во рту и глотке и усиливая неприятные ощущения в горле, ухудшало вентиляцию глубоких отделов легких, что способствовало ослаблению тормозного рефлекса Геринга–Брейера [3], играющего существенную роль в предупреждении чувства одышки.

Многолетние наблюдения над подобными пациентами убеждают в том, что устранение у них псевдоневрологических и псевдосоматических расстройств посредством психотерапии, а также уменьшение до определенных

пределов их внушаемости вполне реальная задача для психотерапевта; что развитие механизмов саморегуляции способствует компенсации аномальных черт характера.

Однако приходится считаться с тем, что в случаях выраженной степени расстройства личности, обучившись законам и техникам внушения и умению владеть собой внешне, пациенты не утрачивают при этом своей лживости и стремления манипулировать другими, становятся, по нашим наблюдениям, более изощренными. Даже проведение с подобными пациентами глубокой реконструктивной, в том числе и религиозной, психотерапии не способно в полной мере изменить профиль личности, соотношения сознание–подсознание, кора–подкорка, хотя поведение пациентов, их реакции на стресс становятся более упорядоченными внешне; но взамен появляются аффективные расстройства в форме матовой характерологической дистимии и дисфорических реакций.

Литература

1. Павлов И. П. Проба физиологического понимания истерии (1932) / И. П. Павлов // Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных. – М.: Наука, 1973. – 508 с.
2. Кречмер Э. Об истерии; пер. со второго нем. изд. / Э. Кречмер. – М.-Л., 1928. – 160 с.
3. Простомолотов В. Ф. Психосоматические расстройства (клиника, патогенез, терапия, профилактика): рук-во для психологов и врачей / В. Ф. Простомолотов. – Одесса: КП ОГТ, 2007. – 296 с.