

«Наука для всех»



Издательство «Век 2»

«Наука для всех»

В. Г. Ротштейн

Психиатрия. Наука или искусство?



УДК 00
ББК 70
Ф 36

Владимир Григорьевич Ротштейн,
доктор медицинских наук, профессор,
начальник отдела Нучного центра психического здоровья РАМН.

В. Г. Ротштейн
Ф 36 Психиатрия. Наука или искусство? — Фрязино: «Век 2»,
2003. — 240 с. — (Наука для всех).
ISBN 5-85099-145-X

Психические расстройства: что нужно знать всем, а что — пациентам и их родственникам. Как психиатры ставят диагноз и насколько он достоверен. Проблема баланса между правами личности, пользой для больного и интересами общества.

Впервые на русском языке в доступной для широкого читателя форме изложены основные понятия традиционно закрытой области — психиатрии.

УДК 00
ББК 70

ISBN 5-85099-145-X

© «Век 2», 2003

ВВЕДЕНИЕ

*О чем эта книга? Кому она адресована? Зачем она нужна?
Каков ее жанр?*

Там на неведомых дорожках
Следы невиданных зверей,
Избушка там на курьих ножках
Стоит без окон, без дверей.

А. С. Пушкин

Эта книга — о психиатрии, о психических болезнях, о психиатрах и их пациентах. Для большинства людей это область темная, узкая, конечно, кому-то нужная, но нам, слава Богу, дела до нее нет. Такое мнение ошибочно, оно — источник множества неприятностей и недоразумений, которые, в сущности, и породили потребность написать эту книгу. Она — о нас с Вами, о наших успехах и наших трудностях, о наших знаниях и наших заблуждениях, о нашем обществе и нашей политике. Проблемы психиатрии, столь далекие, казалось бы, от жизни большинства людей, на самом деле самым тесным образом с ней связаны, просто по той причине, что они — часть жизни. Мало того, что речь идет о здоровье (то, что здоровье важно, не требует доказательств); ситуации, с которыми сталкиваются психиатры и их пациенты, как зеркало отражают и вопиющую безнравственность, и высочайшую гуманность отдельных людей и общества в целом.

Мы сталкиваемся с психиатрическими проблемами и прямо, и косвенно. *Прямо* с ними встречаются четко очерченные группы людей: сами больные; их родные и близкие; профессионалы, работающие в психиатрии и смежных областях. *Косвенно* с ними приходится иметь дело нам всем, вне зависимости от того, догадываемся ли мы об этом, хотя бы по той причине, что людей, страдающих психическими расстройствами, очень много. Но эта причина — не единственная, и, возможно, не самая главная.

Психиатрия — это область медицины. Медицина — и наука, и ремесло — непосредственно связана с благополучием человека, и ее огромная общественная значимость определяется именно этим. Однако значимость психиатрии этим не ограничивается. Она занимает в медицине особое место.

Обратиться за помощью к психиатру куда труднее, чем к хирургу, к терапевту или к дантисту. Не случайно говорят «у меня болит зуб», «у меня болит нога» или «у меня болит сердце». Эти языковые обороты подчеркивают, что мы как бы отчуждаем подобные болезни от своего «Я». Мы приписываем их своему телу или отдельным его органам, которые мы рассматриваем всегонавсего как принадлежность «Я», а не его сущность. Получается примерно следующее: «у меня что-то заболело, это, конечно, очень неприятно, но я-то сам остался таким, каким был».

При психическом расстройстве речь идет именно о сущности «Я». Это редко осознается, но интуитивно оценивается именно так. Поэтому получается: «Я сам изменился, во мне самом возник некий изъян, и это ужасно вне зависимости от тяжести изъяна, просто потому, что я теперь не такой, как раньше!» Признав, что у него возникло психическое расстройство, человек невольно навешивает на себя ярлык с надписью: «Я теперь не такой, как раньше!». Тем, кто знает о его болезни, этот ярлык тоже очень хорошо виден, и это приводит к тяжелейшим последствиям, которые касаются и больного, и его семьи, и всего общества. Эти последствия называются социальной стигматизацией и внимательно исследуются современной наукой.

Не потому ли человек, явно нуждающийся в помощи психиатра, категорически отказывается от нее, но охотно обращается к невропатологу, потому что «у меня нервы действительно куда не годятся».

Другая причина особого места психиатрии среди прочих медицинских дисциплин заключается в том, что деятельность психиатрической службы неизбежно связана с ограничениями прав человека. Это происходит главным образом из-за того, что психически больной может быть опасен (для окружающих или для себя самого). Тогда психиатры вынуждены применять жесткие меры, вплоть до насилия, чтобы предупредить эту опасность.

Существуют и другие причины; например, некоторые профессии требуют безусловного психического здоровья, и может случиться, что в связи с психическим расстройством человеку запретят работать по его специальности. Общество мирится с подобными ограничениями гражданских прав, поскольку осознает их необходимость.

Однако, поскольку границы этой необходимости определяются людьми, а не законами природы, здесь возможны ошибки и злоупотребления. Поэтому общество нуждается в специальных мерах, призванных контролировать ситуацию. Мы все кровно заинтересованы и в том, чтобы эти меры были эффективными, и в том, чтобы соблюдался удовлетворительный баланс между защитой прав человека и защитой интересов общества.

Есть и еще одна особенность психиатрии, которая ставит ее в несколько обособленное среди прочих медицинских дисциплин положение и которая служит причиной множества сомнений и упреков в адрес психиатров. Речь идет о методах исследования больных и о критериях диагностики психических заболеваний.

Когда студенты-медики переходят на третий курс, их начинают учить двум обязательным этапам работы врача с пациентом. Первый этап — расспрос. Врач спрашивает больного, что привело его к врачу, какие у него жалобы, давно ли он заболел. После этого начинается второй этап — так называемое объективное исследование (выслушивание, выстукивание, простукивание, анализы, рентген, кардиограмма и, возможно, множество других).

И только после всего этого начинается собственно диагностическая работа, смысл которой вкратце заключается в следующем: если то, что рассказал пациент, согласуется с результатами объективного исследования, и если все это вместе соответствует представлению об определенной болезни, значит, именно ею пациент и страдает. Если что-то не так, если концы с концами не сходятся, вся работа — расспрос, объективные исследования — начинается заново.

Объективное исследование — обязательный и в наше время само собой разумеющийся компонент диагностической работы.

Врач, который поставил диагноз «инфаркт миокарда», не прибегая к электрокардиограмме, выглядел бы, по меньшей мере, странно. А ведь психиатр поступает именно так. В его арсенале чаще всего нет ничего похожего ни на анализы, ни на рентген, ни даже на выслушивание или выстукивание. Он вынужден опираться только на то, что сообщают ему сам пациент и его родственники, а также на то, как пациент выглядит и как себя ведет.

И это, в сущности, все. Поэтому очень часто приходится сталкиваться с недоуменными вопросами — как же так? Мало ли, что человек расскажет? Мало ли, как врач этот рассказ оценит? Как можно на таком зыбком основании ставить жестокие диагнозы, укладывать человека в психиатрическую больницу, давать совсем небезразличные лекарства, запрещать работать, освобождать от уголовной ответственности? Ведь подобный диагноз — сплошной субъективизм, и получается, что кому угодно можно приписать любую психическую болезнь?

Такие методы, как выслушивание и выстукивание, в психиатрии заведомо неприменимы. Невозможность использовать лабораторные анализы — не вина, а беда психиатрии. При наиболее распространенных психических заболеваниях современная наука, к сожалению, не в состоянии обнаружить в наших органах и тканях такие особенности, которые можно было бы надежно связать с болезнью.

Это приводит не только к профессиональным трудностям, но и к социальной напряженности. Общество хотело бы защитить себя от возможных ошибок и злоупотреблений со стороны психиатров. Для этого оно, по меньшей мере, должно знать, каким образом психиатры справляются со своими диагностическими задачами.

По всем этим причинам психиатрия связана с общественной жизнью теснее, чем другие области медицины. Чем больше людей будет знакомо с ее проблемами, тем легче будет их обсуждать и решать, тем спокойнее и лучше будет наша жизнь. Поэтому эта книга адресована каждому человеку, который заинтересован в том, чтобы нам жилось лучше.

Естественно, что расчет на столь широкий круг читателей определяет жанр книги. Это не научный труд, и поэтому в ней

не будет ни строгих доказательств, ни сложной терминологии, ни многочисленных ссылок на труды других авторов (однако без некоторых терминов и некоторых ссылок обойтись, все-таки не удастся). Невозможно будет обойтись и без кое-какой полемики. Ряд утверждений, содержащихся в книге, отражают личную точку зрения автора, и это будет всякий раз подчеркиваться.

Автор глубоко благодарен доктору медицинских наук, профессору Диане Дмитриевне Орловской, которая любезно согласилась написать для этой книги главу о биологических исследованиях в психиатрии.

Автор от всей души благодарит директора НЦПЗ РАМН, академика РАМН, профессора Александра Сергеевича Тиганова, который внимательно прочел каждую главу и сделал весьма ценные замечания.

Глава I

МАСШТАБ ПРОБЛЕМЫ

Как правильно задавать вопросы.

Немного терминологии, немного теории и немного истории.

Правда ли, что психически больных становится больше?

Прежде чем изучать деревья,
надо знать лес, в котором они растут.

Гартли Е. Жако,

«Социальная эпидемиология психических расстройств»

Если спросить первого встречного, много ли на свете психически больных, он или с улыбкой ответит, что все мы немного не в себе, или, подумав, назовет очень небольшую цифру. В обоих случаях он ошибется; но виноват в ошибке будет не он, а тот, кто спрашивал. Правильно ответить на этот вопрос нельзя, потому что он неправильно сформулирован.

Задавать правильные вопросы не так-то легко. Для того чтобы понять, в чем тут дело, спросим себя о чем-нибудь попроще (но при этом все-таки останемся в области медицины). Попробуем, например, ответить: много ли у нас знакомых, которые болеют насморком?

Как только мы начнем считать, мы наверняка скоро остановимся и попросим уточнить, что имеется в виду, — сколько знакомых болеет сегодня? Или сколько их болело за последний месяц? Или когда-либо в жизни? *Что считать насморком*, — когда хоть раз в течение дня высморкался или когда приходится лежать в постели и пить чай с малиной? Чем точнее мы решим сосчитать своих простуженных знакомых, тем больше подобных вопросов придется задать. И когда, наконец, мы их сосчитаем, полученное число будет ответом вовсе не на первоначальный вопрос, а на тот, который удалось сформулировать после всех уточнений.

Примерно так же обстоит дело и с определением числа психически больных. Поскольку эта задача несколько более сложна, чем предыдущая, в середине XX века возникло самостоятель-

ное научное направление — эпидемиология психических расстройств, психиатрическая эпидемиология. В представлении большинства людей термин «эпидемиология» связан с эпидемиями, с инфекционными заболеваниями. Действительно, сначала эпидемиологией занимались только инфекционисты. Однако их методы оказались столь плодотворными, что они стали применяться — с большим успехом! — для изучения других болезней (опухолей, сердечно-сосудистых заболеваний), а несколько позже эпидемиологические исследования стали проводиться и в области психиатрии.

Как только это направление сформировалось, возникло множество вопросов, похожих не те, которые рассматривались в связи с подсчетом частоты насморка. В частности, оказалось, что при определении числа больных может возникнуть две совершенно разных задачи: подсчитать, *сколько людей заболевает в течение определенного промежутка времени* (например, в течение года) и подсчитать, *сколько среди нас больных* (ведь в их число могут войти не только те, кто заболел в этом году).

Пришлось вводить термины, связанные с ответами на эти вопросы. Термином *заболеваемость* принято обозначать число вновь заболевших, а число имеющих в населении больных обозначают термином *болезненность* (или *распространенность*).

Однако (опять-таки точно так же, как при подсчете простуженных знакомых) последний термин пришлось немедленно уточнить. Представьте себе преуспевающего человека лет пятидесяти, отменного здоровья, отличного семьянина и работника. В девятнадцать лет этот человек перенес психическое расстройство, которое продолжалось полтора месяца, прошло и больше не повторялось. Следует ли учитывать этот случай в показателе распространенности психических заболеваний?

Распространенность болезни можно считать по-разному, и результат выражают в специальных показателях, которые характеризуют способ подсчета. Показатель «точечная болезненность» отражает число больных, имеющих в населении *сегодня*; «годовая болезненность» — это число больных, имевшихся в населении *в течение года*; «болезненность в течение жизни» — число людей, перенесших заболевание *когда-либо в жизни*. В последний показатель наш герой попадет, а в первые два — нет.

Легко понять, что число людей, попавших в каждый из этих показателей, может различаться очень сильно.

Еще одна трудность заключается в том, что точно можно считать только тех больных, которые обратились за помощью в государственное учреждение (оно обязано заниматься статистикой). Те же, кто обратился к частным врачам или не обращался за помощью вообще (а это случается нередко), в статистические сводки не попадают, и судить об их числе можно только приблизительно, на основании специальных исследований, например, по данным поголовных осмотров психиатрами сравнительно небольших групп населения.

И еще одна трудность, — не последняя, но остальных мы касаться не будем. Помните вопрос «что считать насморком»? Даже об этом, наверное, договориться не так-то просто. Несравненно труднее договориться о том, что считать психическим заболеванием. И дело тут не в отсутствии объективных критериев, а в том, что границы компетенции психиатров постоянно расширяются, и соответственно расширяется их (психиатров) представление о том, что такое психическое расстройство. Представление же общества меняется гораздо медленнее.

Поговорим об этом немного подробнее.

О том, с чего началась психиатрия

Человечество сталкивалось с психическими расстройствами с самого начала своего существования. Еще хитроумный Одиссей прикинулся безумным и заседал поле солью, чтобы не идти на Троянскую войну (подумать только, когда начали симулировать психическую болезнь, чтобы не служить в армии!) Но очень много веков было не слишком ясно, что это, собственно, такое — сумасшествие. Болезнь ли это, или одержимость нечистой силой, или, наоборот, святость, или что-то еще — определенного взгляда на это не существовало. Больных изолировали, если ничего другого не оставалось, — иногда в тюрьмы, иногда в монастыри. С развитием цивилизации для них стали строить специальные приюты. Они не были больницами и больницами не назывались, это были именно «приюты», «сумасшедшие дома». Больных там не лечили, а «призревали».

Все знают, что такое бедлам. Это ужасный беспорядок, шум, крик, толкотня, хаос. Однако не все знают, что «бедлам» — это искаженное «Вифлеем». Приют святого Вифлеема в Англии, куда за деньги пускали публику посмотреть на сумасшедших, породил и слово «бедлам», и его современный смысл. (В современных русско-английских словарях «бедлам» переводится как «madhouse», т. е. «сумасшедший дом».)

Ясное дело, что больного привозили в такой приют только в том случае, когда другого выхода не было. Поэтому в них оказывались только наиболее тяжелые больные, и представление публики о том, что такое «психически больной», формировалось на их образе.

Великий Филипп Пинель (1745-1826), работавший в Бисетре (огромном приюте для душевнобольных близ Парижа), был первым врачом, который четко сформулировал: безумие — это болезнь. И раньше были врачи, которые думали так же; но именно благодаря Пинелю это представление — не сразу, но довольно быстро — стало общепризнанным. В 1792 году он снял с психически больных цепи (в буквальном смысле слова), начав тот путь, который не пройден до конца еще и сегодня, — путь к тому, чтобы психически больные могли жить достойно.



Филипп Пинель, человек, с чьим именем связано становление современной психиатрии, родился на юге Франции, в семье врачей. Он учился и в духовном училище и на естественноисторическом факультете университета в Тулузе, а его диссертация называлась «О достоверности, которую математика дает нашим суждениям при занятиях науками». Позже он учился медицине.

Разнообразные познания очень пригодились тридцатилетнему Филиппу: переехав в 1778 году в Париж и сильно нуждаясь в деньгах, он зарабатывал, давая уроки математики студентам и публикуя в газетах статьи на медицинские темы. Интерес к психиатрии возник у него случайно: один из его друзей заболел психозом. Пинель навещал его в больнице, потом стал работать в ней. 25 августа 1793 года Пинель был назначен врачом психиатрического приюта в

Бисетре. Слухи о том, что Пинель собирается снять с психически больных цепи, побудили подозрительность революционных властей. Председатель Парижской коммуны Кутон посетил Бисетр, чтобы проверить, не скрываются ли там под видом сумасшедших враги революции. «Гражданин, — сказал Кутон Пинелю, — я приду навестить тебя в Бисетре, и горе тебе, если ты нас обманываешь, и между твоими помешанными скрыты враги народа». С 1795 по 1822 год Пинель преподавал психиатрию и внутренние болезни. В 1803 году он стал академиком и одним из первых кавалеров Ордена Почетного легиона. В 1806 году Наполеон назначил его своим врачом-консультантом. Пинель умер на 81 году жизни, обремененный болезнями и денежными трудностями.

Освобождение больных от цепей было настоящим подвигом. Ю. В. Каннабих пишет, что, когда Пинель решил расковать больных, надсмотрщики покинули Бисетр, боясь, что их растерзают. Уже упоминавшийся председатель Парижской коммуны Кутон, посетив Бисетр, сказал Пинелю: «Сам ты, видно, помешан, если собираешься спустить с цепи этих зверей. Боясь, что ты станешь первой жертвой собственного сумасбродства». Вдвоем со своим помощником и другом по имени Пюссен Пинель осуществил эту великую акцию.

Мало того, что подвиг Пинеля существенно облегчил положение психически больных. Утвердившееся благодаря его работе представление, что безумие — это болезнь, привело к тому, что врачи стали искать способы *лечить* сумасшедших. Сначала очень медленно, а потом все быстрее и быстрее, они начали добиваться успехов. И — как ни парадоксально это звучит — чем больших успехов в лечении больных добивались психиатры, тем больше становилось у них пациентов.

На самом деле никакого парадокса тут нет. Отправить родственника в *приют*, где никому и в голову не придет лечить его — одно дело; поместить его в *больницу*, где есть врач, который хотя бы попробует его вылечить, — дело совершенно другое. В первом случае больного привезут от безнадежности, во втором — в надежде. Поэтому уже в первой половине XIX века, когда никаких серьезных успехов в лечении психических расстройств еще не было, число пациентов в психиатрических учреждениях сильно возросло.

Надежды у людей в то время и вправду стало больше, но реальных успехов в лечении в те времена было, конечно, немного. Больных лечили ваннами, кровопусканиями, внезапным испугом, ледяным обливанием. Условия пребывания в больницах оставались тяжелыми. Хотя заковывать больных в цепи постепенно перестали, физические способы борьбы с возбуждением продолжали использовать еще очень долго (проще говоря, больных продолжали связывать, надевали на них смирительные рубахи, прибинтовывали к кроватям и специальным креслам). Поэтому те люди, которые хоть и болели, но как-то все-таки могли жить дома, а не в больнице, в поле зрения психиатров не попадали.

Очень важно понять следующее: поскольку эти люди не попадали к психиатрам, *никто не считал их психически больными*. Их называли странными, чудаками, юродивыми, — как угодно, но только не сумасшедшими. Сумасшедшие — это те, которые в сумасшедшем доме; это представление формировалось на протяжении веков. А терминологические «мелочи» для общественного сознания не так уж важны.

В самом начале XX века в психиатрии произошла новая революция, значение которой, возможно, не меньше, чем революция Пинеля. Появились *амбулаторные психиатрические учреждения*, то есть не больницы, в которых нужно лежать, а что-то вроде поликлиники, куда можно обратиться за советом и уйти домой. Интересно, что возникли эти учреждения под давлением общественности. Американец Клиффорд Бирнс долгое время лежал в психиатрической больнице. Жуткие условия, в которых находились пациенты, произвели на него неизгладимое впечатление, и выписавшись, он решил посвятить свою жизнь тому, чтобы улучшить положение психически больных. В 1909 году он основал первую в мире общественную организацию психически больных, и именно она, эта общественная организация, стимулировала появление так называемых внебольничных психиатрических учреждений.

Они очень быстро распространились по всему миру, и к началу 1-й мировой войны амбулаторные психиатрические учреждения успешно работали и в Америке, и в большинстве стран Западной Европы, и в России.

Одно из последствий появления внебольничных психиатрических учреждений (и последствий неожиданных) заключалось в том, что в них стали обращаться новые пациенты. Они никогда и ни за что не согласились бы лечь в тогдашние психиатрические больницы, а вот за амбулаторной помощью пришли. Этих пациентов было очень много, и они были совершенно не похожи на тех, с которыми психиатры сталкивались раньше.

Вот что случилось в начале XX века, — к психиатрам пришла новая категория больных. Они вовсе не были сумасшедшими, однако, несомненно, нуждались в помощи психиатра. Представление о том, что такое «психическое расстройство», стало меняться. Число пациентов, относящихся к этой новой категории, росло и росло. Немногим больше, чем за полвека, оно увеличилось в 40 раз!

Хорошо бы разобраться в том, что же это за новые больные и чем они отличались от «старых». Но для этого снова придется обратиться к теории, поговорить о терминах, и начать, пожалуй, лучше издалека.

О том, что такое симптом, синдром и болезнь

Болезни бывают тяжелые и легкие. Это всем известно и всем, вроде бы, понятно. Однако, как и в случае с подсчетом больных, ясность здесь обманчивая.

Если у кого-то рак, мы наверняка скажем, что человек болен очень тяжело, хотя сам он в данный момент может чувствовать себя прекрасно и даже не подозревать, что нездоров. С другой стороны, выздоровев от гриппа, мы можем сказать: «Я болел очень тяжело», имея в виду вовсе не опасность болезни (тем более что она уже прошла), а свое самочувствие.

Такая неоднозначность связана с тем, что в этих двух случаях мы говорим о совершенно разных вещах. В первом случае мы говорим о *болезни*. Во втором — о *состоянии*, возникшем во время болезни.

Когда человек кашляет, трудно сказать, чем он болен. Кашель — это только отдельный признак болезни, или *симптом*. Любой симптом может возникнуть при многих болезнях.

Симптомы никогда не появляются в одиночестве, без сопровождения других признаков болезни. Каждый из них имеет

«родственников», то есть одновременно с ним появляются и другие, вполне определенные симптомы. Если продолжать наш пример, то у человека, страдающего кашлем, хочется спросить, нет ли у него насморка или головной боли, или не очень высокой температуры. Насморк, кашель, головная боль и невысокая температура — «родственники». Они обычно появляются вместе. В то же время у такого больного вряд ли спросишь, не тошнит ли его. Тошнота, конечно, может вдруг возникнуть и у него, но это будет простой случайностью: она «не в родстве» с кашлем и насморком. Группу родственных симптомов, которые обычно появляются одновременно, называют *синдромом*. Именно синдром определяет состояние больного в каждое данное время.

Как и симптомы, один и тот же синдром может возникать при разных заболеваниях. Кашель, насморк и головная боль могут некоторое время определять состояние больного при простуде, при гриппе, при воспалении легких, при туберкулезе и при легочной чуме. Поэтому не только по симптому, но и по синдрому нельзя судить о болезни. *Болезнь* — это цепочка синдромов, их закономерная последовательность. Именно эта последовательность состояний (синдромов) создает картину страдания во времени, картину процесса, имеющего начало, течение и окончание. Этот процесс и есть болезнь.

Разобравшись во всех этих теоретических сложностях, нетрудно понять, какая огромная разница между утверждениями «У него очень тяжелая болезнь» и «У него очень тяжелое состояние». Состояние (синдром) определяет, насколько тяжело имеющееся в данное время расстройство, и ничего не говорит (или, по крайней мере, говорит недостаточно) о тяжести болезни. *В этой главе мы будем обсуждать синдромы, а не болезни.*

Все психопатологические (еще один термин; так называются любые проявления психического расстройства) синдромы можно расположить в виде очень длинной и подробной шкалы, отражающей их тяжесть. Однако пока достаточно сказать, что с этой точки зрения они делятся на две большие группы: это *психозы* и состояния, которые *психозом не являются*.

О том, что такое психоз

Представим себе, что наша психика — зеркало, задача которого — как можно точнее отражать реальность. Мы судим о реальности именно с помощью этого отражения, ведь никакого другого способа у нас нет. Мы сами — тоже часть реальности, поэтому наше «зеркало» должно правильно отражать не только окружающий нас мир, но и нас самих в этом мире. Если зеркало цело, ровно, хорошо отполировано и чисто, мир отражается в нем правильно (не будем придирааться к тому, что никто из нас не воспринимает реальность абсолютно адекватно — это совсем другая проблема).

Но что произойдет, если зеркало испачкается, или покривится, или разобьется на куски? Отражение в нем *более или менее* пострадает. Это «более или менее» очень важно. Суть всякого психического расстройства заключается в том, что больной воспринимает реальность не совсем такой, какая она есть на самом деле. Степень искажения реальности в восприятии больного определяет — психоз у него или более легкое болезненное состояние.

К сожалению, не существует общепринятого определения понятия «психоз». Всегда подчеркивается, что главный признак психоза — серьезное искажение реальности, грубая деформация восприятия окружающего мира. Картина мира, представляющаяся больному, может настолько сильно отличаться от действительности, что говорят о «новой реальности», которую создает психоз. Даже если в структуре психоза нет расстройств прямо связанных с нарушениями мышления и целенаправленного поведения высказывания и поступки больного воспринимается окружающими как странные и нелепые; ведь он живет в «новой реальности», которая может не иметь ничего общего с объективной ситуацией.

В искажении реальности «повинны» феномены, которые никогда и ни в каком виде (даже в намеке) не встречаются в норме. Самые характерные из них — бред и галлюцинации; они участвуют в структуре большинства синдромов, которые принято называть психозами. Одновременно с их возникновением *утрачивается способность к критической оценке своего состояния*; проще говоря, больной не может допустить мысль, что все

происходящее ему только кажется. «Грубая деформация восприятия окружающего мира» возникает потому, что «зеркало», с помощью которого мы о нем судим, начинает отражать явления, которых в нем нет.

Что это за явления?

Начнем с более простого (точнее, с того, что легче объяснить) — с галлюцинаций. Ученик Пинеля Жан-Этьен-Доминик Эскироль (1772-1840) писал, что галлюцинант — это человек, который уверен, что он воспринимает некие образы, хотя на органы его чувств не действуют объективные раздражители, которые могли бы служить причиной возникновения этих образов. Как ни удивительно, со времен Эскироля лучшего определения не появилось.

Есть множество самых детальных описаний галлюцинаций, но общепринятого определения нет (заметим, что и Эскироль писал не о галлюцинациях, а о галлюцинанте, то есть о том, кто испытывает галлюцинации). Самым главным в определении Эскироля был акцент на отсутствии объективных раздражителей, действие которых можно было бы связать с возникновением галлюцинаторного образа. Этим галлюцинации отличаются от всем известных (многим — по собственному опыту) иллюзий, при которых *нечто реальное* воспринимается *не так*.

Наверное, каждый может вспомнить что-нибудь вроде куста в вечернем лесу, который показался волком, или плаща, который висел на крючке в темной прихожей и показался фигурой грабителя. Это примеры иллюзий. Куст действительно рос; плащ действительно висел; на них мы и смотрели, но *вместо куста* или *вместо плаща* мы увидели вдруг (со страху, наверное) волка или грабителя.

Иллюзия — это искаженное, ошибочное восприятие; это (как ясно из приведенных примеров) случается и в норме, вне психического расстройства.

Галлюцинации в норме не встречаются никогда. Галлюцинаторное восприятие заключается не в том, что человек принял плащ за разбойника; он видит плащ, но *видит и разбойника* рядом с ним. Галлюцинаторный образ возникает не *вместо* того, который отражает реальность, а *независимо* от него. В полной тишине (или на фоне обычных звуков) больной слышит приказы,

угрозы, комментарии. На фоне обычных предметов больной видит несуществующие фигуры или целые сцены. Галлюцинации могут касаться всех органов чувств; в соответствии с этим они называются слуховыми, зрительными, обонятельными, осязательными и вкусовыми.

Легко себе представить, насколько сильно галлюцинации могут исказить для больного реальность. Ведь галлюцинаторные образы для него абсолютно достоверны, больной не испытывает никаких сомнений в истинности их существования!

Немного подробностей — мелким шрифтом, только для тех, кому интересно. Психиатры до сих пор дискутируют — могут ли галлюцинации возникать при ясном сознании. Большинство считает, что да, могут. Действительно, очень часто состояние больного, испытывающего галлюцинации, не имеет обычных признаков нарушенного сознания: человек сохраняет способность ориентироваться, с ним можно беседовать, он отлично помнит все, что с ним происходило и происходит. Однако некоторые психиатры — преимущественно французские — возражают. Дело в том, говорят они, что существуют галлюцинации и вне психического расстройства, в частности, зрительные галлюцинации у слепых (они возникают вследствие патологии органа зрения, а не психики). При таком состоянии люди прекрасно отдают себе отчет в том, что с ними происходит, они понимают, что возникающие у них образы им только кажутся. Вот в этом случае, — говорят французские психиатры, — сознание действительно сохранено, оно ясно.

А при психическом расстройстве, когда больной воспринимает галлюцинаторные образы, как реальность, ни о какой ясности сознания не может быть и речи. Это особое состояние сознания, говорят они, и называют его *сновидным изменением сознания*.

Теперь о том, что такое бред.

То, что имеют в виду психиатры, говоря о бреде, имеет очень мало общего с бессвязным бормотанием человека в жару или в беспамятстве. Это совсем другое расстройство, мы его здесь обсуждать не будем. Бред в точном, профессиональном понимании этого термина — некая идея, имеющая для больного большое значение, и, несомненно (с его точки зрения), справедливая. В учебниках психиатрии обычно пишут, что идея эта, во-первых, не соответствует действительности, а во-вторых, «не поддается коррекции» (т. е. убедить больного в его неправоте

невозможно). Последнее утверждение абсолютно правильно, а вот первое страдает некоторой неточностью. Для того чтобы легче понять, в чем тут дело, лучше начать со второго, совершенно точного, утверждения.

Внешне бредовая идея часто очень похожа на удивительное для окружающих заблуждение. В самом деле: вполне вроде бы разумный человек, прекрасно все понимающий и легко обо всем беседующий, вдруг (стоит только затронуть «больную» тему) несет совершенно очевидную для всех чушь. Первый импульс всякого собеседника — хлопнуть его по плечу и сказать «Послушайте, что вы такое говорите! Это же полная ерунда, потому-то и потому-то». Далее следуют неопровержимые, с точки зрения собеседника, аргументы. Эти аргументы никогда никакого эффекта не имеют; однако убедиться в том, что они и *не могут его иметь*, было не так-то легко. Очень долго казалось, что болезнь заключается вроде бы в том, что человек становится уж слишком упрямым, настолько, что обычные аргументы делаются недостаточно убедительными.

По-видимому, последняя отчаянная попытка подобрать «хороший» аргумент относится к началу XX века. Тогда только что изобрели общий наркоз. В одной из психиатрических больниц лежала больная, утверждавшая, что у нее в животе живет змея. Ей пообещали эту змею извлечь. Больную привезли в операционную, дали наркоз, рассекли кожу на животе, потом наложили швы. Разумеется, убитую змею приготовили заранее.

Когда пациентка проснулась, ей показали змею. «Вот она, — сказали пациентке. — Ты можешь быть теперь совершенно спокойна, змеи в тебе больше нет». Пациентка была счастлива, доктора — тоже. Это общее счастье продолжалось несколько дней. Потом больная в отчаянии сказала: «Вы не заметили там змеенышей...»

Аргументов, способных убедить бредового больного, что он заблуждается, не существует. Почему?

Ошибка — это результат неправильной интерпретации реальности. Мой маленький внук решил сочинить книгу о Джеймсе Бонде и затруднился, как правильно написать его фамилию. Он долго бормотал «Бонд... Бонт...», а потом решительно стер буквы «Д» и написал «Т». Так ему показалось.

Поскольку ошибка — это результат неправильной интерпретации реальности, ее можно исправить. Ведь наши аргументы — тоже элемент реальности, поэтому и заблуждение, и аргументы расположены «в одном и том же пространстве», они способны «контактировать», и возможность исправить ошибку зависит только от убедительности аргументов (и, конечно, от степени упрямства заблуждающегося).

Бред — явление совершенно другого происхождения. К интерпретации окружающего он не имеет никакого отношения; он возникает вовсе не потому, что человек что-то как-то не так истолковал или воспринял. Бред — проявление болезни, результат работы ее биологического механизма. Избыток сахара в крови больного сахарным диабетом возникает не потому, что он съел кусок торта; в его организме вырабатывается недостаточно инсулина. Мы, к сожалению, не знаем, какие биологические процессы порождают бред, но нет сомнений, что именно они лежат в его основе. Поэтому бредовая идея и аргументы, выдвигаемые при споре с больным, оказываются в «непересекающихся плоскостях». Они просто не могут взаимодействовать друг с другом, и именно поэтому (а вовсе не из-за упрямства пациента или из-за нашей интеллектуальной беспомощности) переубедить больного нельзя.

Теперь о том, почему не вполне точно утверждение, что бредовая идея «не соответствует действительности». Обучаясь психиатрии, студенты часто делают типичную ошибку.

Они думают, что нужно проверить, соответствует ли действительности та идея, которую высказывает больной. Если соответствует, значит, это бред, а если соответствует, то нет. Конечно, распознают бредовую идею совсем не так. Во-первых, если бредовая идея правдоподобна, ее соответствие действительности чаще всего невозможно проверить (представьте себе, например, что пациент высказывает идеи ревности). Во-вторых, что самое главное, проверять это не имеет смысла: поскольку, как мы теперь знаем, бредовая идея *не имеет отношения* к действительности, но *случайно* может ей и соответствовать. От этого она не перестанет быть бредовой.

Тому, как распознают бред (и все другие психопатологические расстройства), будет посвящена отдельная глава.

Бред бывает разным по содержанию. В зависимости от этого говорят о бреде ревности, бреде преследования, бреде отравления, бреде величия и так далее. Кроме того, бред различают по степени его правдоподобности (в зависимости от этого говорят об обыденном, нелепом, фантастическом бреде), и по степени логичности бредовых построений (в зависимости от этого говорят о систематизированном или отрывочном бреде).

Каким бы ни был бред, легко себе представить, в какой сильной мере нарушена картина мира у больного. Она нарушена еще сильнее в связи с тем, что бред и галлюцинации очень и очень часто возникают в рамках одного и того же состояния.

Помимо бреда и галлюцинаций, в структуре психоза возникают и другие симптомы. Некоторые из них связаны с нарушениями ориентировки, и больной неправильно оценивает где он находится, утрачивает способность верно судить о времени. Другие проявляются в том, что нарушается последовательность в мышлении, а следовательно, и в речи. Третьи нарушают возможность целенаправленно управлять своими движениями: их становится или слишком много, и тогда поведение больного превращается в хаотическое возбуждение, или, наоборот, слишком мало, вплоть до того, что больной может оказаться застывшим, как по команде «замри».

Итак, психоз — болезненное состояние, которое определяется возникновением никогда не встречающихся в норме симптомов, чаще всего — бреда и галлюцинаций. Они приводят к тому, что реальность в восприятии больного очень сильно отличается от объективного положения вещей. Психоз сопровождается расстройством поведения, иногда очень грубым. Оно может зависеть и от того, как больной представляет себе ситуацию, в которой он находится (например, он может спастись от мнимой угрозы), и от утраты способности к целесообразной деятельности.

О том, с какими расстройствами психиатры встретились в амбулатории

Вернемся к нашей основной теме. До начала XX века пациентами психиатров были только те больные, состояние которых определялось психозом. Только они и считались психически

больными. Больницы, правила, отношение к психически больным, — все это строилось применительно к больным с психозами. Понятия «психически больной», «сумасшедший», в общественном сознании были тождественны понятию «больной в состоянии психоза».

Когда лет 10 назад сотрудники Научного центра психического здоровья РАМН провели небольшое социологическое исследование, оказалось, что в этом смысле почти ничего не изменилось... А пациенты изменились очень сильно. Несколькими страницами выше было сказано, что психиатры столкнулись с новой категорией пациентов. Теперь можно уточнить: это были больные без психоза.

Это были пациенты, которых никто и никогда раньше не причислял к «психически больным». Симптомы, из которых складывалось их болезненное состояние, знакомы каждому. Подавленное настроение или, наоборот, душевный подъем, тревога, сомнения, беспокойство о своем здоровье, всякие неприятные ощущения в теле, бессонница, — кто из нас может сказать, что никогда не испытывал ничего подобного? Даже такое причудливое расстройство, как навязчивость, на самом деле знакомо большинству людей (песенка, которая сама по себе поется и поется, и никак от нее не отвяжешься). Поэтому тех, кто страдал от подобных расстройств, не только сумасшедшими, но и больными-то не считали. «Не валяй дурака, — говорили (впрочем, говорят и сегодня) им родственники. — Возьми себя в руки».

Тем не менее, в действительности все эти расстройства способны причинить тяжелое страдание, от которого нельзя избавиться «взяв себя в руки». Поэтому, как только появилась возможность, больные с подобными состояниями стали обращаться за помощью, и тем охотнее, чем больше появлялось шансов эту помощь получить.

А шансов становилось все больше. В XX веке появились по-настоящему эффективные методы лечения психических заболеваний. В 1918 году Вагнер-Яурегг спас от смерти множество больных прогрессивным параличом доказав, что их можно излечивать, заражая малярией (вылечить потом малярию сравнительно нетрудно). В 1935 году Закель ввел в практику лечение

психозов повторными инсулиновыми комами. В 1937 году Медуна добился большого успеха, используя так называемую судорожную терапию (с помощью некоторых медикаментов он вызывал у больных припадки, похожие на те, что бывают при эпилепсии). В 1938 году Черлетти и Бини научились добиваться того же с помощью электрического тока.

Маляриотерапия, инсулиншоковая терапия, электросудорожная терапия — все эти методы лечения отнюдь не утратили своего значения и сегодня. А вот в 1952 году произошло событие, которое смело можно назвать третьей великой революцией в психиатрии (кто знает, сколько их еще предстоит?) Французский исследователь Делей (Delay) ввел в употребление препарат под названием хлорпромазин (у нас он известен как аминазин). Это событие буквально перевернуло психиатрию, потому что у врачей появилась принципиально новая возможность лечить своих пациентов. Во-первых, быстро стало ясно, что аминазин гораздо эффективнее всех средств, которые применялись раньше. Во-вторых (и это было почти столь же важно), в отличие от прежних способов, лечить больных аминазином оказалось гораздо проще и «обыкновеннее»: ведь это просто лекарство, которое можно принимать и в больнице, и дома.

Появление аминазина обозначило начало новой эры в лечении психических заболеваний — эры психофармакологии. Вслед за аминазином появились (и каждый год появляются новые) десятки лекарств, — все более эффективных, все более специфичных, все более безопасных. С их помощью в лечении психических расстройств можно добиваться таких результатов, о которых раньше нельзя было и мечтать. И это, конечно, замечательно.

Успехи в лечении психических заболеваний повлекли за собой последствия совершенно разного характера. Психиатрические больницы преобразились. Если раньше, невзирая на все усилия врачей, они, в сущности, оставались сумасшедшими домами, наполненными шумом, возбуждением и постоянной угрозой агрессии, то теперь они превратились в обыкновенные больницы. Другой вопрос, что больница может быть лучше или хуже, другой вопрос, что и к современным психиатрическим больницам общество предъявляет много претензий.

Но — плохие или хорошие — они теперь, несомненно, больницы. Не случайно термин «сумасшедший дом» выглядит сегодня архаизмом.

Другое следствие заключается в том, что множество людей, которые раньше были бы обречены на постоянное пребывание в больнице, получили возможность жить дома. Конечно, многие из них остаются больными, они должны постоянно наблюдаться у психиатра и принимать лекарства, их возможности иногда сильно ограничены болезнью, но они живут дома, и это все-таки намного лучше. В числе этих людей совсем немало таких, у которых психические расстройства полностью или почти полностью прошли. Они по-прежнему принимают лекарство и посещают своих врачей, но это — почти единственное, что отличает их от здоровых.

И, наконец, произошло то, с чего мы начали: к психиатрам обращается все больше и больше людей, страдающих от заболеваний, все меньше и меньше похожих на психоз. Если есть возможность избавиться от расстройства здоровья, пусть и не очень тяжелого, то почему бы ее не использовать?

Я убежден, что колоссальный рост числа пациентов психиатрических учреждений (напомню, что оно увеличилось в 40 раз на протяжении XX века и продолжает расти) связан именно с этим. Я не верю, что люди стали настолько чаще психически заболевать, как утверждают некоторые исследователи. И я думаю, что когда мы научимся лечить наших пациентов еще лучше, число их снова возрастет.

Так кого же считать психически больными? Только «сумасшедших», таких, которых лечили еще Пинель и Эскироль? Или также и тех, кто начал обращаться к психиатрам, когда появились амбулаторные психиатрические учреждения? Или также и тех все новых и новых пациентов, которые приходят за помощью по мере того, как возрастают ее возможности? От ответа на этот вопрос зависит возможность выполнить обещание, сформулированное в названии этой главы, — сказать, как часто случаются психические заболевания.

Разумеется, все перечисленные группы пациентов страдают психическим расстройством. И, если мы хотим составить правильное представление о масштабе проблемы, связанной с рас-

стройствами психического здоровья, нужно сосчитать их всех. Но прежде раскроем карты. Главная задача этой главы заключается не в том, чтобы сообщить, сколько на свете больных. Главная ее задача — показать, что психически больные — это очень-очень неоднородная группа. В этой группе действительно есть «сумасшедшие», а есть и такие, которым не верят, что они пользуются помощью психиатра¹. Между этими двумя полюсами существует множество промежуточных вариантов.

Понимать это очень важно, и не просто для повышения собственного образования. — Это важно и для того, чтобы положение больных стало легче. Чтобы человек, страдающий от боязни лишней раз покраснеть, не отказывался от помощи, избегая ярлыка «сумасшедший». Чтобы людей не увольняли с работы, потому что они «на учете».

И все-таки свое слово нужно держать. Так сколько же среди нас больных?

Начнем с самых тяжелых, таких, которые вынуждены большую (или очень значительную) часть жизни проводить в больнице, несмотря на все успехи современной терапии. Этих несчастных людей не так уж много. В России их около двухсот тысяч, то есть чуть больше одной десятой процента нашего населения.

Примерно семь миллионов человек (около 5% населения России) больны менее тяжело. Эти люди живут дома; меньше половины из них (около трех миллионов) наблюдаются в психиатрических учреждениях. Оговоримся, что точная цифра — только последняя; ведь, как уже было сказано, статистические сведения есть только о тех, кто обратился за помощью.

То, что в действительности таких больных семь, а не три миллиона, рискую утверждать на основании собственной многолетней работы в области эпидемиологии психических расстройств. Оставшиеся четыре миллиона нуждаются в такой же помощи, как первые три, но — по разным причинам — этой помощи не получают.

¹ Одна из моих пациенток рассказывала, какое недоумение она вызвала у коллег, сказав, что ей нужно зайти к своему психиатру. «Ты — к психиатру?! — поражаются они. — Пойди лучше к невропатологу, если у тебя есть проблемы».

Опыт работы психиатра вне специального учреждения — в обычной городской поликлинике, а не в диспансере, — показал, что есть множество больных, которые ни за что не хотят пойти в диспансер, а вот к психиатру в поликлинику приходят охотно. Психологически на такой визит решиться легче. Естественно, эта категория больных страдает относительно менее тяжелыми расстройствами (именно это и дает им возможность отказываться от визита в диспансер). Когда мы попробовали оценить, сколько может быть таких больных в России, результат нас ошеломил: их должно быть не менее 14 миллионов.

Чтобы объяснить, как мы действовали дальше, придется сказать два слова о том, как больные попадали в упомянутый психиатрический кабинет. Их туда направляли врачи той же поликлиники, но других специальностей — терапевты, невропатологи, гинекологи и все другие. Они получили простейшие инструкции, смысл которых сводился примерно к следующему: «если вам кажется, что с вашим пациентом что-то не так, направляйте его к нам, а мы будем разбираться».

Предположение, что врачи не во всех случаях могли заподозрить, что с пациентом «что-то не так», казалось вполне логичным. Логичной казалась и мысль, что не только в диспансер, но и в поликлинику приходят не все, кто болен: ведь поход в поликлинику — не слишком большое развлечение, и, если не очень припекает, лучше туда не ходить. И еще: к врачу приходит только тот, кто болен сейчас. Кто болел раньше, а сейчас уже выздоровел, разумеется, не придет.

Поэтому вычислить показатель «болезненности в течение жизни» труднее всего. (Этот показатель отражает число людей, которые когда-либо в жизни перенесли психическое расстройство вне зависимости от его тяжести или продолжительности).

Мы это сделали. Получилось

ПЯТЬДЕСЯТ МИЛЛИОНОВ ЧЕЛОВЕК

— примерно треть населения России.

Теперь Вы понимаете, почему я написал, что эта книга о нас с Вами? То, что мы знаем о психически больных, то, как мы к ним относимся, то, какие правила, какие законы о психиатрии мы принимаем, — все это в конечном итоге лично касается каждого из нас.

О правилах и законах, а также о других проблемах социального характера, которые возникают в связи с психическими заболеваниями, будет рассказано в соответствующей главе. Но сначала о том, чем же больны эти пятьдесят миллионов.

Глава II

ПРОСТЫЕ ВОПРОСЫ И ТРУДНЫЕ ОТВЕТЫ

*Норма и патология. Психические и соматические болезни.
Человеческий характер и его варианты.*

Я не знаю, где граница
Между Севером и Югом,
Я не знаю, где граница
Меж товарищем и другом...

Михаил Светлов

Мы так и не ответили на вопрос, что считать насморком. Хоть было и решено, *какие категории* пациентов следует отнести к психически больным, сформулировать, *что же все-таки такое* психическое расстройство, так и не удалось. Известно, что эти расстройства бывают очень разные; что некоторые из них являются психозами, а некоторые — нет; что расстройство может быть очень тяжелым (создавая «новую реальность» для больного), а может быть таким, что люди удивленно пожимают плечами («да разве это болезнь?!»)

Однако по большому счету все это — частные проблемы; хотелось бы получить ответ на самые общие (и, казалось бы, достаточно простые) вопросы: каковы принципиальные критерии психического расстройства?

Где кончается, например, нервное заболевание и начинается психическое?

Наконец, где кончается норма и начинается болезнь?

Я должен признаться, что эти «простые» вопросы — самые трудные. Самый трудный из них — последний. С него и начнем.

О том, почему никто не может сказать, что такое норма

Помните старую шутку про кучу камней? Когда на дороге лежит один камень — это один камень. Когда их два — это два камня, когда три — это три камня. Сколько должно быть камней, чтобы их стала «куча»?

Примерно так же обстоит дело с нормой и патологией¹. Природа ведь не знает подобных границ. Поэтому, как это ни странно, общепринятого определения нормы не существует. Правда, есть определение здоровья, принятое Всемирной организацией здравоохранения², но оно вряд ли может быть названо удовлетворительным. Какого роста должен быть взрослый человек, чтобы он перестал восприниматься, как нормальный? Мы тут ориентируемся на ощущение, на *очевидность*, а не на знание. Но очевидными бывают только крайние варианты. Женщина ростом меньше метра будет всеми оценена, как аномально низкорослая, а ростом метр пятьдесят — нет. А если метр сорок? Или метр тридцать пять? Или метр тридцать?.. Так и любая патология. В крайних вариантах она очевидна; но чем она легче, тем более условно ее отличие от нормы. Граница нормы и патологии размыта; точно ее провести невозможно.

Поэтому практически используют не столько строгие, сколько «само собой разумеющиеся» критерии. Человек начинает чувствовать себя больным тогда, когда имеющиеся или возникшие у него отклонения от нормы начинают *мешать ему жить*. При болезнях тела (соматических болезнях; «сома» — по-гречески «тело») эти помехи выражаются в болях, слабости и т. п., при психических расстройствах — в том, что нарушается возможность нормально взаимодействовать с окружающими.

Из сказанного вытекает весьма любопытное следствие. Ясно, что если расстройство очень грубо, возможность нормально взаимодействовать с окружающими нарушается обязательно, в любом случае. А если оно намечено едва-едва? Тогда все зависит от тех условий, в которых человек живет. Чем более жесткие требования данное сообщество будет предъявлять к образу жизни и поведению своих членов, тем более мягкие расстройства будут мешать их нормальному взаимодействию с окружающими (у них возникнет так называемая социальная дезадаптация). И, следовательно, тем большее число людей попадет в категорию больных.

¹ Болезненное отклонение от нормы.

² Здоровье — это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствия болезни или физических дефектов.

Не нужно думать, что это относится только к психическим расстройствам. При них эта зависимость просто наиболее отчетлива. Но и небольшое соматическое недомогание может быть даже не замечено, если человек работает дома. Если он должен пилотировать самолет, это же недомогание заставит его взять больничный лист.

Чтобы судить о наличии болезни, врачи обязательно используют критерий социальной дезадаптации, хотя могут этого и не осознавать: уж если человек обратился за помощью, ясно, что жить ему что-то мешает — иначе с какой стати он бы пришел. Конечно, для постановки диагноза необходим и второй критерий, выявлением которого, собственно, врач и занимается, расспрашивая и обследуя своего пациента. Это наличие у него известных медицине симптомов. Симптомы должны складываться в определенные, опять-таки известные, синдромы, которые, в свою очередь, должны сложиться в типичную цепочку сменяющих друг друга состояний, характерную для некоторой болезни.

Решение вопроса о наличии болезни несколько сложнее, если врач осматривает не тех, кто пришел к нему на прием, а людей, явившихся на медицинский осмотр. Среди них бывают такие, у которых нет признаков социальной дезадаптации (если бы их не пригласили на осмотр, они бы не пришли к врачу), но у которых обнаруживаются некоторые отклонения от нормы. Более простой для врача и гораздо более скверный для пациента (впрочем, часто для него спасительный) вариант заключается в очевидном болезненном расстройстве, которое просто еще не успело проявить себя. В этом случае человека признают больным и начинают лечить. Второй вариант состоит в том, что у человека обнаруживают отдельные, вроде бы болезненные, симптомы, которые, однако, и не мешают ему жить, и не складываются в определенную картину болезни. Таких случаи очень часты, и квалифицировать их очень сложно. Сходные случаи такого рода иногда объединяют в так называемые «группы риска», предполагая, что у тех, кто попал в такую группу, риск заболеть выше, чем у остальных. Люди, составляющие подобные «группы риска», и представляют собой очень широкую и очень неопределенную границу между патологией и нормой.

А теперь давайте подумаем. Много ли на свете людей, у которых невозможно обнаружить никаких признаков «отклонения от нормы»? У которых нет ни болей в спине, ни изжоги, ни насморка, ни распухшего сустава, ни близорукости, ни бессонницы, ни испорченного зуба, — вообще ничего плохого?

Таких людей нет. Поэтому все здоровые люди — это «граница между патологией и нормой». Поэтому и не существует определения нормы. Норма — это идеал, абстракция, которой нет в природе. Может быть, понятие нормы вообще неприменимо к отдельному человеку, а только к человечеству. Может быть, с этой точки зрения наличие разных мелких (а может быть, и не только мелких) аномалий у каждого из нас — это и есть норма?

В замечательном романе Клиффорда Саймака «Все живое» есть эпизод, в котором пришелец из другого мира чудесным образом лечит людей. Результат вызывает у героини романа отвращение. Ее пытаются успокоить, — что же тут плохого? Ведь люди стали совершенно здоровы! «Вот это и ужасно, — возражает она. — Они как будто заново родились. Стали как новенькие». Вы понимаете, что ужаснуло героиню? Все «ненормальное» у этих людей исчезло. И именно это она восприняла, как ненормальность.

Но тогда громадная цифра распространенности психических расстройств — треть населения — не должна никого пугать. В самом деле, если портящиеся зубы, ноющие спины и подсакивающее время от времени давление — это норма, то почему душа должна быть свободна от прыщей и болячек?

Для конкретного человека — для каждого из нас — представление о норме заключается вовсе не в отсутствии каких бы то ни было аномалий. Оно скорее заключается в том, что эти аномалии невелики и временны; они исчезают или компенсируются, то есть организм справляется с ними сам. Для нас патология начинается там, где они не исчезают и не компенсируются, и тогда возникает нужда во враче...

Деление на норму и патологию, как видим, достаточно условно. Оно отчетливо только при выраженном расстройстве здоровья, и становится тем более зыбко, чем здоровье лучше. Точно так же обстоит дело и с делением болезней на психические и соматические.

О том, какие бывают болезни

Принятое в медицине подразделение болезней на классы (желудочно-кишечные, легочные, сердечно-сосудистые и так далее) создано очень давно. Самых крупных групп в этой классификации всего две. Это соматические и психические болезни. Об этом говорил еще Платон. Ему же принадлежит и первая, по-видимому, классификация психических расстройств. Он делил их на «помешательство» и «неведение».

Природе человека свойственно два ряда явлений. Наше тело, все его органы и ткани есть материя, и те изменения, которые с ними происходят — явления материальные. Ими (если они болезненные) занимается соматическая медицина. Другой ряд явлений — психические процессы. Психика представляет собой идеальный продукт деятельности мозга. Такими явлениями (тоже, разумеется, если они аномальны) занимается психиатрия. Поэтому, собственно говоря, эта область медицины и получила свое название (слово «психиатр» в буквальном переводе — «врачеватель души»). Старые русские учебники психиатрии так и назывались — «Душевные болезни».

Получается, что принципиальный критерий психического расстройства — появление болезненных явлений в области душевной деятельности (мышления, чувств, воли). Это дело психиатров. Все, что происходит в области тела — дело других специалистов, например, невропатологов, которые, как и психиатры, занимаются болезнями нервной системы, однако теми, которые касаются вещества нервов или мозга.

Просто, не правда ли? В том-то и дело, что не совсем.

Когда мы обсуждали, что такое бред, я написал, что это вовсе не бессвязное бормотание, которое случается при высокой температуре. А это бессвязное бормотание, — что это такое? Разве это не психическое расстройство? Разумеется. Конечно, это психическое расстройство, только к такому больному почему-то очень редко вызывают психиатра. Что он скажет, если придет? Что у больного «симптоматический психоз», то есть его психическое расстройство есть просто признак другой болезни, которую и следует лечить. Обычно это и так понятно, и такие состояния никто не относит к компетенции психиатра, и в статистику психических заболеваний они не попадают.

Конечно, тут играет роль и то обстоятельство, что подобные состояния обычно кратковременны. Но это не главное. Главное состоит в том, что происхождение, *материальная причина* расстройства известна, и лечить следует именно ее. Этим и занимаются соответствующие специалисты — в нашем примере чаще всего инфекционисты.

Или, например, эпилепсия. Эта болезнь очень долго составляла одну из важнейших проблем психиатрии. Причина эпилепсии, ее природа, была совершенно неизвестна. Сейчас тоже нельзя сказать, что с этим все ясно, но все-таки о ней узнают все больше и больше, выявляют все больше изменений в *веществе* мозга, и в последние годы эпилепсию стали относить к области нервных, а не психических заболеваний. Психиатры теперь занимаются не самой эпилепсией, а психическими расстройствами, которые при этой болезни бывают.

Вот как получается интересно. До тех пор, пока неизвестно, почему человек болеет, им занимаются психиатры. Как только это выясняется (хотя бы отчасти), психиатрам показывают на дверь. Так вот в чем, оказывается, разница между нервными и психическими болезнями — при первых «материальный субстрат» болезни известен, а при вторых — нет.

Но есть и другая сторона медали. Например, такое психическое расстройство — депрессия. О его существовании почти все знают, и знают также, что главный симптом депрессии — пониженное настроение. Однако выяснилось, что бывает такой вариант этого расстройства, при котором оно проявляется совсем иначе. Этот вариант называют «маскированной депрессией», потому что она проявляется главным образом болями в животе, или в сердце, или в спине, или где-нибудь еще.

Кроме болей, при маскированной депрессии бывает множество других неприятных телесных ощущений, и в результате получается картина несомненного, казалось бы, соматического заболевания.

Их — этих больных — лечили, конечно, не психиатры. Терапевты, невропатологи, хирурги, гинекологи и другие специалисты их расспрашивали и обследовали, мучались, потому что данные опроса и обследований не состыковывались, расспрашивали и обследовали снова и снова.

Чем больше появлялось возможностей (ведь методы исследования больных постоянно совершенствуются), тем более тонким обследованиям их подвергали. И обязательно что-нибудь обнаруживали: у каждого можно что-то обнаружить, особенно, если очень постараться.

Диагнозы получались, конечно, не очень уверенные и не очень определенные. Но ведь врач — это всего-навсего человек; поэтому эту неопределенность и неуверенность он чаще всего объяснял собственной некомпетентностью. Ведь наличие соматической болезни казалось очевидным, только идентифицировать ее не удавалось.

Больного человека нельзя бесконечно обследовать. Его нужно лечить. Больных, о которых идет речь, конечно, лечили (и сейчас лечат), не дожидаясь уверенности в диагнозе. Поскольку толку от лечения не получалось, пробовали другой способ, третий, четвертый... Эмоции пациента оставим пока в стороне.

Все изменилось, когда такими случаями занялись психиатры. Антидепрессанты (лекарства для лечения депрессии) приносят этим страдальцам огромное облегчение, пропадают боли, восстанавливается полноценная жизнь. Оказывается, психическое расстройство может проявляться не только в душевных, но в самых «обыкновенных» болях...

Получается, что прогресс науки приводит не только к тому, что некоторые болезни переходят из «ведомства» психиатрии к другим специалистам. Бывает и наоборот — к психиатрам попадают те, которые раньше были совсем не их пациентами.

Более того. В последнее время стали выделять совершенно новый класс болезней человека, который получил своеобразное, «пограничное», название: психосоматические болезни. Речь идет о заболеваниях, в происхождении которых нельзя «обвинить» ни *только* соматические, ни *только* психические процессы. И те и другие оказались «соучастниками», и наилучший эффект лечения таких болезней получается при совместных усилиях психиатров и специалистов в области соматической медицины.

И опять получилось, что психиатры занялись совсем не свойственным им делом — начали лечить бронхиальную астму и гипертоническую болезнь...

Чем больше мы узнаем о природе болезней, тем разнообразнее становится работа психиатра. Одновременно критерии, разделяющие компетенцию психиатра и компетенцию других специалистов, становятся все более размытыми. Теперь уже не так просто переводить слово «психиатрия» на русский язык. «Врачевание души»? Да разве язва желудка — душевная болезнь?

С увеличением суммы знаний мы все больше понимаем условность границы даже между такими понятиями, как душа и тело, как психика и сома. Ничего странного в этом нет. Человек един, всё в нас взаимосвязано и неразрывно. Поэтому всякая попытка что-то в нем разграничить обречена на то, чтобы быть искусственной.

Тем не менее, классификация болезней необходима. Без нее лечить людей не просто неудобно, а невозможно. Что же, ничего другого не остается: придется примириться с тем, что мы *искусственно* подразделяем болезни на определенные классы, *искусственно* обозначаем границы компетенции разных специалистов. Придется примириться и с тем, что чем дальше от границы находится та или иная болезнь, тем более точно она вписывается и в свой класс, и в компетенцию соответствующего специалиста. В пограничье всё менее определено, всё «коцует», всё может потребовать совместных усилий.

Это относится еще и к такому явлению, как человеческий характер. Четких границ между нормальным и аномальным (или, как его еще называют, психопатическим) характером попросту нет. Остановимся на вариантах нормального человеческого характера, потому что в некоторых случаях вариант нормального характера очень трудно отграничить от характерологических особенностей, привнесенных болезнью.

О том, какие у людей бывают характеры

В 1921 году немецкий психиатр Эрнст Кречмер опубликовал свою знаменитую книгу «Строение тела и характер». Она не зря вошла в золотой фонд классической психиатрической литературы. Можно соглашаться или не соглашаться с основной идеей Кречмера, но его описание существующих в природе типов человеческой личности, бесспорно, блестяще.

То, что все многообразие человеческих характеров можно свести к нескольким вариантам, заметили еще в древности. Астрологи использовали эту возможность, чтобы описать характер человека в зависимости от того, под каким знаком Зодиака он родился. Великий Гиппократ описал четыре типа человеческого темперамента, объяснив их происхождение тем, что в организме каждого человека преобладает одна из четырех жидкостей, пропорции которых в его время придавалось решающее значение: кровь, слизь, черная и желтая желчь.

Если преобладает кровь («сангвис»), характер получается живым, темпераментным, быстро реагирующим на внешние события и обстоятельства. Если преобладает слизь («флегма»), характер становится преувеличенно спокойным, равнодушным, слабо откликающимся даже на такие события, которые должны были бы сильно взволновать другого человека. Преобладание желтой желчи («холе») делает человека несносным: резким, взрывчатым, напористым, язвительным, не терпящим возражений. Черная желчь («холе меланос») порождает уныние. Обладатель такого характера отличается вечным пессимизмом, мрачным взглядом на будущее, на жизнь и на себя самого.

И сегодня мы говорим, что один из наших знакомых — сангвиник, другой — флегматик, третий — холерик, четвертый — меланхолик. Те читатели, которые любят Бидструпа, вероятно помнят смешную карикатуру, на которой изображены эти четверо. Наверное, каждому случилось удивиться, узнав в своем астрологическом описании знакомые черты. Мы теперь знаем, что четыре жидкости Гиппократа вряд ли определяют наш характер. Сравнительно немногие всерьез верят в астрологию. Но вот то, что все наши характеры действительно можно объединить в несколько типов, остается несомненным.

Из тех типов личности, которые описывал Кречмер³, особенно интересны два: *шизоидный* и *циклоидный*. Оба названных типа — крайности. Это полюсы некоторой оси, вдоль которой располагаются реальные варианты характера. Характер большинства из нас находится где-то в середине этой оси, у достаточно многих людей характер «смещен» к одному или другому ее концу, и только у немногих он оказывается «на полюсе». Это не

³Основная идея Кречмера заключалась в том, что характер и особенности телосложения человека связаны между собой, а то и другое, в свою очередь, определяет предрасположенность к определенному психическому заболеванию.

говорит о болезни. Подчеркнем еще раз: мы сейчас обсуждаем варианты *нормального человеческого характера*.

Характер не имеет никакого отношения к умственным способностям. Это способ реагировать на события и обстоятельства, свойственный тому или иному человеку, только и всего. То, что умные люди обычно обладают сложным характером, — миф. Как все мифы, он имеет свои корни, но связи между особенностями личности и интеллектуальными возможностями не так просты и прямолинейны.



Эрнст Кречмер (1888-1964) — человек, ставший классиком еще в молодости. Никогда не забуду изумления, которое я в свое время испытал, узнав, что Кречмер еще жив. Он родился в местечке Вюстенрот вблизи Ульборна. Изучал психиатрию в Мюнхене, где слушал лекции Крепелина. Занятия у Крепелина оказали на Кречмера огромное влияние; идея, согласно которой возникновение душевной болезни может быть связано с конституциональными особенностями человека, легла в основу его главного труда. Большая часть его жизни связана с работой в Тюбингене и Марбурге. В 1918 году (ему было всего 30 лет!) он опубликовал свою первую книгу «Сензитивный бред отношения», которую Карл Ясперс охарактеризовал, как «почти гениальную». Через три года (в 1921) вышел его главный труд: «Строение тела и характер». Эта книга переведена на множество языков и выдержала множество изданий. Парадоксально, что, хотя ее основная идея не нашла признания, «Строение тела и характер» и сегодня занимает почетное место в библиотеке каждого психиатра. Причина успеха книги заключается в том, что никому — ни до Кречмера, ни после, — не удалось так точно, тонко и ярко описать особенности основных типов человеческого характера.

Приход Гитлера к власти в Германии застал Кречмера на посту президента Немецкого общества психотерапии; когда Общество перешло под контроль нацистов, Кречмер немедленно ушел в отставку. С 1946 по 1959 г. он работал в качестве профессора и директора Неврологической клиники в университете Тюбингена. После передачи клиники ученикам Кречмер организовал собственную лабораторию конституциональной и трудовой психологии, которой руководил до своей смерти.

Итак, человеческие характеры. Циклоидный тип проще, поэтому лучше начать с него. Кречмер пишет, что люди с циклоидным характером общительны и откровенны; они добродушны, понимают шутки и принимают жизнь такой, какая она есть. С ними легко иметь дело, их реакции естественны и понятны. Они чутко улавливают настроение собеседника и ведут себя в соответствии с ним; такое поведение дается им легко, оно получается само собой, никакого усилия для этого не требуется. В циклоидном характере присутствуют мягкость и теплота, даже в плохом настроении циклоиды остаются общительными и охотно делятся своими тревогами и огорчениями с друзьями, которых у них обычно много. Хорошее настроение циклоидов характеризуется мягкой веселостью, богатым юмором, продуктивной энергией.

Людей, обладающих циклоидным характером, часто называют «солнечной натурой». Некоторым из них свойственны самопроизвольно возникающие периоды некоторого эмоционального спада или подъема, но, как правило, их настроение тесно связано с событиями, которые происходят вокруг них. Они реагируют на такие события быстро, естественно и адекватно. Кречмер приводит три группы признаков, которые свойственны циклоидному характеру: 1) общительность, добросердечие и душевность; 2) веселость, остроумие и живость; 3) спокойствие, впечатлительность и мягкость.

Шизоидный характер гораздо сложнее. Ему свойствен фундаментальный признак — *аутизм*, о котором стоит поговорить подробнее. Термин принадлежит Блейлеру, и содержание его гораздо глубже, чем то, которое обычно в него вкладывают (таким упрощением грешат иногда даже профессионалы). Аутизм — это не просто замкнутость; это, по словам Кречмера, «жизнь в самом себе». По внешнему виду шизоидного человека, по его поведению и манере общаться трудно судить, что он чувствует, каково его настроение, как он относится к тому, что происходит вокруг него. Более того: внешние события могут играть для душевного состояния шизоида очень малую роль.

Гораздо важнее те спонтанные внутренние процессы, которые в нем происходят. Поэтому для окружающих эмоциональные реакции шизоида могут выглядеть не очень понятными,

иногда парадоксальными. Это сильно затрудняет общение с таким человеком, да и сам он не склонен к тому, чтобы окружать себя приятелями. Его общение избирательно, он трудно сходится с новыми людьми, по-настоящему близких друзей у него мало, иногда всего один или два. Если при общении с циклоидом его внутренняя жизнь очевидна, то судить о ее содержании у шизоида очень трудно.

Лучше Кречмера не скажешь, поэтому процитируем его еще раз. «Мы не можем по фасаду судить, что скрывается за ним, — пишет он. — Многие шизоидные люди подобны римским домам и виллам с их простыми и гладкими фасадами, с окнами, закрытыми от яркого солнца ставнями, но в сумраке их внутренних покоев справляются пиры». «Молодой человек бесцельно проводит годы своей жизни, — продолжает Кречмер. — Он так вял и неуклюж, что хочется растолкать его. Он падает, когда садится на лошадь. Он смущенно, несколько иронически улыбается. Ничего не говорит. В один прекрасный день появляется томик его стихотворений с нежнейшим настроением; каждый толчок, полученный от проходящего неуклюжего мальчишки, перерабатывается во внутреннюю трагедию; ритм строго выдержан и отличается стилем. Таковы шизоидные люди», — заканчивает Кречмер.

Неочевидность внутреннего мира шизоида; отсутствие непосредственности, явной связи его эмоциональных реакций с происходящим вокруг; связанные с этим трудности в общении, — основные особенности этого психологического типа.

Глава III

ПСИХИАТРИЯ КАК НАУКА

Предмет исследований. Цели и методы. Психопатология и клиника. Биологические исследования. Эпидемиология психических заболеваний. Клиническая психология. Немного фантазии.

В целях природы обуздания,
В целях рассеять неученья Тьму
Берем картину мироздания — да!
И тупо смотрим, что к чему...

А. и Б. Стругацкие

Заниматься научной работой я начал в 1962 году, поступив в аспирантуру на кафедру психиатрии Центрального института усовершенствования врачей. Стало быть, мой научный стаж составляет больше сорока лет. Число научных открытий мало зависит от стажа, в основном — от таланта. Но уж понять за это время, что представляет собой твоя наука и чем она занимается, способен, пожалуй, каждый.

Тем не менее, приступая к главе о психиатрической науке, я испытываю робость и смущение. Слишком она велика и сложна. Слишком она многогранна. Слишком тесно переплетаются в ней фундаментальные и прикладные — да что там прикладные! — животрепещущие проблемы, от решения которых зависит благополучие множества людей. Короче говоря, слишком много в этой науке «слишком». Поэтому писать о ней трудно.

И еще одно. Предмет нашей науки — человеческая психика. Более сложного явления в природе нет. Если сам человек — венец творения, то психика — венец человека. Самое уместное чувство при исследовании такого предмета — скромность.

В мои аспирантские годы нашим отделением руководил Таксиархис Федорович Пападопулос. Он был не только хороший психиатр и хороший ученый, но и чудесный человек, талантливый, умный и добрый, обладавший превосходным чувством юмора. Выслушивая смелые гипотезы научной молодежи, он любил грустно пошутить. «Знаете, на кого мы похожи? — сказал он однажды. — На людей, которые стоят на вечерней улице и

смотрят на фасад дома напротив. В одних окнах горит свет, в других темно. Время от времени одно окно освещается, другое темнеет. Мы смотрим на это мигание огоньков и стараемся понять, о чем беседуют друг с другом обитатели дома».

Доля истины в этой шутке очень велика. Процессы, происходящие в нашем мозгу, и те психические феномены, которые возникают в их результате, связаны между собой сложно, отнюдь не прямо. Я не сомневаюсь, что электроэнцефалограммы всех влюбленных выглядят примерно одинаково. Но почему один из них способен только издавать страстное мычание и толкать любимую девушку в бок, а другой садится за стол и пишет «Я помню чудное мгновенье»?

Наши мысли и чувства не материальны, но возникают в результате материальных процессов. Как химические и физические явления порождают идеальный продукт? Известно, что нарушения в обмене серотонина могут привести к депрессии. Но каким образом его избыток или недостатка трансформируется в беспокойную мысль, что я не справлюсь со своей работой?

Часть исследователей, которые работают в нашей области, изучает провода, выключатели и люстры в доме, который стоит на улице Пападопулоса. Другая часть занимается статистикой включения и выключения света в его квартирах. Третья расспрашивает жильцов, о чем они разговаривали вчера вечером. Остается найти между всем этим связь...

О том, чем занимается клиническая психиатрия

Все только что сказанное относится не только к области интересов психиатрии, но и вообще к изучению психической деятельности человека. Задача психиатрии более узка. Это ведь медицинская дисциплина, и объект ее исследования — не просто психика, а болезни, которые с ней случаются.

Психиатрия (как, впрочем, и медицина вообще) — наука эмпирическая. Медицинские знания образуются за счет опыта поколений. Этот опыт основан на *наблюдении*; оно накопило громадное число фактов, которыми, в сущности, исчерпываются *бесспорные знания*.

Натолкнувшись на неожиданность в картине болезни своего пациента, врач успокаивается, выяснив, что *так бывает*. Это

обычное во врачебном лексиконе выражение означает, что данное явление уже наблюдалось, оно соответствует опыту. Объяснения установленных фактов всегда запаздывают; кроме того, они меняются.

То, что рану лучше закрыть повязкой, знали еще первобытные лекари; *почему* это лучше — попытались объяснить гораздо позже, и делали это по-разному. Было время, когда рану защищали от злого духа; теперь мы защищаем ее от инфекции. Мы улыбаемся, читая о древних теоретиках, но раны перевязываем, как поступали и они. Некоторые старые методы лечения психических расстройств (например, внезапный испуг) сегодня отвергнуты, другие (например, электрошок) продолжают использовать.

Никто точно не знает, каков механизм действия того и другого. Но опыт говорит о том, что пугать больного бесполезно, а электрошок помогает.

Психиатрия стала наукой тогда, когда врачи начали описывать те явления, которые они наблюдали у своих пациентов. Неподготовленному человеку психоз представляется смесью малопонятных высказываний и причудливого поведения. Скорее всего, примерно так его сначала воспринимали и отцы научной психиатрии. Величайшая их заслуга состоит в том, что они смогли рассмотреть детали, повторявшиеся в картине психоза у разных больных. Они поняли, что эти детали и есть те «кирпичики», из которых складывается психоз, и начали эти кирпичики описывать, каждый в отдельности.

Это была непростая задача, потому что психопатологических симптомов много, и все они сильно окрашиваются индивидуальными особенностями конкретного больного. Нужно было найти то *общее*, что делает симптом самим собой и отличает его от всех прочих, то общее, что воспроизводится у всех больных вне зависимости от их интеллектуального уровня, образования, особенностей характера и жизненного опыта.

В связи со сказанным невозможно не упомянуть два имени, двух человек, описавших важнейшие «кирпичики» психоза, которые в наше время называются психическими автоматизмами. Первый — В. Х. Кандинский — тончайшим образом описал эти симптомы. Второй — Г. Клерамбо — описал синдром, который

они составляют. Этот синдром весь современный психиатрический мир вполне заслуженно называет их именами: синдром Кандинского-Клерамбо. Трагическая смерть дополняет общность этих людей.

Виктор Хрисанфович Кандинский (1849-1889), выдающийся русский психиатр, был представителем большой и интересной семьи, подарившей человечеству много ярких личностей, в том числе художника с мировым именем. Первые Кандинские — Петр Алексеевич (1735-1796) и его сын Хрисанф Петрович — были просто разбойниками с большой дороги. Разбогатец, Хрисанф Петрович стал основателем богатейшей сибирской купеческой династии. Наш современник Леонид Кандинский разместил в Интернете подробное генеалогическое древо своего семейства (www.kandinsky.ru).



В 1872 году В. Х. Кандинский окончил медицинский факультет Московского университета и начал работать ординатором Временной больницы (теперь — Первая Градская). В 1877 году он был помещен в психиатрическую больницу в состоянии тяжелого психоза. После выздоровления полностью посвятил себя психиатрии. Подвергнув тончайшему анализу пережитые им расстройства и сравнив их с симптоматикой, которую он наблюдал у других больных, он описал практически все симптомы, относимые современными психиатрами к так называемому синдрому Кандинского-Клерамбо.

Он сотрудничал в журнале «Медицинское обозрение» и был одним из учредителей Московского медицинского общества. В 1887 году был избран ответственным секретарём I Съезда русских психиатров. В. Х. Кандинский был автором многих трудов в области психиатрии и философии. Его монография «О псевдогаллюцинациях» вошла в сокровищницу классических трудов мировой психиатрии. В 1889 году в возрасте 40 лет в состоянии глубокой депрессии В. Х. Кандинский покончил с собой.



Гаэтан Гатиан де Клерамбо (1872-1934) был одним из крупнейших психиатров своего времени. Он родился в Бурже. В юные годы Гаэтан увлекался живописью и подавал большие надежды, занимаясь в Школе Декоративных Искусств. В соответствии с семейной традицией отец готовил для него карьеру юриста, но Клерамбо предпочел медицину и посвятил свою жизнь психиатрии.

Почти 30 лет Клерамбо служил полицейским врачом в Париже; эта скромная должность не помешала

ему прославить свое имя. Главные его работы посвящены описанию так называемого синдрома психического автоматизма, составляющего ядро большинства галлюцинаторно-бредовых психозов. В 20-е годы прошлого века изучение этого расстройства было связано с именем Клерамбо так тесно, что его современник Сейе, который независимо от него работал над той же проблемой, в одной из своих статей поклялся, что до ее опубликования «не читал ни строчки Клерамбо». В 1927 году съезд французских психиатров присвоил синдрому психических автоматизмов имя Клерамбо (сам он называл его синдромом S).

Эта идея оказалась не слишком удачной, потому что с именем Клерамбо было связано описание еще одного расстройства — эротомании (синдрома, в основе которого лежит любовный бред); в литературе возникла путаница: одни называли синдромом Клерамбо психический автоматизм, другие — эротоманию. Путаница продолжалась до тех пор, пока психиатры всего мира не договорились (более чем справедливо!) называть психический автоматизм синдромом Кандинского-Клерамбо, а эротоманию — синдромом Клерамбо.

Помимо психиатрии Клерамбо всю жизнь (со времен своей учебы в Школе Декоративных Искусств) занимался еще одним предметом. Его занимало искусство драпировки в одежде средиземноморских народов, и он создал весьма продуманную классификацию способов и видов драпировки. В 1934 г. Клерамбо застрелился. Перед смертью он завещал одному из французских музеев 20000 фотографий, посвященных этой теме.

Работы основоположников нашей науки заложили фундамент так называемой *клинической психиатрии*, то есть того научного направления, которое черпает свой материал в больничной палате и на врачебном приеме, собирая и описывая наблюдения, анализируя их и пытаясь их интерпретировать.

По мере описания отдельных симптомов возникло понимание, что они сочетаются между собой не случайно. Началось изучение психопатологических *синдромов*, типичных симптомокомплексов, о которых уже достаточно говорилось. Изучение отдельных синдромов, их особенностей, а также описание составляющих их симптомов, особенностей их возникновения и взаимосвязи, — все это составляет предмет той части клинической психиатрии, которая называется *общей психопатологией*, или общей психиатрией.

Несколько поколений психиатров, посвятивших свою жизнь этой работе, сделали колоссальное дело. Мой отец, Григорий Абрамович Ротштейн, который учил меня не только психиатрии, любил повторять, что общая психопатология — точная наука. Описания многочисленных психопатологических феноменов действительно сделаны настолько скрупулезно, что в наше время можно надежно и однозначно идентифицировать каждый из них. Это зависит только от квалификации психиатра.

Можно ли считать исследования в области общей психопатологии законченными? Нет. Во-первых, никто не может быть уверен, что описаны все психопатологические симптомы, которые есть в природе. Во-вторых, в контексте разных болезней и разных особенностей их течения любой симптом приобретает особую окраску, которая может не иметь никакого значения, а может содержать важнейшую информацию о характере болезни и тенденциях ее предстоящего развития. В-третьих, психопатологические синдромы, особенно те, которые встречаются при наиболее легких (и наиболее частых!) психических расстройствах, исследованы еще далеко не достаточно. По мере их изучения мы получаем возможность и лучше лечить больных, и точнее предсказывать их будущее. В-четвертых, каждое новое лекарство порождает новые вопросы, на которые необходимо ответить: новый препарат обладает свойствами, которые не были

присущи его предшественникам, специфическим для него образом меняя картину болезненного состояния. Как она изменяется под действием лекарств, тоже необходимо знать.

Аргументы в пользу необходимости продолжать психопатологические исследования не исчерпаны. Но остановимся на этих; обратимся к дискуссии. Есть психиатры, в том числе весьма известные, которые придерживаются другой точки зрения. «Сколько можно исследовать клинические тонкости, — говорят они. — Гиппократ различал несколько сотен вариантов биения пульса; велика ли им цена в век электрокардиограмм? Пожилые врачи, наверное, помнят, что во времена их студенчества их изо всех сил учили, как выглядит кризис при крупозной пневмонии. Экзаменаторы придирчиво спрашивали, какие оттенки симптомов кризиса обнадеживают, а какие говорят об угрозе смерти. Кто в наше время помнит эти мелочи?»

Это правда. Пенициллин дал возможность не доводить крупозную пневмонию до кризиса. Электрокардиограмма позволяет судить о работе сердца легче и точнее, чем прощупывание пульса. Когда психиатры получают свои собственные кардиографы и свой собственный пенициллин, многие психопатологические «мелочи», наверное, утратят практическое значение. Но до этого нужно еще дожить. А, кроме того, ведь нужно знать, *что именно* должен фиксировать будущий «кардиограф», *на что именно* должен воздействовать будущий «пенициллин»...

У Гиппократа не было ни антибиотиков, ни кардиографа. Он распознавал, что случилось с сердцем пациента, опираясь на те нюансы биения пульса, которые он умел различать. Разве Гиппократ — плохой образец для подражания?

Частная психиатрия занимается изучением болезней. Не симптомов и синдромов, а именно болезней, в процессе которых эти симптомы и синдромы появляются. Болезни исследуют, имея в виду три цели: получить возможность ответить на вопрос пациента: «Доктор, что со мной будет дальше?»; научиться как можно лучше лечить больных; выяснить, по какой причине болезнь возникает и каков ее *патогенез* (биологический механизм, обеспечивающий возникновение картины болезни). Первые две цели понятны и в комментариях не нуждаются. А вот о последней стоит поговорить.

В самом деле, каким образом клиницист может разобраться в причине или в биологическом механизме болезни? Ведь он исследует только ее «поверхность», то, что видно «невооруженным глазом». Что происходит в организме больного, ему не узнать: для этого нужны совсем другие способы исследования.

Но и патологоанатомы, и биохимики, и биофизики, и электрофизиологи, и генетики, и другие специалисты, которые тончайшими методами изучают происходящие в организме биологические процессы, говорят клиницистам: «Если вы хотите, чтобы мы нашли, какие биологические изменения ответственны за происхождение какой-нибудь болезни, дайте нам подходящий материал для исследования. Нам нужна группа таких больных, которые *наверняка страдают именно этой болезнью*, причем во всех ее ипостасях. А для сравнения нам нужна группа людей, которые этой болезнью *наверняка не страдают*». Это действительно необходимо. Если это условие не соблюдается, как можно судить, имеют ли отношение к болезни биологические находки?

Такая необходимость и порождает многолетние дискуссии по поводу границ и критериев диагностики отдельных психических заболеваний. Казалось бы, можно легко договориться об этом; например, учитывая, как тяжело воспринимается всеми диагноз «шизофрения», можно было бы ставить его только в самых тяжелых случаях; тогда те, кто страдает более благоприятными формами болезни, получили бы другие диагнозы; жить им стало бы легче.

Но вот шансов когда-нибудь разобраться в том, почему и как возникает шизофрения, оказалось бы гораздо меньше. Мы ведь не знаем, при каком варианте ее течения — злокачественном, приступообразном или неврозоподобном — легче обнаружить ее биологический субстрат. Может быть, это наиболее вероятно при изучении *острого психоза*, который внезапно возникает и через одну-две недели заканчивается: ведь естественно предположить, что как раз в это время в организме происходят какие-то катастрофические изменения.

С другой стороны, «корень зла» может быть заключен в тех биологических механизмах, которые ответственны за изменения характера. А их легче обнаружить у тех больных, у *которых*

психозов не бывает: у них «подозреваемые» биологические процессы не маскируются теми, которые вызывают психоз.

Но острые и короткие психозы чаще возникают при благоприятных вариантах течения приступообразной шизофрении. Не бывает психозов у тех, кто страдает самой мягкой ее формой — вялотекущей.

С социальной точки зрения лучше во всех этих случаях ставить другой диагноз. Но тогда биологи будут резко ограничены в своих исследованиях.

Если клиницист хочет, чтобы кто-нибудь когда-нибудь действительно выяснил и причину, и механизм развития шизофрении, он вынужден исключить из своих размышлений все мотивы, которые не имеют отношения к природе.

Это очень трудно. Ведь психиатр — всего-навсего человек, он живет отнюдь не в безвоздушном пространстве, а в том самом квартале, что и его пациенты, которые страдают от клеймившего диагноза.

Наверное, каждый из нас, перейдя из больничной палаты, в которой он исследовал случай тяжелейшего психоза, в амбулаторию, где к нему обратился человек, прекрасно работающий наедине с компьютером, но испытывающий трудности во взаимоотношениях с сотрудниками, вечером с отчаянием спрашивал себя: неужели оба страдают одной и той же болезнью? Как они не похожи друг на друга! И — в то же время — как узнаваем у обоих след одного и того же «дьявольского когтя», который одного пронзил насквозь, а другого только чуть поместил! Но достаточно ли этого, чтобы поставить обоим одинаковый диагноз? Ведь «пронзил» и «поместил» — это совсем не одно и то же! Однако с другой стороны — ведь коготь-то тот же...

Повторю: такие раздумья, наверное, мучили каждого из нас. И еще будут мучить.

Частная психиатрия — далеко не такая точная наука, как общая психопатология. Представления о болезнях меняются. Меняются критерии их диагностики и представление об их границах.

Болезнь — очень сложное понятие. Оно не просто описывает картину страдания во времени; оно претендует на выделение самостоятельных явлений природы, которые отличаются от

всех остальных и друг от друга. Наиболее острые дискуссии в психиатрии возникают именно вокруг понятия «болезнь»; они касаются и его определения, и объема, и даже самой возможности использовать это понятие.

О том, что такое нозологическое направление в психиатрии

Несколькими страницами выше было сказано, что болезнь — это закономерная последовательность синдромов, определяющих состояние больного на разных этапах его страдания. Цепочка сменяющих друг друга синдромов, которую видит врач, наблюдая и расспрашивая больного, составляет *клиническую картину болезни*. Клиническая картина создает возможность идентифицировать болезнь, однако такая идентификация может быть недостаточно надежной.

Повышенное артериальное давление может возникнуть в результате склеротического сужения кровеносных сосудов и в результате нарушения работы почек. Эти случаи придется отнести к разным болезням: хоть клиническая картина у них почти одинакова, но биологический механизм, породивший ее, различен. Злоупотребление алкоголем и инфекция могут привести к одному и тому же расстройству сознания, однако причина их разная, и, конечно, это будут разные болезни (белая горячка в первом случае и инфекционный психоз во втором).

Поэтому для надежной идентификации болезни современная наука требует знания не только клиники, но еще и биологического механизма, который лежит в ее основе (*патогенеза*), а также причины ее возникновения (*этиологии*). Если все это известно, то дело обстоит достаточно просто: люди, страдающие клинически сходными расстройствами, возникшими по одной и той же причине и обусловленные одним и тем же биологическим механизмом, больны определенной — одной и той же — болезнью.

Болезнь — это такое нарушение здоровья, все случаи которого имеют общую этиологию, общий патогенез и общую клиническую картину.

Теперь немного отвлечемся и поговорим об одной из важнейших характеристик всякой классификации. Некоторые из

них отражают объективно существующие и наиболее значимые признаки, отличающие одно явление природы от другого.

Пример такой классификации — периодическая таблица элементов Д. И. Менделеева, в клеточки которой попали вещества, различающиеся по их фундаментальным природным характеристикам. Другие классификации построены на основе признаков, которые «с точки зрения природы» могут не иметь никакого значения. Эти признаки просто-напросто удобны для того, кто будет этой классификацией пользоваться.

Договоримся называть *естественными* классификации, подобные таблице Менделеева, и *искусственными* — все остальные.

Если мы научимся идентифицировать все болезни так, как сказано выше, появится возможность создать естественную классификацию болезней. Почему это важно — нет нужды объяснять; то, что это возможно, доказали инфекционисты, первыми открывшие этиологию (возбудителя) болезней, которые они изучали. Интерес к тому, что имеется в виду под словом «болезнь», обострился именно под влиянием успехов в изучении инфекционных заболеваний.

В медицине возникло научное направление, которое называется нозологическим («нозос» — по-гречески «болезнь»). Его цель — научиться выделять болезни, каждая из которых заняла бы отдельную клеточку в их естественной классификации, каждая из которых отличалась бы от других некоторой фундаментальной характеристикой, подобной числу протонов в атоме определенного вещества. В случае инфекционных заболеваний это удалось: такая характеристика — микроб, причина болезни; попав в человеческий организм, он провоцирует специфические биологические процессы, которые ответственны за характерную клиническую картину.

К сожалению, в наше время известно не так уж много болезней, которые можно выделить столь определенно. Поэтому современные классификации большинства болезней (в том числе психических) — искусственные. Об этиологии и — в особенности — о патогенезе наиболее распространенных психических заболеваний мы знаем очень мало. Многочисленные исследования, очень длительные и очень трудоемкие, пока не дали до-

статочных результатов. Поэтому у некоторых психиатров возникли сомнения: имеются ли основания полагать, что фундаментальные характеристики отдельных психических заболеваний (подобные микробам при инфекционных болезнях) можно обнаружить *когда-нибудь, в принципе?*

От ответа на этот вопрос зависит позиция психиатра. Если он думает, что да, то он поддерживает нозологическое направление в психиатрии; он полагает, что психические болезни существуют (в том смысле, что каждая из них представляет собой самостоятельное явление природы). Пока их фундаментальная характеристика не открыта, их можно (а что делать?) различать по другим, пусть менее надежным, признакам. Если психиатр думает, что подобных характеристик не существует, то он отрицает существование психических болезней. Он обрекает себя на то, чтобы пользоваться не очень определенным термином «расстройство», чтобы смириться с тем, что классификация этих «расстройств» всегда будет искусственной.

Развитие нозологического направления в психиатрии связано с историей изучения прогрессивного паралича, страшной болезни, которая долгое время составляла одну из ее центральных проблем. В 1822 году Анри Бейль выявил такие симптомы прогрессивного паралича, которые клинически отличали его от других сходных недугов, и *на этом основании* описал его, как самостоятельную болезнь. В 1913 году (почти через сто лет!) Ногуши выяснил, что причина прогрессивного паралича — бледная спирохета, возбудитель сифилиса.

Это доказало, что *можно* выделять отдельные болезни, еще не зная причину их возникновения, на основании ее клинической картины (симптомов, течения, исхода). Конечно, открытие Ногуши было мощным стимулом дальнейших нозологических исследований в психиатрии.

Невозможно не пересказать здесь выдержку из старого русского учебника психиатрии, вышедшего в свет до открытия Ногуши, по-моему, в 1910 году. Автор учебника стареющий профессор Чиж в главе о прогрессивном параличе описал свое наблюдение, которое он не мог объяснить, но которое «подтверждалось опытом всей его жизни». Поскольку он уже стар, — писал далее автор, — он рискнул опубликовать это наблюдение, хотя понимал, что навлечет на себя насмешки коллег.

Оно — наблюдение — заключалось в том, что прогрессивным параличом очень часто заболевают купцы и гусарские офицеры и почти никогда — священнослужители...

Какое блестящее эпидемиологическое (он этого слова не знал) наблюдение! Оставался только один шаг, чтобы все встало на свои места. Чиж этого шага не сделал, — может быть, просто не успел, а может быть, помешали «насмешки коллег»...

Великий классик нашей науки Эмиль Крепелин в 35 лет стал профессором психиатрической клиники в Гейдельберге. Проработав в ней без малого тридцать лет, он был первым психиатром, который использовал для своей научной работы результаты *длительного наблюдения* за больными. Крепелин пришел к убеждению, что один только «поперечный срез» картины недуга не может быть критерием выделения болезни¹. «Пример прогрессивного паралича должен нас учить, — писал Крепелин, — что только вся картина в ее совокупности, на протяжении всего ее развития, от начала до конца, может дать нам право на объединение данного наблюдения с другими однородными случаями».

27 ноября 1898 года в Гейдельберге, на 29-м съезде психиатров Юго-Западной Германии, Крепелин сделал доклад, научное значение которого сохраняется до наших дней. На основании *всей совокупности картины заболевания* он объединил случаи, которые раньше относили к нескольким разным расстройствам, в одну *болезнь*, названную им *dementia praecox* (раннее слабоумие). В 1911 году швейцарец Евгений Блейлер предложил называть эту болезнь по-другому: шизофрения.

Эмиль Крепелин (1856–1926), — человек, труды которого открыли новую эпоху в психиатрии. Он родился 15 февраля в городе Нейстерлиц; его отец был чтецом-декламатором. До конца жизни Крепелин сохранил страсть к музыке и литературе; он писал стихи и поэмы; некоторые были опубликованы после его смерти. Он увлекался еще ботаникой, и многие его ученики вспоминали увлекательные ботанические экскурсии, которые они совершили вместе с Крепелином в окрестностях Мюнхена. Но, разумеется, делом его жизни была психиатрия. Между 1883 и 1915 годами вы-

¹Напомню: то, что определяет состояние больного в данный момент, есть только синдром.



шло восемь изданий его Учебника, каждое из которых было, в сущности, новой книгой. Особенно важным было 5-е издание (1896), в котором был сформулировано принципиально новое представление о том, что такое болезнь. Крепелин заявил тогда, что болезнь есть процесс, и что знание закономерностей этого процесса представляет собой гораздо более важный материал для диагноза, чем констатация симптомов, имеющихся в момент

осмотра больного. Именно общность закономерности течения нескольких выделявшихся до него расстройств послужили для Крепелина основанием для описания новой болезни, которая потом была названа шизофренией. Ему же принадлежит честь описания второго эндогенного заболевания — маниакально-депрессивного психоза. Совершив путешествие на остров Яву, Крепелин первым в мире обратил внимание на то, каким образом особенности культуры влияют на проявления психического расстройства; эта проблема (сравнительная психиатрия) вполне актуальна и сегодня. Труды Крепелина заслужили признание во всем мире. Шестинедельные курсы усовершенствования в Мюнхене, которыми руководил Крепелин, была такой же Меккой для психиатров того времени, какой, скажем, была лаборатория Резерфорда для физиков.

Смерть помешала Крепелину отправиться в Ост-Индию, куда он собирался поехать для продолжения исследований в области сравнительной психиатрии. Он скончался 7 октября 1926 года.

Есть ли шизофрения «отдельное явление природы», самостоятельная болезнь, отличающаяся от остальных психических расстройств какой-либо фундаментальной характеристикой?

Дискуссии на эту тему продолжаются и сегодня, и они не менее остры, чем сто лет тому назад. И дело не только в том, что мы до сих пор не знаем наверняка, что является ее причиной.

Крепелиновское название «раннее слабоумие» не случайно продержалось так недолго. Ведь в нем содержится указание на две особенности, которые, как быстро выяснилось, совсем не

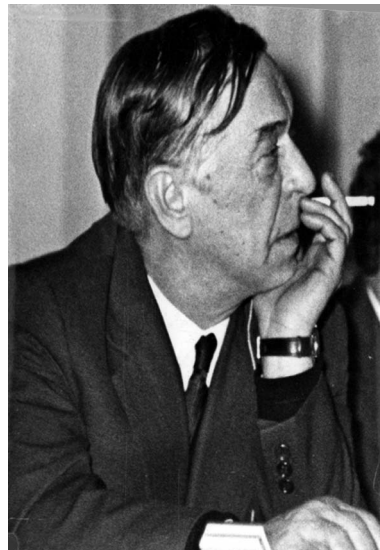
обязательны: на начало болезни в молодом возрасте и на ее исход в слабоумие. Обе эти особенности действительно наблюдаются, но только в самых тяжелых случаях шизофрении. Теперь мы знаем, что такие случаи составляют всего около 4% от всех больных, которым ставится этот диагноз. Сам Крепелин писал, что около 10% больных ранним слабоумием выздоравливают; эти наблюдения ставили ему в укор, так как они противоречили идее слабоумия. Теперь мы знаем, что случаи выздоровления бывают гораздо чаще.

Мы знаем также, что шизофрения проявляется очень поразному, начиная с тяжелейших психозов и кончая едва заметными расстройствами. Поэтому в наше время в основе диагностики шизофрении лежит не раннее начало и не переменный исход в слабоумие, а совсем другие признаки.

Все эти важные детали и вызывают дискуссии. Может быть, то, что мы называем шизофренией, в действительности не одна болезнь? Может быть, грядущие открытия заставят вообще забыть об этом диагнозе?

Конечно, может быть. При современном состоянии научных знаний границы болезней определены приблизительно, настолько, насколько это возможно. Для сторонников нозологического направления в психиатрии важно не то, что Крепелин ошибался, приписывая «раннему слабоумию» непременно раннее начало и непременно исход в слабоумие. Важно другое: на основании клинической картины Крепелин выделил болезнь; можно надеяться когда-нибудь выяснить ее фундаментальную характеристику, подобно тому, как клиническое описание прогрессивного паралича помогло установить его причину. Сторонники нозологической психиатрической школы, основателем которой в России был А. В. Снежневский, полагают, что шизофрения и другие психические заболевания — столь же объективные и самостоятельные явления природы, как все другие болезни, как прогрессивный паралич, сахарный диабет или малярия. Скажем сразу, что автор — убежденный приверженец этой школы.

Так ли это? Посмотрим... Проникновение в природу — очень трудоемкий и очень медленный процесс. Клинические исследования продолжаются. И не только клинические.



Андрей Владимирович Снежневский (1904-1987), бесспорно, был самой яркой фигурой в современной отечественной психиатрии. Он родился в 1904 году в Костроме, окончил медицинский факультет Казанского университета и в 1925 году начал работать ординатором психиатрической больницы в своем родном городе. С 1932 по 1938 год он был главным врачом этой больницы; легенда говорит о том, что все административные дела он успевал закончить к 12 часам дня; после этого занимался наукой.

После войны Снежневский был доцентом на кафедре психиатрии Центрального института усовершенствования врачей, а с 1951 по 1962 год возглавлял эту кафедру. В 1962 г. он стал директором Института психиатрии АМН СССР (теперь — Научный центр психического здоровья РАМН) и оставался на этом посту до конца жизни.

Истоками научного мировоззрения Снежневского была немецкая классическая психиатрия. Классиками в его глазах были Крепелин, Крафт-Эбинг, Груле, Ясперс. Не случайно он называл себя «неокрепелинцем». Психические заболевания в его глазах были выражением биологических расстройств, и эта концепция лежала в основе его научного творчества. Он был постоянным консультантом Всемирной организации здравоохранения, почетным членом Всемирной психиатрической ассоциации, членом научных обществ Болгарии, ГДР, Польши, ЧССР, Американского психо-биологического общества, Американской ассоциации психиатров.

А. В. Снежневский был выдающимся ученым, выдающимся врачом и выдающимся организатором науки. Став директором Института психиатрии АМН СССР, он постарался собрать под его крышей тех людей, которые, с его точки зрения, были наиболее способны к научной работе, хотя не обращать внимания на их анкетные данные в то время было совсем не просто. Высочайший авторитет Снежневского среди его сотрудников и

учеников базировался отнюдь не на том, что он был директором института. Он был выдающимся клиницистом. Его способность разобрать самый трудный случай, обнаружить и показать детали, облегчающие диагностику, научить молодого врача работать с больным была уникальной. Его лекции были чрезвычайно информативными и хорошо построенными. Они не только давали определенную сумму знаний, но и систематизировали их таким образом, чтобы в основе мышления врача всегда оказывался клинический факт, а не спекуляция. Молодым сотрудникам повторяли лозунг института того времени: «Психиатрия — это пот, кровь и слезы». Снежневский не прощал незнания деталей истории болезни, плохого видения или плохого понимания имевшихся у больных расстройств.

Андрей Владимирович умер 12 июля 1987 года. В телеграмме президента Всемирной психиатрической ассоциации К. Стефаньеса было сказано: «Советская психиатрия потеряла своего отца, а ученые мира — одного из своих выдающихся коллег».

После смерти А. В. Снежневского его имя стало объектом многочисленных нападок. Его обвиняли даже в том, что он придумал вялотекущую шизофрению специально для того, чтобы ставить этот диагноз инакомыслящим. Нужно дать страстям улечься. История расставит все акценты по своим местам.

О том, что такое нейронауки²

Нейронауки — сравнительно новый термин, он вошел в употребление в самом конце XX века. Термин этот объединяет методы и направления, исследующие мозг, — как он устроен и как работает.

Изучить мозг — непростая задача. Он помещается в голове и занимает даже не весь ее объем. Этот небольшой орган состоит из десяти миллиардов клеток, каждая из которых устроена очень сложно, да еще обладает способностью связываться с другими клетками. Клетки мозга неодинаковы. Есть несколько их разновидностей. Многие из них объединены в специфические структуры, обладающие определенными функциями.

В клетках мозга непрерывно происходят сложнейшие процессы: некоторые вещества вдруг накапливаются, другие расхо-

²Более подробно о нейронауках можно прочесть в отдельной главе, любезно написанной для этой книги профессором Д. Д. Орловской. Эта глава находится в «Приложениях».

дуются; то одна, то другая молекула проникает сквозь стенку нервной клетки, покидая одну из них и попадая в другую. Все это сопровождается игрой электрических потенциалов, которую можно наблюдать на экране компьютера или записать на бумаге в виде замысловатых кривых.

Исследование мозга началось с анатомии. Это сравнительно просто. Нужно хорошенько рассмотреть мозг, взятый у умершего, и описать, как он выглядит. Понятно, такие описания давным-давно сделаны, причем сделаны очень подробно и очень хорошо. Сложности начались тогда, когда тоненький кусочек мозговой ткани положили под микроскоп. Вот тут-то исследователи и обнаружили множество клеток, каждая из которых устроена так, что напоминает целый организм. *Морфологи* продолжают и сегодня изучать, как устроены клетки мозга. Сказать, что их труды близки к завершению, было бы непростительной самонадеянностью.

Но ведь изучать мозг умершего совершенно недостаточно. Все процессы, которые обеспечивают нам возможность воспринимать мир, размышлять над тем, что воспринято и испытывать в связи с этим положительные или отрицательные эмоции, происходят только при жизни. Поэтому нужны методы, которые позволили бы изучать мозг живого человека и при этом, разумеется, не причинять ему вред. *Нейрофизиологи, нейрохимики* и другие специалисты занимаются именно этим. Они обнаружили множество интереснейших фактов и продолжают обнаруживать все новые. Методы, которые они для этого изобретают, поражают своей изощренностью и тонкостью и внушают глубочайшее уважение к их авторам.

Беда состоит в том, что главная трудность — связать найденные факты с конкретными феноменами психической деятельности. Так бы хотелось узнать, что если молекула А проникнет в клетку Б, человек поймет, сколько будет дважды два, а если она покинет клетку С, он напишет новую «Анну Каренину». Но до этого еще далеко. Исследования продолжаются.

Разумеется, представителей нейронаук никак нельзя обвинять в том, что чаще всего они не в состоянии объяснить, какое отношение имеют обнаруживаемые ими факты к психическому здоровью. Уж очень сложна задача. К своей чести они смогли

найти некоторые подходы к ее решению. Так, например, можно исследовать, какие химические процессы в мозгу меняются под действием определенного лекарства. Если это лекарство помогает, например, при депрессии, появляется повод думать, что в происхождении депрессии «виновен» тот самый процесс, который под действием лекарства меняется.

Грубые изменения в мозгу (например, появление опухоли) приводят к весьма заметному изменению на электроэнцефалограмме. Иногда благодаря этому можно даже поставить диагноз. Эти изменения отражают не только сам факт появления опухоли, но и то, где она расположена. Появляется основание думать, что регистрация электрических потенциалов мозга когда-нибудь даст возможность судить об активности и характере процессов, происходящих на разных его участках.

Пока представители нейронаук занимаются почти исключительно фундаментальными исследованиями. Такие исследования — всегда «долгосрочный вклад». Ждать от него скорых дивидендов не приходится. Но зато какими большими они когда-нибудь будут!

О том, что такое эпидемиология психических заболеваний

Об этом направлении психиатрических исследований мы уже говорили. Определение распространенности психических расстройств (и в сумме, и каждой болезни в отдельности) — одна из важных задач эпидемиологических исследований. Но эта задача не единственная, и, пожалуй, не самая главная. Во всяком случае, не самая интересная.

Другая задача, которая много лет занимала центральное место в эпидемиологических исследованиях, заключалась в поисках фактора, с которым можно было бы связать риск возникновения болезни (речь идет о шизофрении, аффективном расстройстве и неврозах, потому что с другими заболеваниями в этом отношении все более или менее ясно). Результаты этих поисков отрицательны. Поскольку отрицательный результат обескураживает, лучше сформулировать его иначе: установлено, что обстоятельства жизни человека не связаны с вероятностью заболеть одним из этих заболеваний.

Зато выяснилось, что среди родственников больных обычно наблюдается больше случаев этого заболевания, чем в населении в среднем. Иными словами, накопление случаев болезни среди родственников *отчетливо связано* с величиной риска заболеть. Особенно отчетливо эта связь обнаружилась при многочисленных исследованиях однойцевых близнецов: выяснилось, что если один из них болен, то у второго риск заболеть чрезвычайно велик, даже если близнецы были разлучены в раннем детстве и росли в совершенно разных условиях. Эти данные послужили подтверждением достаточно старой гипотезы о генетической обусловленности шизофрении и аффективного расстройства или, во всяком случае, о *наследуемой предрасположенности* к возникновению этих болезней. Нужно только хорошо понимать, что это означает.

Существует огромное число наследуемых признаков, гораздо больше, чем обычно себе представляют. Некоторые признаки наследуются непременно (у кошки не может родиться щенок). Другие проявляются у потомства в соответствии с математически строгим законом, который сформулировал еще Мендель. К ним относится, например, цвет глаз. Если известно, какие глаза у родителей (а также у дедов и бабок), и если у этой пары будет множество детей, можно точно вычислить, у скольких из них будут темные глаза, а у скольких — светлые. Однако таких признаков не очень много. Подавляющее их большинство наследуется с гораздо меньшей определенностью. Кроме того, есть разница между тем, что признак *унаследован*, и тем, что он *проявился*. Тот факт, что ребенок может походить на свою бабушку, а не на маму, доказывает это. Ведь ребенок мог унаследовать характерные черты своей внешности только от мамы; значит, мама определенно унаследовала их от бабушки, но они у нее почему-то не проявились.

Ребенок может оказаться похожим не только на бабушку, но и, например, на двоюродную тетку. Это говорит о том, что ген, ответственный за его внешность, имеется в организме многих членов большой семьи, но проявляет себя только у некоторых. Разумеется, невозможно предсказать появление подобного признака с такой же точностью, как цвет глаз. Можно только оценить вероятность, с которой это может произойти.

Это делают с помощью опроса большой группы людей, отобранных так, чтобы группа отражала особенности населения всего города (а может быть, страны или планеты Земля — в зависимости от задачи, которую ставит перед собой исследователь). Продолжая наш пример, у каждого, кто вошел в отобранную группу, пришлось бы спросить, не похож ли он на свою двоюродную тетушку (а еще лучше создать стандартную методику определения сходства и, пользуясь ею, сравнить внешность каждого члена группы с внешностью его двоюродных теток).

Полученный результат будет мерой вероятности, или мерой риска возникновения этого признака: если сходство обнаружено у одного опрошенного из каждой тысячи, риск походить на двоюродную тетку составит 0,1%.

Именно так определяют риск возникновения психических заболеваний, о которых идет речь. Поскольку знать его гораздо важнее, чем вероятность сходства с родственниками, исследования, подобные описанному, проводили много раз на очень больших группах людей. Кроме того, старались понять, связан ли этот риск с *числом* больных родственников, а также с тем, *кто из них болен* — мать или отец, братья или сестры, близкие или дальние родственники.

На основе полученных данных работают генетические консультации. Люди часто обращаются туда с вопросом, можно ли им иметь детей, не заболеют ли они, если кто-то из родственников болен. Нужно ясно понимать, что *точно* на этот вопрос не сможет ответить ни один генетик в мире. Он может назвать только риск, и то примерный, потому что никто ведь не знает всех своих родственников до седьмого колена.

Для среднего жителя Земли риск заболеть шизофренией составляет 1%, то есть это случается с одним человеком из каждых ста. Если среди прямых родственников есть случаи болезни, то риск возрастает до 5-16%, в зависимости от того, много ли родственников болеет и кто именно. Если оба супруга больны, у их ребенка риск заболеть может достигать 30-60%.

Зная эти цифры, каждая супружеская пара решает сама, стоит ли идти на этот риск. Ничего конкретного посоветовать тут нельзя: риск есть риск.

Некоторые людоедские режимы лелеяли идею осчастливить человечество, раз и навсегда покончив с психическими заболеваниями. Гитлер подошел к этой проблеме самым решительным способом: он уничтожал или кастрировал больных. В сегодняшней Германии шизофренией болеет ровно столько же людей (разумеется, в процентном отношении), сколько в любой другой стране. Ген, ответственный за болезнь, распространен гораздо шире, чем она сама. Как уже говорилось, различие между риском унаследовать ген и риском заболеть огромно.

Иногда исследователи, работающие в области эпидемиологии психических заболеваний, ставят перед собой еще одну задачу. Она выглядит необычной, но мне она представляется очень важной и одной из самых интересных.

Существуют явления природы, которые можно изучать, непосредственно их наблюдая. Например, дождь. Нужно только дожждаться соответствующей погоды, и вот он, дождь, он перед нами, его можно исследовать и наблюдать во всей красе. Я во все не хочу умалять трудности, которые возникают у исследователей дождя, они, наверное, очень серьезны. Но дождь — это нечто вполне конкретное и осязаемое, под ним можно даже промокнуть.

А ведь болезнь — абстракция. В качестве обособленного целостного явления ее наблюдать невозможно; она всякий раз представляется в виде страдания отдельных людей, сегодня одного, завтра — другого, послезавтра — третьего. Мы судим о том, *как выглядит болезнь*, по тому, *что она делает с людьми*. Вот бы взглянуть не на больного, а на *саму болезнь*, узнать, какой она формы и величины, разглядеть, какие у нее клыки и щупальца, потрогать ее когти, найти уязвимые места! Если бы собрать вместе картину страдания всех, кто поражен болезнью, если бы подняться в космос и посмотреть на эту картину оттуда! Может быть, удалось бы увидеть что-нибудь новое?

Это, к сожалению, невозможно. Но можно описать, как выглядит болезнь у каждого, кто ею страдает (не на всей Земле, конечно, а хотя бы у жителей определенного района Москвы). Можно предположить, что у *всех* больных болезнь обнаружила *все* свои стати. Можно надеяться, что из таких данных действительно удастся получить новые знания.

Однажды мы попробовали. Впрочем, «однажды» — смело сказано: эта работа заняла двадцать лет. За это время были получены подробнейшие сведения о том, как проявлялась болезнь примерно у семи тысяч человек, — у всех, кто страдал ею и лечился в нескольких районных диспансерах. Получилось море информации, переварить которую не так-то легко. Многого останется на долю следующих поколений. Но кое-что извлечь из нее все-таки удалось.

Число обострений при шизофрении (и при аффективном расстройстве тоже) бывает очень разным. Случается, что человек переносит только один приступ в жизни. У другого больного их может быть очень много. Предсказать, возникнет ли очередной приступ и, если возникнет, то когда — в каждом конкретном случае очень трудно. Но зато оказалось довольно просто подсчитать, *у какого числа людей* болезнь ограничится единственным приступом, у скольких их будет два, три и так далее. Выяснилось, что каждый очередной приступ возникает *в одном и том же проценте случаев* от числа тех, в которых был предыдущий.

Иными словами, число больных, перенесших один, два, три и так далее приступов распределяется по экспоненте. И точно так же распределяется длительность ремиссий: каждый год заканчивается один и тот же их процент.

Вот что получилось. По поводу *конкретного больного* в этом отношении практически ничего не предскажешь. По поводу *всех их вместе* число предстоящих приступов и длительность ремиссий между ними можно предсказать почти без ошибок. Выходит, болезнь — не такая уж абстракция?

Но если это так, тем более необходимо принимать во внимание все возможные варианты болезни. Ведь если часть из них исключить, целостной картины не получится. Более того: есть шанс, что, складывая такую «мозаику», можно обнаружить «недостаку» отдельных ее фрагментов. Тогда придется поискать эти фрагменты среди других психических расстройств. Они, наверное, прячутся под другим диагнозом...

О том, как психологи помогают изучать психические расстройства

Психологи — это не врачи, их образование отличается от медицинского. Работа некоторых психологов вообще не связана с медициной, они изучают, как работают наши головы в процессе общения, обучения, труда, творчества и так далее. Однако в рамках психологической науки есть направление, которое называется *клинической психологией*. Это направление изучает, как меняются обычные психологические процессы во время психической болезни.

В результате этих исследований обнаруживаются удивительно интересные факты. Например, существует такое психологическое явление, как ассоциация. Если спросить человека, что ему немедленно приходит на ум, когда он слышит слово «поэт», подавляющее большинство людей, воспитанных в русской культуре, отвечает «Пушкин». Если дать кому-нибудь послушать скверную магнитофонную пленку, на которой записано, что «к берегу реки причалил плот», причем записана эта фраза так, что последнее слово едва можно разобрать, никаких трудностей у *здорового* человека не возникает: если причалил к берегу, так уж, наверное, плот, а не что-нибудь другое. Больные шизофренией жалуются, что плохо слышно: может быть, плот, а может быть, например, плод: ведь он тоже может «причалить к берегу», если до того плыл по реке. Получается, что при шизофрении ассоциации возникают *более свободно*. У здорового человека они идут по проторенному пути, а болезнь эти «тропинки» как бы стирает. На просьбу назвать поэта больные отвечают «Пушкин» гораздо реже, чем здоровые...

Однажды в психологической лаборатории нашего Научного центра психического здоровья (тогда он еще назывался Институт психиатрии) был поставлен интереснейший опыт. Создали две команды; одна состояла из больных, другая — из здоровых. Участники соревнования должны были называть сходство между парой предлагаемых предметов. Сначала пары были совсем простые (яблоко и груша, например). По ходу соревнования задача все время усложнялась. Те, кто не мог с ней справиться, из дальнейшей игры выбывали. И вот оказалось, что команда здоровых редает гораздо быстрее. Довольно скоро

выбыла она вся, игра превратилась в «личное первенство» среди больных. Чемпионом стал тяжелый больной, который ответил, чем похожи друг на друга башмак и карандаш. «Они оба оставляют след», — сказал он, не задумываясь.

Когда-то Крепелин писал, что шизофреническое слабоумие принципиально отличается от органического, например, от слабоумия при прогрессивном параличе. В последнем случае, писал он, интеллект больного напоминает книгу, из которой вырваны страницы. При шизофрении в этой книге все страницы целы. Они просто перепутаны.

Эксперименты, подобные тому, который только что описан, подтверждают это. Психические процессы при шизофрении приобретают парадоксальный характер, ассоциации возникают неожиданно, в тяжелых случаях — хаотично. Похоже, что именно это и делает больных беспомощными в практической жизни, «слабоумными».

* * *

В заключение этой главы хочется немного пофантазировать. Наука не стоит на месте. Мы узнаём о психических болезнях все больше, пусть медленнее, чем хотелось бы, но все-таки узнаём. Изучать дом Пападопулоса очень трудно, но не безнадежно. Ведь темы бесед в темноте действительно отличаются от тех, которые ведут при ярком свете!

Когда-нибудь мы будем знать об этих болезнях все, что нам нужно, и сумма человеческого страдания уменьшится. Мы научимся «заново переплестать» интеллект больных шизофренией, и шизофреническое слабоумие исчезнет. А потом и сама шизофрения исчезнет с лица земли.

А ее ген?

«Плохие» гены, то есть те, которые виновны в наследственных дефектах, возникают в результате случайных мутаций (изменений генетического кода). В абсолютном большинстве случаев длительность их существования в генофонде человечества ничтожна. Они «вымываются» оттуда. Проще говоря, носитель подобного гена из-за своего дефекта имеет меньше шансов оставить после себя потомков; последующие поколения получают еще малочисленнее; наконец, «последний из могикиан» умирает холостяком.

Но есть «плохие» гены, концентрация которых удивительно постоянна. Один из них — ген серповидноклеточной анемии, болезни крови, которая распространена среди жителей *одного* африканского племени. В тяжелых случаях больные быстро умирают. При более легком течении болезни они живут более или менее благополучно. Однажды выяснилось, что люди, страдающие этим заболеванием, *не болеют малярией*. Малярия была подлинным бичом соседних племен, унося множество жизней.

Племя, пораженное серповидноклеточной анемией, обладало колоссальным преимуществом перед соседями, потому что при благоприятной форме (а именно ею страдало большинство) эта болезнь гораздо легче, чем малярия. Получилось, что те сравнительно немногие несчастные, которые умирали от анемии, были данью, которую племя платило за то, что не болело более тяжелой болезнью.

Авторы этого исследования сформулировали гипотезу, согласно которой «плохой» ген, распространенность которого постоянна, наряду с вредом для отдельных его носителей создает и некоторое преимущество для вида в целом. Поэтому он и сохраняется, а не «вымывается» из генофонда, как другие.

Ассоциации при шизофрении возникают не так, как у здоровых людей. Они менее шаблонны, более свободны. Здоровым людям редко приходит в голову, что к берегу может причалить не только плот, но и плод. Больные говорят об этом почти всегда. Что такое нешаблонные ассоциации? Это ведь творчество.

В 1864 Чезаре Ломброзо опубликовал свою книгу «Гениальность и помешательство». Он доказывал в ней, что гениальность — симптом психической болезни, даже называл, какой именно. Ломброзо был не прав. Гениальность, конечно, не болезнь, но ведь творческие способности связаны с нетривиальным мышлением.

Может быть, склонность к такому мышлению связана с «плохим геном», который в *тяжелых случаях* приводит к болезни? Может быть, страдания наших бедных пациентов — дань, которую человечество платит за прогресс? Тогда мы должны научиться, как «не платить», как получать благо задаром...

Глава IV

УЧЕБНИК ПСИХИАТРИИ.

ОБЩАЯ ЧАСТЬ

Классификации психических заболеваний и принципы их диагностики. Что известно об их причинах, особенностях течения и исходе. Каким образом особенности человеческого характера затрудняют диагностику.

...Я добросовестно перебрал все буквы алфавита, и единственная болезнь, которой я у себя не обнаружил, была родильная горячка.

Джером К. Джером

В художественной литературе, в театре и в кино безумие всегда окутано покровом мистики, таинственности и страха. Популярная литература часто грешит избытком утешений, обещая скорое избавление от всех страданий. На самом деле в психическом расстройстве нет мистики, но есть тайна, поскольку и происхождение, и — в особенности — механизм развития наиболее частых заболеваний изучены еще очень мало.

Психически больные действительно иногда совершают ужасные поступки, но делают это намного реже, чем здоровые (это не фраза, а факт, подтвержденный статистическими данными).

Многие расстройства действительно заканчиваются выздоровлением, но есть и такие, при которых надеяться на это не стоит. Я не намерен ни писать о маньяках и убийцах, ни запугивать или утешать читателей. Однако я понимаю, что многие хотели бы знать, насколько оправдан их страх перед психически больным, а другие хотели бы почерпнуть из чтения надежду.

О том, как классифицируют психические расстройства

Надеюсь, что после всего сказанного понятно, почему невозможно просто перечислить психические заболевания, которыми страдает человечество, и почему существует так много классификаций психических расстройств, — международных, национальных и принадлежащих отдельным психиатрическим школам и направлениям.

На всякий случай повторим, что все современные классификации психических расстройств — искусственные. Ни одна не может претендовать на то, чтобы совершенно правильно отражать природу. Но некоторые стремятся к этому; их авторы, признавая, что еще не достигли цели, пытаются описывать психические болезни так, чтобы они с наибольшей вероятностью соответствовали своим естественным границам. Поскольку взгляды исследователей различаются, почти в каждой крупной стране сложилась собственная систематика психических расстройств, а в некоторых даже не одна.

Во второй половине XX века стало очевидно, что это создает серьезные неудобства. Приверженцы разных психиатрических школ утратили возможность понимать друг друга; одни и те же термины употреблялись для обозначения совершенно разных явлений. На конференциях и конгрессах приходилось выделять специальное время на то, чтобы как-то согласовывать понятия, — без этого невозможно было сопоставить результаты исследований, выполненных в разных странах, а порой даже в пределах одной страны.

В 1980 году Американская психиатрическая ассоциация опубликовала принципиально новую систематику психических расстройств, известную, как DSM-III¹. Ее авторы сознательно отказались от идеи создать естественную классификацию; по словам одного из них, «все теории были выброшены в окно».

В основу работы была положена совсем другая цель: сделать диагностику психических заболеваний стандартной, освободить ее от влияния приверженности врача к той или иной научной школе, обеспечить тем самым сопоставимость диагнозов, поставленных разными врачами или в разных учреждениях.

DSM-III представляла собой некий перечень расстройств, каждому из которых соответствовали четкие и легко регистрируемые признаки. Новшество имело успех: во-первых, диагностический процесс стал существенно легче (он сводится к простой констатации и подсчету сравнительно немногих симптомов), во-вторых, стало легко сравнивать число больных с одинаковым диагнозом и оценивать результаты лечения.

¹«Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders». Сейчас в США принята ее следующая редакция — DSM-IV.

В связи с этим через несколько лет в Европе была разработана собственная классификация болезней — МКБ10². Та ее глава, которая касается психических заболеваний, следует тем же принципам, что и DSM-III. Большинство европейских стран, в том числе и Россия, обязались во всех формальных ситуациях (отчетах, статистических материалах и т. д.) использовать критерии диагностики МКБ10.

Однако наряду с удобствами обе эти классификации имеют и очень серьезный недостаток.

Ведь что такое диагноз, поставленный в рамках классификации болезней, которая стремится быть *естественной*?

Такой диагноз основан на представлении о том, как протекает болезнь *от начала до конца*. Это означает, что он содержит информацию не только о том, что было с больным до постановки диагноза, но и — что несравненно важнее! — о том, *что с ним будет дальше*. Иными словами этот диагноз содержит и прогноз. Прогноз позволяет выстроить стратегию лечения, то есть назначать лекарственные препараты не только для того, чтобы устранить имеющиеся в данный момент симптомы, но и для того, чтобы попытаться облегчить предстоящие болезненные расстройства: зная прогноз, можно попытаться (в меру наших возможностей) улучшить его.

Такой диагноз позволяет сформулировать рекомендации, которые помогут больному правильно организовать свою жизнь, — так, чтобы как можно меньше страдать от своей болезни. Наконец, такой диагноз позволяет создавать однородные группы больных, такие группы, которые дают возможность продолжать поиски этиологии и патогенеза болезни.

Диагноз, поставленный в соответствии с критериями таких классификаций, как МКБ10 или DSM-III, не создает ни одной из этих возможностей. Эти критерии искусственны, искусственен и диагноз. К нозологии он не имеет никакого отношения.

В соответствии с принятыми обязательствами мы используем диагностические критерии МКБ10 во всех официальных документах. Но в научных исследованиях и в практике лечения мы свободны в выборе системы диагностики; поэтому большинство российских психиатров, воспитанных в традициях

²Международная классификация болезней, 10-й пересмотр.

научной школы, созданной А. В. Снежневским и его учениками, по-прежнему придерживается классификации, построенной на нозологических принципах.

Вот перечень самых крупных диагностических рубрик, содержащихся в МКБ10 (в той ее главе, которая касается психических расстройств)³.

- Органические, включая симптоматические, психические расстройства;
- Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ;
- Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства;
- Расстройства настроения (аффективные расстройства);
- Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства;
- Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами;
- Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте;
- Умственная отсталость;
- Расстройства психологического развития;
- Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте;
- Неуточненные психические расстройства;

Приведем теперь основные рубрики из систематики психических расстройств, опубликованной в последнем «Руководстве по психиатрии» (Москва, 1999). Это руководство вышло под редакцией действительного члена РАМН, профессора А. С. Тиганова и отражает взгляды последователей А. В. Снежневского.

Эндогенные психические заболевания

- Шизофрения
- Аффективные заболевания
- Шизоаффективные психозы
- Функциональные психозы позднего возраста

Эндогенно-органические заболевания

- Эпилепсия

³Подробнее обе классификации (и эта, и следующая) приведены в «Приложении»

- Дегенеративные (атрофические) процессы головного мозга
- Особые формы психозов позднего возраста
- Сосудистые заболевания головного мозга
- Наследственные органические заболевания
- Экзогенно-органические заболевания*
- Экзогенные психические расстройства*
- Алкоголизм
- Наркомании и токсикомании
- Симптоматические психозы
- Психосоматические расстройства*
- Психогенные заболевания*
- Реактивные психозы
- Посттравматический стрессовый синдром
- Пограничные психические нарушения*
- Невротические расстройства
- Расстройства личности
- Патология психического развития*
- Умственная отсталость
- Задержка психического развития
- Искажения психического развития.

Несмотря на существенные различия обеих классификаций, в них есть и много общего. Ни у кого нет сомнений, что последствия травмы, опухоли или воспалительного заболевания мозга, хронический алкоголизм и наркомания, атрофические процессы в старости, врожденная умственная отсталость и эпилепсия⁴ действительно существуют.

Эти заболевания есть в обеих классификациях, и критерии их диагностики близки.

Шизофрения, расстройства настроения и неврозы тоже есть в обеих классификациях. Но вот критерии их диагностики и, в соответствии с этим, объем каждого из этих понятий и границы соответствующих заболеваний различаются очень сильно.

Об их природе известно меньше всего; поэтому именно они — предмет постоянных споров и разногласий.

Обсуждать эти болезни нам еще предстоит.

⁴В МКБ10 эпилепсия отнесена к числу нервных, а не психических заболеваний.

О том, от чего возникают психические заболевания

На предыдущих страницах много раз повторялось, что причина возникновения психических заболеваний неизвестна. Пора уточнить это утверждение. Плохо известна причина некоторых болезней, но именно тех, которые встречаются чаще остальных. Из-за своей частоты они составляют наиболее актуальную проблему современной психиатрии. Может быть, они встречаются так часто как раз потому, что мы не знаем их «корней» и поэтому не можем с ними справиться.

Сто лет назад больные прогрессирующим параличом занимали больше половины мест в психиатрических больницах, а сегодняшние молодые психиатры никогда в жизни их не видели: выяснилось от чего эта болезнь бывает, стали вовремя и хорошо лечить сифилис, и прогрессирующий паралич практически исчез.

Огромную роль в исчезновении прогрессирующего паралича сыграло, конечно, то, что люди стали гораздо реже заболевать сифилисом. Однако в 90-х годах число новых случаев сифилиса начало угрожающе расти (в России тоже), и многие исследователи опасаются, что проблема прогрессирующего паралича может снова приобрести актуальность.

Итак: не выяснена окончательно причина *меньшинства* болезней, которыми, однако, страдает *очень много* людей. Причины *большинства* болезней известны достаточно хорошо. Каждой из них в отдельности (за некоторыми исключениями) страдают сравнительно немногие, но в сумме, конечно, тоже получается немало.

Что же это за причины? Повреждения мозга, например, травмы; инфекции и воспалительные заболевания центральной нервной системы, например, менингиты и энцефалиты различного происхождения; опухоли головного мозга; отравления.

Отдельного упоминания заслуживает психическая травма, или, как часто говорят в последнее время, стрессовое воздействие. К сожалению, нельзя сказать, что в результате психической травмы заболевают немногие. Подобных случаев много, очень много, только они *чаще всего не те*, которые обычно «списывают на стресс».

Одна из болезней, которая действительно причинно связана с психической травмой (так называемое посттравматическое

стрессовое расстройство), настолько важна, что ей придется посвятить специальный раздел.

Наконец, есть еще одна группа психических расстройств, причина которых не вызывает сомнений. Речь идет о болезнях, вызванных злоупотреблением спиртными напитками и наркотиками. Этой темы мы касаться не будем: в ней слишком много социальных аспектов.

Легко заметить, что все эти, хорошо известные, причины психических расстройств имеют важную общую черту: по отношению к человеческому организму они *внешние*. «Внешний» — по-гречески «экзо»; традиционно эти заболевания называют *экзогенными* (то есть имеющими внешнее происхождение).

Что касается другой группы заболеваний (именно они и составляют то меньшинство, с которого мы начали), то об их причине наверняка можно сказать только одно: она *не внешняя*. Ни голод, ни холод, ни травмы, ни стресс, ни другие болезни, ни умственные или физические перегрузки, — ни одно из подобных обстоятельств не удалось «обвинить» в их происхождении.

Ученые, занимающиеся эпидемиологией этих заболеваний, потратили огромное количество времени и труда, чтобы установить причинную связь с ними хоть какого-нибудь внешнего фактора — и все напрасно. Такой связи нет. Внешние факторы могут только провоцировать начало или обострение болезни, но не бывают ее причиной. Поэтому болезни, входящие в эту группу, называют *эндогенными* («эндо» — «внутренний»), подчеркивая этим, что они вызываются *внутренними* причинами.

В попытках найти хоть какой-нибудь фактор, имеющий отношение к причине эндогенных заболеваний, исследователи порой выдвигали самые экзотические гипотезы. Например, проверяли, действительно ли риск заболеть связан с тем, родился человек зимой или летом. Проверяли идею, что риск заболеть гораздо выше, если в то время, когда рождение человека еще только ожидалось, в семье его родителей жила кошка.

Однажды в Нигерии обнаружили, что те ее коренные жители, которые учились в Европе, страдают заболеваниями этой группы с той же частотой, что и европейцы, а те, которые ведут традиционный образ жизни, — гораздо реже. Потом оказалось, что последние просто не ходят к врачам...

Сенсационные находки такого рода (их было много) всегда заставляют вспомнить знаменитую историю с исследованием числа новорожденных в Лондоне. Изучая статистические данные за довольно большой период времени, один ученый обнаружил, что некоторые дни характеризовались огромным числом рождений, а некоторые — тем, что не рождался почти никто, причем те и другие дни закономерно чередовались. Конечно, это вызвало шок: всегда было принято считать, что ежедневно рождается одно и то же число детей, с небольшими, конечно, колебаниями. Однако опровергнуть странные результаты никто не мог, потому что все расчеты были выполнены методически безупречно. Наконец, нашелся дотошный человек, который не поленился пойти в мэрию и проверить исходные данные. Оказалось, что девушка, которая их предоставила, ошиблась: она выписала не дни рождений, а дни регистрации рождений. В те дни, когда «никто не рождался», шел дождь, а те, в которые отмечались «всплески», были безоблачными. Родителям просто не хотелось идти в мэрию под дождем...

Наиболее обоснованной сегодня считается гипотеза, что «внутренние причины», которые виновны в возникновении психических заболеваний этой группы — это причины генетического характера. Иными словами, решающее значение в происхождении эндогенных психических заболеваний придают наследственности. Подчеркнем, что это именно гипотеза, потому что ее прямых доказательств нет. Аргументы, которые говорят в пользу этой гипотезы, уже обсуждались.

К числу эндогенных заболеваний относят, прежде всего, шизофрению со всеми ее вариантами, включая те, которые в современных международных классификациях болезней обозначаются другими терминами. Кроме того, в эту группу входит болезнь, которая традиционно называлась «маниакально-депрессивный психоз», а теперь тоже обозначается иначе — монополярное или биполярное (в зависимости от особенностей течения болезни) аффективное расстройство.

Нужно признать, что это переименование удачно. Дело в том, что старое название — оно принадлежит еще Крепелину — включает слово «психоз». Это было приемлемо, пока психиатры лечили только самых тяжелых больных. Однако со временем стало очевидно, что у большинства тех, кто страдает этим заболеванием, состояние никогда не достигает степени психоза.

К эндогенным заболеваниям относят еще две очень известные болезни — эпилепсию и болезнь Альцгеймера. В отличие от шизофрении и аффективного расстройства, при которых не обнаруживается никаких изменений в организме больных⁵, и при эпилепсии, и при болезни Альцгеймера определенные изменения в мозгу есть. Поэтому их называют эндогенно-органическими заболеваниями.

Есть еще одна группа психических заболеваний, которыми страдает множество людей, — больше, чем любой другой психической болезнью. Речь идет о так называемых *пограничных расстройствах*. Такое название возникло в начале XX века, когда к психиатрам стали обращаться пациенты, болевшие не так тяжело, как те, которые лежали в больницах. Оно отражает сразу два взгляда на эти заболевания. Первый совершенно понятен: в силу их относительной легкости расстройства у «новых» пациентов расценивались как находящиеся на границе между патологией и нормой. Появился даже (и существовал довольно долго) термин «малая психиатрия».

Другой взгляд на эти расстройства гораздо глубже и отражает представление об их причине. Считается, что она связана с присущими человеку от рождения особенностями, с его конституцией: от того, каким образом человеку свойственно реагировать на неблагоприятные внешние воздействия, зависит, какое именно расстройство из этой группы у него может быть. Более того, сама возможность возникновения подобного расстройства зависит от врожденных особенностей психического склада.

Получается, что причина пограничных заболеваний тоже «лежит на границе»: с одной стороны, обязательное условие их возникновения — врожденные особенности человека, то есть причины *внутренние*; с другой стороны, болезнь возникает в ответ на неблагоприятные *внешние* обстоятельства.

В рамках пограничных заболеваний рассматривают, во-первых, невротические расстройства, или просто неврозы, во-вторых, расстройства личности (или характера; раньше их называли психопатиями).

⁵Их поэтому называют еще функциональными заболеваниями, подчеркивая этим, что нарушена лишь функция, а не вещество мозга.

Честь авторства основных русских исследований в области «малой психиатрии» принадлежит одному из крупнейших психиатров и общественных деятелей XX века П. Б. Ганнушкину. Его заслуги перед отечественной психиатрией огромны. Его вклад в исследование человеческих характеров бесценен.



Имя Петра Борисовича Ганнушкина (1875-1933) — символ досоветской, советской и, пожалуй, постсоветской отечественной психиатрии. Это объясняется не только и, может быть, не столько его научными достижениями, сколько его выдающимися качествами общественного деятеля, врача и учителя. Он оставил после себя множество учеников. Сам Ганнушкин учился у Корсакова, Суханова и Сербского — психиатров, оставивших след не только в русской, но и в мировой психиатрии. Он трижды посетил знаменитые крепелиновские курсы усовершенствования в Мюнхене и сетовал лишь

на то, что там показывали мало амбулаторных больных. Интерес к психическим расстройствам, которые не требовали неперенной госпитализации больных, пробудился у него очень рано; именно им были посвящены его важнейшие исследования.

Ганнушкин стал основателем «малой психиатрии», которая изучает больных без психозов, тех, которые в его время только начали появляться в поле зрения психиатров, а сегодня составляют большинство пациентов. Классический труд П. Б. Ганнушкина «Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика» был воистину делом всей его жизни. Он успел прочитать и подписать к печати корректуру этой книги. Она вышла в свет, когда ее автора уже не было в живых.

Попробуем подвести итог. В зависимости от того, что нам известно о причинах психических заболеваний, их можно объединить в три группы. Первая — те болезни, которые вызываются хорошо известными *внешними* причинами (поэтому эти

болезни называют экзогенными). Среди них есть *органические* заболевания (то есть те, которые возникают из-за повреждения вещества мозга), *симптоматические* (те, причиной которых служит инфекция или интоксикация, в том числе алкоголем и наркотиками), и *психогенные* (те, которые возникли в результате психической травмы).

Вторая группа болезней — те, основной причиной которых считаются наследственные факторы и которые не связаны или очень мало связаны с обстоятельствами жизни. Среди этих болезней тоже есть такие, при которых повреждается вещество мозга. Однако повреждение мозга появляется в результате болезни, а не служит ее причиной, как при экзогенных заболеваниях. Их называют эндогенно-органическими.

Шизофрения и аффективное расстройство, при которых повреждения мозга нет, называются просто эндогенными, или еще функциональными заболеваниями. Последний термин просто подчеркивает отсутствие каких-либо органических повреждений.

Наконец, третья группа (пограничные заболевания) характеризуется тем, что среди причин заболевания есть и внутренние, и внешние.

О том, как протекают психические заболевания

Все болезни, которыми страдает человек, с точки зрения их течения можно разделить на острые и хронические. Острые болезни — это те, которые продолжаются сравнительно недолго и заканчиваются выздоровлением (бывает, что и смертью, но... не будем о грустном). Пример острого заболевания — грипп. Как известно, им можно болеть много раз в жизни, но каждый раз это *новое* острое заболевание. *Риск заболеть острым заболеванием не связан с тем, было ли оно в прошлом.*

Хронические болезни тянутся долго, иногда много лет, иногда — всю жизнь. Некоторые из них — если их не лечить, мы пока не касаемся лечения, — текут непрерывно, без улучшений. Большинство хронических болезней протекает с ухудшениями (обострениями, или приступами) и улучшениями (ремиссиями), но ремиссия (даже очень хорошая) — это не выздоровление. *Риск нового приступа тесно связан с наличием обострений в*

прошлом, и он гораздо выше, чем риск заболеть новой болезнью. Типичный пример такого хронического заболевания — язва желудка.

Есть еще одна очень важная характеристика течения болезни. Наверное, каждому случалось поранить руку. В подавляющем большинстве случаев рана постепенно заживает: болезненный процесс *регрессирует*. К сожалению, случается и наоборот — рана может нагноиться, воспаление может распространиться на близлежащие ткани, гнойный процесс может привести к поражению почек... Болезненный процесс *прогрессирует*. Регрессирующее или прогрессирующее течение болезни определяет и прогноз, и образ жизни больного, и необходимые лечебные мероприятия.

На состояние больного самым существенным образом влияет то, насколько быстро течет болезнь, какова интенсивность ее прогрессирования (или регрессирования). *Темп развития болезни* — последняя из ее важнейших общих особенностей.

Когда рана, наконец, заживет, на ее месте останется шрам. Шрам — это уже не процесс, а результат закончившегося процесса, след, *дефект*. Любой дефект — это *стабильное состояние*, которое не имеет никакого течения. Вид оставшегося после раны рубца, конечно, может измениться со временем, но это произойдет из-за общих изменений, которым мы подвергаемся — кожа изменит цвет и упругость, мы растолстеем или похудеем и так далее. Сам по себе дефект, сформировавшись окончательно, уже не меняется.

Осматривая пациента, врач должен оценить все особенности его состояния. Нужно выяснить, идет ли речь о дефекте или болезни; если о болезни, то острая она или хроническая; течет ли она непрерывно или в виде приступов и ремиссий; прогрессирует она или регрессирует; в каком темпе это происходит.

Заметим, что все эти особенности почти никогда не зависят от одного только диагноза: рана может и заживать и нагнаиваться, то и другое может происходить быстро и медленно.

Все сказанное относится практически к любой болезни. Психические заболевания характеризуются теми же особенностями, и каждый раз, встречаясь с пациентом, психиатр должен оценить их все. Думая над симптомами, из которых складыва-

ется болезненное состояние, он не просто квалифицирует каждый из них; он старается понять, о чем говорит этот симптом и что он, врач, может и должен в связи с этим сделать. Видя у пациента симптомы дефекта, врач думает о том, как способствовать их компенсации.

Распознав признаки быстрого прогрессирования болезни, он ищет способы приостановить или хотя бы замедлить его. Заметив намеки на развитие ремиссии, он будет всячески этому способствовать, а добившись ремиссии, будет искать, каким образом сделать ее более длительной и более глубокой.

Иными словами, если нет способов полностью излечить болезнь, врач должен постараться изменить ее течение в лучшую сторону — снизить темп прогрессирования, добиться ремиссии, предотвратить обострение, компенсировать дефект.

Подавляющее большинство болезней, которыми мы страдаем, — острые. К нашему счастью, чаще всего они кончаются выздоровлением, причем нередко без всякого вмешательства: наш организм умеет справляться с ними сам. Сказать, что поэтому острые болезни не имеют особого значения, было бы непростительным легкомыслием: конечно, это не так.

Но все-таки хронические заболевания создают для нас гораздо более тяжелое бремя, во всяком случае, хронические психические заболевания. Поэтому дальше мы будем обсуждать именно их.

О том, чем кончаются психические заболевания

Самый печальный исход всякой болезни — смерть. По мере того, как врачи все больше узнают о болезнях и все лучше умеют их лечить, люди умирают от них все реже. Это действительно так, несмотря на все претензии к медицине.

Литературный подвиг Бальзака заключался в том, что он сделал тридцатилетнюю женщину героиней романа; раньше этот возраст считали слишком почтенным для подобного амплуа. Сегодня это звучит странно. Других доказательств успехов медицины, по-моему, не требуется.

Тем не менее, люди продолжают умирать от болезней, и нет ни одной, от которой бы этого не случалось. Считается, что психические болезни не приводят к смерти, но на самом деле

умирают и от них. Разве самоубийство при депрессии — это не смерть от психического заболевания?

Самый лучший исход всякой болезни — выздоровление. По мере того, как врачи все больше узнают о болезнях и все лучше умеют их лечить, люди выздоравливают все чаще. Это относится ко всем болезням, к психическим в том числе. Разумеется, от одних болезней выздоравливают чаще, а от других реже, но *в принципе* случаи выздоровления (как и случаи смерти) бывают при всех заболеваниях.

Как все крайности и лучший, и худший исходы болезни достаточно редки. Обычный вариант заключается в том, что хроническая болезнь тянется и тянется, постепенно формируя некий дефект, которым когда-нибудь ее течение и завершится. Например, желудочно-кишечное заболевание приводит к тому, что человек утрачивает возможность есть все подряд; с некоторыми пищевыми продуктами его организм перестает справляться, и «всю оставшуюся жизнь» приходится соблюдать диету.

Характер дефекта, конечно, зависит от конкретной болезни, а его степень — от того, *насколько интенсивно она прогрессировала*. Воспалительный процесс в ухе может привести к легкому снижению слуха, а может — к полной глухоте.

Эти общие закономерности свойственны и психическим заболеваниям. При некоторых из них формирование дефекта — основная проблема. Например, при тяжелой травме головы или при отравлении некоторыми ядами после сравнительно короткого острого периода болезни формируется так называемая энцефалопатия, дефект мозга, проявляющийся в весьма заметных психопатологических симптомах. Человек быстро устает, становится несдержанным, вспыльчивым, ухудшается память.

Важнейшая особенность таких болезней состоит в том, что сам по себе болезненный процесс был кратковременным: ведь воздействие травмы или отравления *произошло и закончилось*. Поэтому ни о каком прогрессировании болезни здесь нет речи; наоборот, патологический процесс постепенно регрессирует, а дефект со временем (сам по себе или с помощью лечебных мероприятий) компенсируется. Только очень тяжелые травмы (или другие подобные события) могут привести к непоправимому дефекту.

При тех хронических психических заболеваниях, которые текут прогрессируя, тоже постепенно формируется дефект. Это происходит быстрее или медленнее, дефект может быть выражен в большей степени или в меньшей — в зависимости от тяжести течения болезни, и в этом смысле психические заболевания ничем не отличаются от всех остальных.

Точно так же, как снижение слуха после отита может быть настолько незначительным, что его можно обнаружить лишь при специальном обследовании; дефект, возникший при шизофрении или эпилепсии, может быть замечен только специалистом. С другой стороны, к сожалению, из-за отита можно и совсем оглохнуть. При психических заболеваниях дефект тоже бывает тяжелым...

В отличие от дефекта, образовавшегося в результате травмы, при прогрессирующих психических заболеваниях он постепенно нарастает: ведь болезненный процесс продолжается. Поэтому стратегическая задача лечения таких болезней — приостановить ее прогрессирование, приостановить формирование дефекта. Всякий дефект начинает компенсироваться тогда, когда прекращается воздействие болезни.

В чем заключается дефект, формирующийся при психических заболеваниях?

Представим себе, что болезнь — злодей, который напал на нас с определенной целью. Поскольку цель злодейская, ясно, что она заключается в том, чтобы нанести нам максимально возможный вред. Если болезнь соматическая, то (с точки зрения злодея) наилучший результат — разрушить наше тело, убить нас. Если болезнь психическая, то такой результат — разрушить наш разум.

Сможет ли злодей добиться своего или нет — это вопрос. Это зависит, во-первых, от того, насколько он силен, во-вторых, насколько мы сильны, насколько эффективное сопротивление мы сможем ему оказать — и своими собственными силами, и с помощью лечения. В самом худшем и в самом лучшем случае возникают те крайние варианты, с которого мы начали: формируется слабоумие или наступает полное выздоровление без всякого дефекта. К несчастью, иногда случается первое; к счастью, бывает и второе. Но чаще всего боль-

ной не становится слабоумным, но и не выздоравливает полностью. На пути к своей цели злодей начинает с того, что пытается воздействовать на нашу индивидуальность. Он старается сделать все свои жертвы похожими друг на друга. Для этого у него есть два пути: первый — уничтожить те неповторимые особенности характера, которые отличают каждого из нас от всех других людей; второй — придать характеру больного специфические особенности, те, которые есть в его злодейском арсенале. Этот арсенал у каждого из них свой. Каждая болезнь формирует характер больного по-своему, и появившиеся у человека особенности позволяют судить, какой болезнью он болен (или был болен).

Изменения характера, или, как часто говорят, *изменения личности*, — наиболее частое проявление дефекта, возникающего при хронических прогрессирующих психических заболеваниях.

Подчеркнем еще раз: выраженность дефекта, степень изменения личности, возникшего в результате болезни, может быть очень разной. С точки зрения общего представления о болезнях это утверждение выглядит вполне естественным и не вызывает возражений: каждому понятно, что перелом ноги может оставить после себя едва заметную хромоту, а может искалечить на всю жизнь.

Но как только речь заходит о дефекте в области характера все существенно усложняется. Ведь характер — штука очень тонкая; конечно, если человек в течение месяца превратился из бесшабашного рубахи-парня в желчного педанта, никто не усомнится, что с ним что-то случилось; но если характер меняется медленно и чуть-чуть, совсем нетрудно объяснить это возрастом, жизненными коллизиями и так далее.

С другой стороны, то обстоятельство, что каждая болезнь изменяет личность больного *специфическим для нее образом*, создает возможность надежно распознать болезнь. Остальные симптомы только подкрепляют диагноз, делают его более подробным и точным.

Уже говорилось, что после того, как ранее начало и непременный исход в слабоумие были признаны необязательными для шизофрении, основой ее идентификации стали другие признаки. Теперь можно продолжить: основой распознавания

шизофрении служит появление характерного для нее дефекта, появление типичных изменений личности.

Когда дефект выражен и отчетлив, диагностика не вызывает разногласий. А вот если особенности личности еле намечены, да еще если других симптомов немного, начинаются баталии. Оставляя в стороне все социальные проблемы, связанные с диагностикой шизофрении (о них придется говорить отдельно), подчеркнем здесь, что эти трудности очень велики и с точки зрения академической науки.

Они усугубляются еще и тем, что особенности, присущие шизофреническому дефекту, встречаются и в рамках нормального человеческого характера.

О том, каким образом характер затрудняет диагностику

Кречмер, описав шизоидный и циклоидный характеры, пошел дальше и создал простую схему. Все зависит от степени выраженности циклоидных или шизоидных особенностей личности, считал он. Если они незначительны, речь идет о здоровых людях, *циклотимах* или *шизотимах*. Если они представлены сильнее, то мы имеем дело с нездоровыми людьми, у которых есть *психопатия*, врожденное болезненное искажение характера. Именно их он называл циклоидами и шизоидами. Наконец, резкая выраженность этих особенностей означает болезнь — маниакально-депрессивный психоз или шизофрению.

Получилось, что между здоровьем, психопатией и болезнью существует только количественное различие — слабая, умеренная или значительная выраженность определенных личностных особенностей.

Эта схема противоречит представлению о болезни. Современная точка зрения состоит в том, что болезнь — это процесс, который имеет начало, течение и конец. Болезнь когда-то начинается у ранее здорового человека, это нечто новое, то, чего у человека раньше не было. По Кречмеру так не получается. Поэтому принимая его классификацию типов личности, современная психиатрия отвергает его теоретическую концепцию.

Признаки изменения личности, которые считают типичными для шизофрении, тождественны тем особенностям шизоид-

ного характера, которые описал Кречмер. Однако при шизофрении они *появляются в результате болезни*. Помните нашего «злодея»? В арсенале того из них, чье имя шизофрения, находятся именно такие черты характера, как замкнутость и эмоциональная парадоксальность, и этими чертами он стремится *наделить* свои жертвы, нивелируя их собственные психологические особенности.

Если бы шизофренией заболевали только те люди, в характере которых ничего подобного до болезни не было, с диагностикой все обстояло бы более или менее просто. Но заболеть чем угодно — шизофренией не исключение — может каждый. И часто случается, что болезнь возникает у человека, которому шизоидные черты характера были присущи и до болезни. Вот тут и начинаются проблемы, вот источник дискуссий, которые возникли во времена Крепелина и не утихают до сих пор.

В самом деле: жил человек с шизоидным характером, жил себе и жил, никому не мешал, учился, работал, — одним словом, был здоров. Потом заболел. Заболел не очень тяжело, все обошлось без больницы, сидел дома на больничном листе, ходил к психиатру, принимал лекарство, через месяц все прошло. Вернулся на работу. Но родные заметили, что характер у него заострился: он стал немного более замкнут, излишне суховат, неожиданно резок. Он и раньше был таким, просто эти черты стали заметнее.

Достаточно ли этого, чтобы поставить диагноз «шизофрения»? Современная классификация болезней отвечает на этот вопрос с полной определенностью: недостаточно. Но мы уже знаем, что эта классификация — искусственная: она стремится к тому, чтобы диагноз ставился всеми психиатрами одинаково, по стандартным критериям, да и социальные проблемы она принимает во внимание. Но ведь хочется проникнуть в природу болезни; поэтому думать на эту тему приходится снова и снова.

Приходится признать, что существует два разных подхода и к представлению о границах, и к критериям диагностики болезни. Первый — научный. Его цель заключается в том, чтобы когда-нибудь понять, по какой причине и как именно развиваются психические заболевания, особенно эндогенные, те, о которых мы меньше всего знаем и которые причиняют людям

больше всего страданий. На этом пути главное — истина. Всем остальным придется пренебречь, иначе цель никогда не будет достигнута.

Но ведь речь идет о живых людях, которые страдают от клеймящего диагноза, которые с ужасом ждут слабоумия, если знают, что при шизофрении оно бывает. Практический подход к представлению о границах и к критериям диагностики болезни обязательно должен с этим считаться. Авторы международной классификации болезней приняли это во внимание. Поэтому критерии диагностики шизофрении в МКБ10 очень жесткие и сильно ограничивают возможность поставить этот диагноз. Такова вторая цель МКБ10 (первая, напомним, заключается в стандартизации диагностики): уменьшить частоту диагнозов, которые ведут к социальной стигматизации больных.

Я не думаю, что этой второй цели удастся достичь. Люди быстро узнают, что этикетка «шизотипическое расстройство» скрывает диагноз «вялотекущая шизофрения». Социальное отторжение больных будет уменьшаться по мере того, как будет улучшаться представление людей о психических болезнях. Тогда будет меньше страха, меньше недоразумений, больше сотрудничества между врачами и пациентами, больше понимания между профессионалами и обществом.

Следующая глава содержит описание важнейших психических заболеваний — и не только шизофрении.

Глава V УЧЕБНИК ПСИХИАТРИИ. ОСНОВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Расстройства, возникающие в результате психической травмы. Неврозы. Аффективное расстройство и шизофрения. Лечение психических заболеваний.

Отцы мои, уж кто в уме расстроен,
Так все равно, от книг ли, от питья ль;
А Чацкого мне жаль.
По-христиански так; он жалости достоин...

А. С. Грибоедов

Главная цель описания психических заболеваний, которые приведены ниже, — дать читателю правильное представление о том, что они собой представляют. Это нужно для того, чтобы попытаться улучшить положение страдающих ими людей. Надежда такого рода основана, во-первых, на том, что эти описания помогут преодолеть распространенные в обществе мифы о психических расстройствах и справиться с предубеждениями против психически больных.

Во-вторых, приведенные описания могут помочь *заподозрить* психическое расстройство; это важно, потому что из подобного подозрения вытекает идея посоветоваться с психиатром (надеюсь, что с предубеждениями, мешающими этому, справиться тоже будет легче).

Картина некоторых невротических и депрессивных состояний такова, что ни у окружающих, ни у самого больного очень долго не возникает мысль о болезни; а иногда такое расстройство «притворяется» соматическим заболеванием, обрекая больного на многомесячные бесплодные скитания по медицинским учреждениям.

Многие могут улучшить свою жизнь, заподозрив у себя или у родственника нечто подобное и посоветовавшись с психиатром по поводу того, насколько это подозрение обоснованно. Тысячи людей страдают, не ведая, что источник их страдания — болезнь, не зная, что тысячи других людей, излечившись, уже избавились от него.

Недавно нам удалось организовать «горячую телефонную линию» для тех, кто страдает депрессией. Мы провели несколько бесед по радио «Эхо Москвы», объясняя, каким образом можно заподозрить депрессию у себя или у своих близких, какие симптомы могут быть основанием для такого подозрения. Позвонив по телефону, можно было узнать, куда обратиться за консультацией и помощью.

«Горячая линия» работала всего месяц, но за это время туда позвонили сотни людей, которым раньше и в голову не приходило, что их муки могут объясняться болезнью. Многие выразили намерение пойти к психиатру. Если хоть один сделал это и выздоровел, я считаю, что все наши усилия оправданы: депрессия — одно из самых тяжелых страданий, которые могут выпасть на человеческую долю.

О том, что бывает от психической травмы

Внезапно обрушившееся несчастье, тяжелое потрясение, смерть близких, разлука с возлюбленным — интуитивно понятная и исстари признаваемая причина психической болезни. От этого сошли с ума и нежная Офелия, и неправедный королевский прокурор Вильфор, и множество других литературных персонажей. Психические расстройства из-за подобных событий действительно бывают, но выглядят они не совсем так, как представляли себе Шекспир и Дюма-отец.

Подавляющее большинство болезненных состояний, возникающих из-за психической травмы, кратковременно. Чаще всего они проходят самостоятельно, и надобности в медицинской помощи нет. Однако случаются и более длительные расстройства; тогда лечение (лекарственное или психотерапевтическое) бывает полезно или даже необходимо. Известно несколько таких болезней; наибольшее значение имеют невротические реакции, психогенная (или реактивная) депрессия и так называемое посттравматическое стрессовое расстройство.

Картина невроза разнообразна; людей, которые страдают невротическими расстройствами, множество; часто бывает трудно решить, что важнее в их происхождении — психическая травма или особенности конституции больного. Поэтому лучше остановиться на этих состояниях в следующем разделе.

Реактивная депрессия — болезненное расстройство настроения, которое развивается в причинной связи с психической травмой и отличается от обычной реакции на несчастье своей длительностью и интенсивностью.

Тяжело реагировать на несчастье свойственно каждому; но не зря говорят, что время — лучший доктор. В норме тягостные переживания скоро становятся мягче; мысли о несчастье мало-помалу вытесняются повседневными заботами и делами; воспоминания вызывают уже не отчаяние, а только печаль; постепенно настроение нормализуется, и жизнь входит в обычную колею.

При реактивной депрессии этого не происходит. Трагическое переживание сохраняет актуальность; слезы приносят облегчение лишь на короткое время; если днем в делах и суете как-то удастся отвлечься, то к вечеру тоска наваливается с новой силой; больному трудно заснуть, а когда это удается, его изматывают сновидения, отражающие пережитое. Больные жалуются на невозможность уйти от воспоминаний, на ощущение безысходности, они склонны снова и снова рассказывать о случившейся с ними беде, бесконечно взывая о сочувствии и поддержке.

Чаще всего в таком состоянии человек отдает себе отчет в его болезненном характере. Несоразмерность страдания тому событию, которое послужило его причиной, понятна больному; поэтому он ищет помощи и в дальнейшем активно сотрудничает с врачом, добиваясь выздоровления.

Иначе обстоит дело при другом заболевании, связанном с психической травмой, — при *посттравматическом стрессовом расстройстве*.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) у нас чаще называют «чеченским» или «афганским» синдромом. Это совершенно правильно, потому что его происхождение отчетливо связано с тяжелым, *запредельно тяжелым переживанием, которое выходит далеко за рамки обычного человеческого опыта*.

ПТСР не может возникнуть в ответ на развод или смерть близкого человека; войны, внезапные техногенные и природные катастрофы, грубое и угрожающее жизни насилие — вот ситуации, пережив которые, человек рискует им заболеть.

ПТСР описано сравнительно недавно. Это сделали американские психиатры, изучая психическое состояние ветеранов войны во Вьетнаме. К большому сожалению, частота этого расстройства на пространстве бывшего СССР должна быть очень большой — учитывая войны и трагедии, которые следуют одна за другой вот уже столько лет.

Впечатление, которое производят больные ПТСР на окружающих, приятным не назовешь. Они выглядят враждебными, замкнутыми, грубыми. С ними трудно разговаривать, потому что никак не удается достичь взаимопонимания, как будто говоришь с ними на разных языках. Часто кажется, что больной относится к тебе с презрением, держит себя нарочито вызывающе, «в грош тебя не ставит».

В связи с этим люди, страдающие ПТСР, с трудом устраиваются и с еще большим трудом удерживаются на работе; к тому же обычные требования к дисциплине оказываются для них неприемлемыми. Неблагоприятный «имидж» больных усугубляется их склонностью к спиртному и наркотикам. Все это способствует их отторжению; в результате они часто вовлекаются в криминальные структуры.

Но это только одна сторона медали. Субъективно ПТСР выглядит совершенно иначе. Это глубоко страдающие несчастные люди, раздираемые страшными воспоминаниями о пережитом; эти воспоминания внезапно, помимо воли возникают все вновь и вновь, наяву и во сне — что особенно страшно, потому что сон у них и без того нарушен, а когда удается заснуть, он прерывается кошмарами того же содержания. Тяжелое настроение преследует их постоянно. Оно усугубляется впечатлением, что большинство людей, которые не пережили того, что пережили они, не в состоянии их понять. Общаться же с товарищами по несчастью трудно по той причине, что это оживляет воспоминания, от которых так хотелось бы освободиться.

Запущенное, давно существующее посттравматическое стрессовое расстройство лечить трудно. Не только потому, что застарелые болезни вообще трудно лечить, но и в силу специфики расстройства: ведь врачи тоже кажутся им людьми, неспособными их понять. Поэтому в обыкновенные лечебные учреждения они обычно не обращаются.

В США эффективная помощь лицам, давно страдающим ПТСР, оказывают через сеть специализированных общественных учреждений. В России таких пока нет. Были сообщения о попытках организовать подобные учреждения. Неизвестно насколько они удались. В любом случае такие усилия нужно приветствовать, потому что система помощи больным ПТСР нам необходима.

Проще не допустить развития ПТСР, чем потом лечить его. Первый признак, говорящий о возможном впоследствии развитии ПТСР, — появление депрессивного состояния в первые дни или недели после стрессового события. Хотя это состояние часто воспринимается, как естественное («Еще бы! Человек такое пережил!»), хотя, как только что было сказано, в обычных ситуациях депрессивная реакция часто проходит сама, *при травмирующем событии исключительной силы этого ждать не нужно*. Лучше начинать лечение как можно раньше.

О том, в чем заключаются симптомы невроза

Термин *невроз* общеизвестен. В 1776 году его ввел в обращение шотландский врач Каллен (W.Cullen), и с тех пор им пользуются и врачи, и все остальные. Понятно, что в течение стольких лет смысл этого понятия сильно изменился, но основное его содержание, которое имел в виду еще автор, сохранилось: под неврозом понимают такое расстройство, которое зависит от нарушения деятельности нервной системы и не сопровождается изменениями во внутренних органах.

Иными словами, невроз — это функциональное расстройство (термин, который читателю уже знаком). Когда-то к числу неврозов относили множество болезней; однако по мере накопления знаний круг их сужался, и теперь так обозначают только определенные, сравнительно немногие болезненные состояния.

Страдают ими, однако, очень много людей. Поскольку далеко не все они обращаются за помощью, судить об их числе приходится косвенно, и цифры, которые приводят разные исследователи, колеблются очень сильно. Некоторые авторы полагают, что те или иные невротические нарушения можно обнаружить у 20% взрослых людей.

Существует множество классификаций неврозов. Для понимания, что такое невроз, эти тонкости значения не имеют; поэтому мы просто опишем самые частые невротические синдромы.

Тревога — пожалуй, главный из них. Ничем не объяснимое, неоправданное, но непреодолимое ощущение, что приближается какая-то неотвратимая беда, изматывает, не дает ни на чем сосредоточиться, лишает возможности уснуть, выполнить самую простую работу, даже просто развлечься. По любому поводу больной испытывает страшное волнение. Он боится, что не справится со служебными обязанностями, неправильно поведет себя при важной встрече, ошибется, принимая решение.

В начале этой книги обсуждалась разница между психозом и болезненными состояниями, которые психозом не являются. Подчеркивалось, что ощущения, похожие на симптомы последних, бывают и в норме, и любой из них можно обнаружить в собственном опыте. В самом деле, кто может похвастаться, что никогда в жизни не испытывал тревогу?

Особенность тревоги, как болезненного симптома, состоит в ее выраженности и длительности. При неврозе она продолжается неделями и месяцами, изматывая больного и лишая его вкуса к жизни. Терпеть это состояние не следует. Сходство болезненной тревоги с тревогой обычной приводит к тому, что человек не думает о болезни; поэтому большинство тех, кто страдает от невротической тревоги, не обращается за помощью. Это неправильно. Современная психиатрия располагает хорошими возможностями помочь при тревоге, и качество жизни больного улучшается очень заметно.

В противоположность тем, кто страдает от тревоги, больные *паническими атаками* обращаются к врачу почти всегда. У совершенно здорового до того человека внезапно появляется ощущение дурноты. Ему становится плохо; сердце колотится; темнеет в глазах; кажется, что нечем дышать, никак не удается вздохнуть полной грудью; сердце болит; боль становится все сильнее; человек покрывается потом; его охватывает нарастающая слабость и *страх, ужас*, чувство приближающейся смерти. Интенсивность всех симптомов (могут быть и другие неприятные ощущения в теле, кроме описанных) нарастает и достигает

максимума в течение нескольких минут. Больной старается сесть или лечь, просит окружающих о помощи.

Длительность панической атаки невелика. Самое тяжелое состояние продолжается несколько минут, иногда полчаса, редко — около часа. Понятно, что больного очень пугает перенесенный приступ, и, как только представляется возможность, он, естественно, идет к врачу. Совершенно понятно также, что идет он вовсе не к психиатру, потому что перенесенное состояние меньше всего похоже на психическое расстройство.

Дальнейшая судьба больного зависит от квалификации врача, к которому он обратился. Для психиатра диагноз панического расстройства нетруден; у врачей других специальностей он вызывает очень большие затруднения. Симптомы панической атаки слишком ярко указывают на болезнь сосудов или сердца, во время приступа *действительно* сильно учащается пульс и повышается артериальное давление; пациент совершенно не похож на *психически* больного.

Лечение сердечно-сосудистыми препаратами, которое обычно назначают в таких случаях, помочь не может. Приступы повторяются. Они заставляют человека с ужасом ждать их и, по возможности, избегать ситуаций, в которых они бывали. Больной перестает пользоваться городским транспортом, старается не бывать в толпе или в душном помещении, не выходить на улицу в жару... В тяжелых случаях больной оказывается не в состоянии просто выйти из дому или даже сойти с больничной койки.

К счастью, современные методы лечения позволяют психиатру достаточно быстро справиться с паническим расстройством. Приступы через несколько недель прекращаются. Правда, приходится долго лечиться и после этого, но ведь это лучше, чем болеть.

Навязчивости, или, как в последнее время принято их называть, *обсессивно-компульсивные расстройства* — еще один частый невротический синдром. Существует очень много их разновидностей: бывают навязчивые мысли, страхи, сомнения, движения, поступки. Но все навязчивости, в чем бы они ни заключались, обладают тремя обязательными одновременно существующими признаками.

Во-первых, навязчивое явление возникает «само по себе», помимо воли больного.

Во-вторых, больной понимает, что навязчивая мысль, страх или действие — нелепость (мать, испытывающая навязчивое желание ударить своего ребенка, прекрасно знает, что никогда в жизни этого не сделает).

В-третьих, больной всеми силами старается (но безуспешно) «отогнать» от себя навязчивое явление.

Повторим, что навязчивости очень разнообразны. Их описано несколько десятков. Вот несколько примеров.

Навязчивый страх загрязнения заставляет больного без конца мыть руки. В тяжелых случаях он делает это каждые полчаса, кожа становится красной и воспаленной, руки болят, человек страдает, но моет их снова и снова.

Навязчивые сомнения заставляют больного, выйдя из дому, возвращаться назад, чтобы проверить, запер ли он дверь или выключил ли газ. Он точно знает, что сделал это; тем не менее, как только он выходит на улицу, сомнения охватывают его с новой силой, и... приходится снова возвращаться.

Навязчивые мысли приводят больного в ужас: они ни с чем не сообразны, они противоречат всем ценностям, которым привержен больной, они кошмарны; он всеми силами старается отогнать их, но ничего не выходит, и голова все время полна кошмаров.

Разумеется, если навязчивости тяжелы, больные обращаются к психиатру: это состояние не спутаешь с соматической болезнью. Лечиться приходится долго; навязчивости очень упорны. Но в нашем арсенале появляются все новые возможности, и психиатры все чаще достигают успеха.

О том, что такое эндогенная депрессия и мания

Крепелин описал два самостоятельных заболевания — шизофрению и маниакально-депрессивный психоз (МДП, как его часто называли для краткости, или аффективное расстройство, как его принято называть теперь). Это заболевание заключается в том, что время от времени у человека вне всякой связи с обстоятельствами жизни возникают периоды резко пониженного или резко повышенного настроения: депрессия и мания.

Аффективное расстройство может возникнуть в любом возрасте. Женщины заболевают чаще, чем мужчины. Считается, что тяжелые депрессивные состояния возникают у них вдвое чаще; чем легче течет болезнь, тем больше разница. Некоторые исследователи обнаружили, что наиболее легкая депрессия встречается у женщин в семь раз чаще, чем у мужчин. Однако сами авторы подвергают эти данные сомнению. Нельзя исключить, например, что женщины просто охотнее обращаются за помощью. Есть данные, что мужчины часто пытаются преодолеть депрессию с помощью алкоголя, и расстройство настроения маскируется у них алкоголизмом.

Согласно классическому представлению о МДП депрессивные и маниакальные состояния в его течении строго чередуются и имеют примерно одинаковую длительность и частоту. Они разделены периодами полного психического здоровья, без признаков какого бы то ни было дефекта. Последнее очень важно: считается, что, в отличие от шизофрении, маниакально-депрессивный психоз не прогрессирует.

Приступы депрессии и мании при этом заболевании лишены способности изменять личность, и поэтому для них ввели специальный термин «фаза». Теперь фазой называют не только депрессивные или маниакальные состояния, но любое обострение психического заболевания (независимо от того, из каких симптомов складывается его клиническая картина), если оно не влечет за собой никаких изменений в личности больного. Долго считали, что МДП возникает преимущественно у людей с циклоидным характером: на формирование этого взгляда серьезнейшее влияние оказал Кречмер.

Со времен Крепелина и Кречмера многие представления изменились, — накопился опыт. Мы теперь знаем, что болезнь совсем не обязательно возникает у циклоидов. Депрессивные и маниакальные фазы не так уж строго чередуются. Более того, есть больные, у которых мания бывает очень редко, а есть такие, у которых она не возникает никогда. Мы знаем, что у подавляющего большинства больных депрессивные и маниакальные состояния никогда не бывают выражены так резко, как у тех, кого наблюдал Крепелин: он ведь жил в эпоху «больничной» психиатрии.

Поэтому слово «психоз» в названии болезни действительно неудачно, ведь психоза у большинства больных не бывает. Как уже говорилось, сегодня болезнь называется «аффективное расстройство»; если у больного бывают только депрессивные фазы, говорят о «монополярном» течении болезни, а если отмечаются и депрессивные, и маниакальные состояния, — о «биполярном». Конечно, фазы (даже у одного и того же больного) бывают очень разной продолжительности, и промежутки между ними тоже. Но одно представление осталось неизменным: личность больного аффективным расстройством (или МДП) действительно не подвергается изменению; в этом заключается основной отличительный признак болезни, который отграничивает ее от сходных по симптоматике вариантов течения шизофрении.

Как было сказано, изменение настроения при аффективном расстройстве возникает самопроизвольно, вне связи с внешними обстоятельствами. Это утверждение нуждается в комментариях. Дело в том, что если у человека портится настроение, он, естественно, старается понять, почему.

Нашу жизнь трудно назвать бедной на неприятности. Почти всегда можно вспомнить одну из них, — ту, которая предшествовала депрессии, — и поставить оба события в причинную связь. Но ведь еще римляне говорили «*после* не значит *вследствие*». Поэтому, если пациент считает, что депрессия у него развилась из-за психической травмы, врач должен дифференцировать оба заболевания: решить, с реактивной или эндогенной депрессией он имеет дело.

Часто думают, что врач делает это, оценивая «степень неприятности» (действительно ли она так велика, что могла послужить причиной депрессии). Подобное представление бывает поводом для упреков в субъективизме: «как вы можете судить, велика ли случившаяся неприятность? Ведь пациент наверняка оценивает ее иначе, чем вы!» Такие упреки — просто недоразумение: психиатр никогда не занимается подобными «измерениями». Он просто сравнивает симптомы, которые видит у пациента, с теми, которые свойственны реактивной и эндогенной депрессии. Пациент страдает той из них, с которой совпадает имеющаяся у него картина болезни. Поэтому даже если

развитию депрессии предшествовало очень тяжелое несчастье, психиатр иногда может утверждать, что оно только спровоцировало болезнь, но не было ее причиной.

Классическая картина эндогенной депрессии складывается из трех основных симптомов (как говорили старые психиатры, «из классической триады»): пониженное настроение; двигательное торможение; торможение интеллектуальных процессов.

В русском языке есть много слов, которые описывают характер плохого настроения, его оттенок: скука, хандра, подавленность, печаль, грусть, уныние, тоска, тревога. Настроение при классической эндогенной депрессии лучше всего описывается словом тоска.

При тяжелой депрессии больные говорят, что ощущают ее физически, указывая пальцем, «где она сидит»: за грудиной, в области сердца. Тоска причиняет почти физическую боль; случалось, что больных привозили в кардиологическое отделение с диагнозом «инфаркт миокарда»...

«Двигательное торможение» проявляется в том, что самые простые дела требуют от больного значительных усилий. Походка становится медлительной, жестикуляция — скупой, речь — тихой. Даже мимика становится бедной: лицо приобретает скорбное выражение, которое превращается в застывшую гримасу страдания.

«Интеллектуальное торможение» приводит к тому, что у больного появляется впечатление, будто он поглупел. Он жалуется, что стал плохо соображать, что не может собраться с мыслями, не может читать, не знает, как ответить на простой вопрос. Многие говорят, что у них ухудшилась память, что, дочитав страницу, они не помнят, о чем говорилось в ее начале.

На самом деле при депрессии не бывает ни оскудения интеллекта, ни дефекта памяти. Подобные ощущения — результат торможения, замедленности интеллектуальных процессов. Когда депрессия проходит, все они полностью восстанавливаются.

Повторим, что эти симптомы характеризуют картину классической эндогенной депрессии. Как все классические случаи, она встречается достаточно редко. Врачу обычно приходится сталкиваться с депрессивными состояниями, которые сильно отличаются от описанной модели.

Так, например, очень часто (особенно у пожилых людей) настроение характеризуется не тоской, а тревогой, хотя то и другое может сочетаться. Многие больные описывают свое настроение словом «апатия», которое, как известно, означает *равнодушное*, а не *плохое* настроение. Но при расспросе выясняется, что это «равнодушие» причиняет больному жестокое страдание...

Как это всегда бывает, в тех случаях, когда депрессия достаточно тяжела, она распознается без больших трудностей. И больному ясно, что он нездоров, и у врача не возникает сомнений в диагнозе. Но вот если депрессия выражена умеренно, а в особенности если она выражена сравнительно легко, — ситуация коренным образом меняется.

Врачи могут затрудниться в диагнозе, но до этого дело часто вообще не доходит, потому что люди не догадываются, что больны и вообще не приходят к врачу.

В многочисленных брошюрах, буклетах и других информационных материалах о депрессии, которых в последние годы издается много, обычно приводят важнейшие признаки, которые позволяют ее заподозрить. Их действительно важно знать, потому что современные лекарственные препараты достаточно быстро помогают большинству больных, и терпеть страдания, которые причиняет депрессия, в наше время просто не стоит. Вот эти признаки.

- Пониженное настроение.
- Утрата обычных интересов.
- Невозможность получить удовольствие от того, что обычно его доставляло.
- Повышенная утомляемость и снижение активности.
- Затруднения при попытке сосредоточиться.
- Снижение самооценки и неуверенность в себе.
- Склонность обвинять себя в разного рода ошибках и про-ступках.
- Пессимистический взгляд на будущее.
- Нарушение сна.
- Снижение аппетита.

В этом списке перечислено много симптомов. В каждом конкретном случае они совсем не обязательно возникают все.

Достаточно хотя бы двух-трех, которые держатся ощутимый промежуток времени (например, две недели), чтобы мысль о наличии депрессии стала обоснованной, а консультация с психиатром — хорошим шансом вернуться к нормальной жизни.

Существует особый вариант депрессии, который встречается настолько часто и причиняет столько бед, что его нужно описать отдельно. Этот вариант называется *маскированной* депрессией: она действительно «скрывается под маской» другой болезни. В отличие от больных «обычной» нетяжелой депрессией, те, кто страдает этим ее вариантом, почти всегда обращаются за помощью. Но вот врачи распознают ее с большим трудом, и больные маскированной депрессией скитаются из кабинета в кабинет так же, как больные паническим расстройством.

Любая депрессия создает ощущение не только душевного, но и физического неблагополучия. При маскированной депрессии оно выступает на первый план. Болезнь проявляется не столько плохим настроением, сколько плохим самочувствием — таким, каким оно бывает при «обыкновенных», соматических заболеваниях. Конечно, настроение тоже снижено, но это воспринимается как естественная реакция на нездоровье.

Жалобы выглядят привычными для врача «общего профиля»: слабость, недомогание, разбитость, боли или неприятные ощущения в теле. У некоторых больных эти ощущения более или менее постоянны (у одних — в области сердца, у других — в животе, у третьих — в пояснице), а у некоторых они «блуждают» и заставляют жаловаться то на сердце, то на суставы, то на желудок. Врач оказывается в трудном положении. Он ставит не очень уверенный диагноз (потому что жалобы больного и результаты анализов не слишком соответствуют друг другу), начинает лечить пациента (ведь нужно же помочь человеку), а результата нет. К тому же больной начинает испытывать неприятные побочные действия от лекарств, картина запутывается, доктор назначает повторные обследования и консультации.

Человек становится «хроником», постоянным посетителем поликлиники. В конце концов он начинает думать, что его диагноз не установлен, что как его правильно лечить, никто не знает.

Врач тоже теряет уверенность в правильности своего диагноза, потому что и лекарства действуют вовсе не так, как ожидалось, и обследование не приносит четких результатов.

Отсутствие ясных и полных результатов обследования, соответствующих предполагаемой соматической болезни, должно наталкивать на мысль о маскированной депрессии. К сожалению, врачи не всегда откровенны с пациентами, и поэтому косвенным признаком подобной ситуации служит назначение все новых анализов и консультаций. *Улучшения и ухудшения, которые наступают независимо от лечения, сами по себе,* — второй повод для такого подозрения. Ведь депрессия (типичная или атипичная, все равно) — всегда фаза, которая рано или поздно проходит. Третий повод — *стандартные симптомы депрессии*, которые всегда есть, хоть и приписываются естественной реакции на болезнь. Это те самые признаки, которые уже перечислялись: пониженное настроение, особенно в первую половину дня; невозможность получить удовольствие от чего бы то ни было; снижение работоспособности; ощущение оупения, нарушения памяти; расстройство сна; похудание.

И, наконец, последнее: маскированная депрессия встречается очень часто! Больше половины людей, постоянно посещающих поликлинику, страдают именно ею.

Мы уделили столько места описанию депрессии, потому что она встречается у слишком многих. Современные эпидемиологические данные говорят о том, что каждый пятый житель планеты хотя бы раз в жизни перенес депрессию. *Лечилось* по поводу депрессии не больше 3% жителей развитых стран. Сколько же людей страдает ею, не зная, что им можно помочь!

У депрессивного состояния есть антипод — *мания*. Ее симптомы — зеркальное отражение симптомов депрессии: повышенное настроение, повышенная двигательная активность, ускоренные интеллектуальные процессы. Если эти симптомы не слишком выражены, ни у больного, ни у членов его семьи не возникает и мысли о болезни. Наоборот, это состояние все расценивают как период полного благополучия, как время особой продуктивности. Человек чувствует себя прекрасно, почти не устает, легко справляется с множеством дел. Он для всего находит время, он весел, общителен, остроумен.

Разумеется, в таком состоянии больной не обращается за помощью и не нуждается в ней. Поэтому нерезко выраженные маниакальные состояния часто не распознают, в том числе и ретроспективно, когда этот больной обратится к психиатру в связи с депрессией. Создается впечатление, что речь идет о монополярном аффективном расстройстве. Такая ошибка важна не только с теоретической точки зрения. Дело в том, что существуют лекарственные препараты, которые способны постепенно стабилизировать настроение, устранить «качели», на которых оно колеблется то вверх, то вниз. При монополярном течении болезни их обычно не назначают. Если этот диагноз ошибочен (маниакальные фазы бывают, но не выявлены из-за их легкости), упускается возможность весьма эффективной помощи.

Конечно, если симптомы мании достаточно выражены, ее невозможно не распознать. Веселость больного переходит всякие разумные границы. Его активность становится непереносимой для окружающих; больной берется за множество дел одновременно, постоянно переключаясь с одного на другое и ничего не доводя до конца. Он делает множество ненужных покупок, растрачивая все имеющиеся деньги и делая долги, чем ставит семью в крайне затруднительное положение. Он говорит очень громко и много; голос становится хриплым; фразы остаются незаконченными — больному просто некогда договаривать их; время сна сокращается до двух-трех часов в сутки, все остальное время больной остается взбудораженным.

И при мании, и при депрессии может потребоваться госпитализация. При мании повод для этого очевиден: если поведение больного расстраивается уж слишком грубо, лечить его дома просто не представляется возможным. При депрессии главное показание для госпитализации — риск самоубийства. Он может быть очень велик. *Стремление к самоубийству — симптом депрессии*, а не черта характера больного; поэтому, если врач считает госпитализацию необходимой, не стоит выдвигать контраргументы вроде того, что «я знаю свою дочь, она никогда так не поступит». Стационарирование в психиатрическую больницу — неприятность; но разве можно сравнить ее с таким несчастьем, как самоубийство?

Пациенты часто спрашивают: «Чем я болен? Депрессией или шизофренией?» Вопрос сформулирован неправильно, на него нельзя ответить.

Депрессия и мания — синдромы, а не болезни. И депрессия, и мания может возникнуть при аффективном расстройстве, о котором только что говорилось, а может и при шизофрении.

Как мы видели, проявления аффективного расстройства достаточно многообразны. Но до многоликости шизофрении ему далеко.

О том, что такое шизофрения

Когда я был молодым психиатром, мне выпали честь и удовольствие слушать лекции Андрея Владимировича Снежневского. Во время одной из них он сказал, что проблемы современной психиатрии — это, в сущности, проблемы шизофрении. Эту фразу я помню всю жизнь, наверное, потому, что Андрей Владимирович был, как обычно, прав.

Шизофрения — очень сложное явление природы. Множество психиатров посвятили свою жизнь ее изучению, и, думаю, многим это еще предстоит. История ее исследования насчитывает немногим больше, чем сто лет. За этот срок мы сильно продвинулись, но до конца еще далеко.

Шизофрения встречается часто. В тех ее границах, которые признаются большинством психиатров мира, ее распространенность в течение жизни¹ составляет примерно 1%, то есть ею страдает один из каждой сотни людей. Эта величина отличается удивительной стабильностью: она не меняется со временем, она одинакова во всех странах, во всех слоях общества, во всех культурах. Как уже говорилось, риск заболеть шизофренией до сих пор не удалось связать ни с какими обстоятельствами жизни, ни с какими внешними вредностями, воздействиями или нагрузками.

Крепелин считал, что шизофренией заболевают только в молодости. Теперь мы знаем, что это не так. Наибольший риск действительно приходится на молодые годы (второе-третье де-

¹Распространенность в течение жизни — показатель, отражающий число людей, перенесших заболевание когда-либо в жизни, вне зависимости от того, каково состояние их здоровья в настоящее время.

сятилетие жизни), но накопилось огромное число наблюдений болезни, когда она начиналась и в раннем детстве, и в среднем возрасте, и в старости.

Так что приходится говорить только об определенной связи возраста и риска заболеть, не более того.

Мужчины и женщины заболевают шизофренией с примерно одинаковой частотой. Правда, мужчины чаще болеют одними формами шизофрении, а женщины — другими; но об этом чуть позже.

Течение шизофрении зависит от тех характеристик, которые описывались в предыдущей главе. С одной стороны, оно может быть непрерывным или приступообразным (то есть болезнь течет в виде обострений и ремиссий); с другой стороны, темп течения болезни может быть высоким, умеренным или низким. Простое сочетание этих характеристик дает достаточно разнообразие вариантов; другие особенности многократно увеличивает их число.

Остановимся на основных формах течения шизофрении, не забывая при этом, что имеется в виду лишь схема.

Легко понять, что наиболее тяжелая из них определяется сочетанием самых неблагоприятных особенностей всякой болезни: непрерывным течением и высоким его темпом. У человека возникает тяжелый психоз, в картине которого со временем появляются все новые симптомы. Поведение грубо расстроено; достаточно скоро (иногда уже через несколько месяцев) появляются признаки дефекта, которые отчетливы и несомненны. Постепенно эти признаки начинают преобладать, и в конце концов картина болезни определяется главным образом симптомами слабоумия.

Лечение, даже с помощью новейших лекарственных препаратов, приносит недостаточный эффект. Состояние улучшается, но лишь настолько, что больного становится легче содержать в больничном отделении. Выписать его домой затруднительно; если это и удастся, то обычно не надолго.

Такая форма течения шизофрении называется *злокачественной*. Иногда ее называют юношеской, поскольку она действительно чаще всего возникает в подростковом возрасте. Мужчины болеют ею чаще.

Болезнь протекает чуть легче, если темп ее прогрессирования не так высок. Ее клиническая картина не так богата симптомами; они гораздо медленнее меняются; симптомы дефекта развиваются не так грубо и не так быстро, а сам дефект бывает не таким глубоким. Тем не менее, эта форма течения болезни тоже очень тяжела: на всем ее протяжении состояние больного определяется психозом, в картине которого преобладают галлюцинаторные и бредовые расстройства.

Правда, лечение подобных случаев более успешно: гораздо чаще удается добиться послабления расстройств; нередко можно добиться настолько упорядоченного поведения больного, что его можно выписать из больницы. Многие обходятся без стационарирования очень долго, при условии, что продолжают принимать лекарства.

Эта клиническая форма шизофрении называется *параноидной*. Мужчины и женщины болеют ею с примерно одинаковой частотой.

Следующий абзац очень важен, пожалуйста, прочтите его внимательно.

Современная классификация болезней (МКБ10), которой обязаны пользоваться в официальных документах и российские психиатры, вкладывает в понятие «параноидная шизофрения» совсем другой смысл. Согласно ее критериям диагноз «параноидная шизофрения» ставится тогда, когда психоз с определенной симптоматикой длится больше двух месяцев. И это всё. Поскольку психоз такой продолжительности может быть и при гораздо более благоприятной форме шизофрении, никакой информации о тяжести болезни или о прогнозе ее дальнейшего течения такой диагноз не несет. Поэтому, встретив диагноз «параноидная шизофрения», нужно знать, в рамках какой классификации болезней он поставлен. В этой книге в понятие «параноидная шизофрения» (и в названия других ее форм) вкладывается тот смысл, который придается ему отечественной психиатрической школой.

У большинства больных, которых наблюдал Крепелин, описывая «раннее слабоумие», была злокачественная и параноидная шизофрения. Картина их болезни создала представление, что шизофрения и сумасшествие — одно и то же. По отношению к этим несчастным оно, пожалуй, справедливо. Но злока-

чественной формой страдает 2-4% всех больных шизофренией, а параноидной — 8-10%.

Иными словами, представление, которое распространяют на всех больных шизофренией, справедливо только по отношению к одному из каждых девяти или десяти.

Оставшиеся случаи шизофрении (то есть около 90% всех больных) относятся к не столь тяжелым ее формам. Самая частая из них — *приступообразная*; как следует из названия, главная ее особенность состоит в том, что болезнь протекает не непрерывно, а в виде приступов (обострений), разделенных периодами большего или меньшего благополучия (ремиссиями).

В рамках приступообразной шизофрении можно выделить множество вариантов: приступы могут быть частыми и редкими, короткими и длинными; в соответствии с этим и ремиссии бывают разной продолжительности; кроме того, ремиссии могут быть очень хорошими, когда здоровье восстанавливается практически полностью, а могут быть и похуже, когда некоторые психопатологические симптомы сохраняются и вне приступа. Изменения личности, свойственные шизофрении, возникают и у этих больных. Но они почти никогда не бывают такими глубокими, как при злокачественной и параноидной шизофрении.

В большинстве случаев все ограничивается специфическими изменениями характера, которые иногда бывают выражены весьма отчетливо, а иногда практически незаметны.

Чем более благоприятен вариант течения приступообразной шизофрении, тем больше преобладание женщин среди заболевших.

Приступ болезни — чаще всего психоз. Ремиссия, даже не очень хорошая, — это не психоз. Если в ее картине есть психопатологические симптомы, то они обычно относятся к числу невротических или аффективных. Понятно, что состояние психоза — самое тяжелое во всем течении болезни; именно эти состояния обычно вынуждают пациента лечь в больницу. Приступы психоза самым скверным образом сказываются на качестве его жизни, буквально «выкрадывая» ее часть. Разумеется, очень важно, *какова эта часть*, то есть сколько времени из жизни больного приходится на состояние психоза.

Как уже говорилось, это бывает по-разному. Длительность приступа колеблется между несколькими неделями и несколькими месяцами. Число приступов неодинаково. У большинства больных их немного. Бывает, что болезнь исчерпывается единственным приступом. Такие случаи — совсем не редкость: они составляют примерно четверть (точнее — 24%) всех больных приступообразной шизофренией. С другой стороны, есть больные, которые переносят десятки приступов. Правда, таких гораздо меньше, их число составляет доли процента.

Продолжительность ремиссий тоже колеблется очень сильно. Как обычно, крайности бывают редко: в отдельных случаях ремиссия длится всего несколько недель; с другой стороны, бывают ремиссии, которые продолжаются десятки лет. Чаще всего продолжительность ремиссии исчисляется годами, а не месяцами и не десятилетиями.

Однажды мы подсчитали, сколько (в среднем) времени из жизни больного приступообразной шизофренией приходится на состояние психоза. Оказалось, что в сумме оно составляет примерно 7% от общей продолжительности болезни.

Да, больные приступообразной шизофренией тоже бывают «сумасшедшими». Но справедливо ли *навсегда* клеймить человека этим ярлыком, если на состояние психоза приходится *два дня из каждого месяца его жизни*? Справедливо ли отравлять оставшиеся двадцать восемь дней предубеждениями, опасениями, настороженностью и пренебрежением?

Больному и без того нелегко.

Перечтите еще раз эпиграф к этой главе.

Примерно треть всех больных шизофренией страдает самой благоприятной и самой спорной из всех ее форм, — той самой *вялотекущей шизофренией*, которую «отменили» авторы современной классификации болезней. Эта форма получила свое название по той причине, что прогрессирование болезни в этих случаях происходит очень и очень медленно. Психотические симптомы (бред и галлюцинации) если и возникают, то в очень редуцированном виде, так что самые тяжелые эпизоды в жизни больных выглядят гораздо мягче, чем при других формах болезни. Расстройства поведения у них никогда не бывают столь грубыми.

Однако один из вариантов вялотекущей шизофрении характеризуется именно преобладанием бреда. «Редуцированность» этого симптома и отсутствие «грубых» расстройств поведения приводят к тому, что болезнь чаще всего остается нераспознанной. Речь идет о так называемой паранойяльной шизофрении; некоторые исследователи не исключают, что паранойя может быть самостоятельным психическим заболеванием.

Бред, возникающий при паранойе, характеризуется особенностями, которые очень сильно затрудняют его диагностику. Во-первых, он, как говорят, «монотематичен», то есть касается только одной темы: уж если у больного возник бред ревности, то только ревности, если изобретательства, — то только изобретательства. Паранойя — «болезнь одного пункта»; если его не касаться, человек выглядит вполне здоровым. Во-вторых, паранойяльный бред всегда бывает обыденным, никаких очевидно нелепых высказываний не бывает; поэтому утверждения больного звучат вполне правдоподобно. Наконец, в-третьих, паранойяльный бред всегда очень хорошо систематизирован. Это значит, что бредовые утверждения в изложении больного выглядят тщательно аргументированными; не бывает, чтобы на вопрос, почему больной так думает, он ответил «не знаю».

Темами паранойяльного бреда чаще всего бывают идеи преследования, ревности, изобретательства, «поисков справедливости» (в последнем случае говорят о «сутяжном бреде»). Больные причиняют окружающим множество неприятностей, а иногда (особенно при паранойе ревности) бывают по-настоящему опасными. Они редко обращаются к психиатрам, убедить их в такой необходимости трудно. Если это удастся, появляется хороший шанс улучшить жизнь и самого больного, и его семьи.

В большинстве случаев вялотекущей шизофрении психозов не бывает вообще. На протяжении всей болезни ее проявления ограничиваются возникновением невротических, психопатических или неглубоких аффективных расстройств, тех самых, которые свойственны другим заболеваниям, тем, которые объединяют в группу «пограничных состояний».

Особенности личности, характерные для шизофрении, свойственны и больным этой ее формой. Как и все другие симптомы, эти особенности выражены гораздо более мягко и сходны с обычными особенностями шизоидного характера.

Незначительная выраженность и мягкость расстройств, присущих вялотекущей шизофрении, порождают диагностические трудности. Даже наличие специфических особенностей личности не облегчают их, — трудно доказать, что они возникли вследствие болезни. Решающим для диагноза оказывается *прогрессирование* болезни: симптомы становятся более сложными, появляются новые, особенности характера нарастают.

О том, как лечат психические заболевания

XX век характеризовался тем, что лекарства занимали все большее и большее место среди методов лечения психических заболеваний. В наше время лекарственное лечение — не единственный, но преобладающий способ борьбы с ними. Самые старые способы (внезапный испуг, холодные обливания, кровопускания и другие подобные) стали достоянием истории, но некоторые более молодые, например, инсулиншоковая и электросудорожная терапия, с успехом используются и сегодня. Правда, теперь они применяются гораздо реже, чем раньше.

Из самых старых способов, придуманных еще во времена Пинеля, сохранило свое значение лечение трудом. В наше время оно стало частью так называемой социотерапии, включающей, кроме труда, множество других способов вовлечь больного в социальную жизнь (музыкой, живописью, другими занятиями, просто общением).

Сохраняют (а иногда увеличивают) свое значение психотерапевтические методы, в основе которых лежит разъяснение, обучение и (гораздо реже, чем раньше) внушение.

Однако значение лекарств в наше время несравнимо больше, чем значение всех других методов, вместе взятых. Поэтому начнем с них.

Лекарства имеют два важнейших преимущества: они более эффективны, чем другие лечебные мероприятия; использовать их гораздо проще. Поэтому они и заняли такое большое место среди всех способов лечения.

Но лекарства имеют и недостатки. Применение большинства из них связано с риском возникновения побочных эффектов (или, как говорят в последнее время, нежелательных явлений). Огромное их распространение привело к тому, что иногда ле-

карства назначаются недостаточно квалифицированно, что в свою очередь увеличивает риск осложнений.

Кроме того, применение психотропных препаратов породило собственные мифы: говорят, что с их помощью можно «разрушить организм», подчинить человека, лишить его индивидуальности, превратить в робота.

Неправильное, а тем более, злонамеренное использование любого лекарства (даже аспирина) может причинить вред. С помощью психотропных лекарств даже при желании невозможно превратить человека в робота или навсегда ослабить его умственные способности. Но причинить ему вред, конечно, можно. Мы не будем обсуждать ни неграмотность, ни злонамеренность. Назначение любого лекарства требует квалификации и добросовестности. Если эти условия соблюдаются, польза от них получается большая, а вред — минимальный.

Десятки психофармакологических препаратов, которыми пользуется современная психиатрия, принято разделять на три основные группы: нейролептики, антидепрессанты и транквилизаторы. Есть и другие, например, так называемые тимолептики, то есть лекарства, способные смягчать, а потом и устранять колебания настроения при биполярном аффективном расстройстве; противосудорожные препараты, которые используют при лечении эпилепсии и близких к ней заболеваний; препараты, улучшающие обмен веществ в мозгу; просто снотворные².

Самые известные препараты — *транквилизаторы*. Такие лекарства, как тазепам, элениум или седуксен известны каждому. Они используются очень широко не только психиатрами, но и врачами других специальностей, и предназначены для того, чтобы облегчить тревогу, улучшить сон.

Можно было бы просто написать, что *нейролептики* предназначены для лечения психозов, а *антидепрессанты* помогают при депрессии. Но это не совсем точно.

Нейролептики действительно помогают при психозах. Но, может быть, главное в их действии заключается в том, что они *тормозят прогрессирование* болезни, делают его медленнее, а

²Как это ни удивительно, но одни и те же лекарства иногда оказываются и противосудорожными, и тимолептиками.

иногда приостанавливают его. Более того. Когда у психиатров появился первый из нейролептиков (аминазин), выяснилось, что у части больных, у которых болезнь протекала непрерывно, *возникли ремиссии*. Иными словами, нейролептики способны не только снизить темп течения болезни, но и изменить его характер, превратить непрерывное течение в приступообразное. Понятно, что это значит для больного.

Нейролептики помогают не только тогда, когда у больного психоз. Они могут снизить темп прогрессирования психической болезни в очень многих других случаях, и не только при шизофрении. Этот эффект проявляется всегда, когда прогрессирование болезни имеет место, в чем бы оно ни проявлялось. Это полезно знать, потому что часто люди пугаются, когда им назначают нейролептики («значит, у меня шизофрения»). Действие нейролептиков (и других психофармакологических препаратов) неспецифично. Их назначение не связано с диагнозом, оно определяется характером расстройств и особенностями течения болезни.

Антидепрессанты действительно предназначены для борьбы с депрессией, поэтому с ними легче. Но несколько слов придется сказать и о них.

История создания антидепрессантов (впрочем, и нейролептиков тоже) довольно отчетливо разделяется на три периода. Сначала создавались препараты очень широкого действия; аминазин, например, «успокаивал»; у больного исчезало возбуждение (что очень хорошо), он начинал больше спать (что иногда хорошо, а иногда — нет), и у него понижалось настроение (что просто плохо). Поэтому позже постарались создать лекарства, которые более точно «нацелены в определенную мишень», то есть избирательно действуют на тот или иной симптом, входящий в картину болезненного состояния.

Получилось лучше, потому что появилась возможность выбирать препарат в зависимости от особенностей состояния конкретного больного. Например, антидепрессант мелипрамин обладает стимулирующим действием; его разумно назначить при депрессии, главные признаки которой — тоска и заторможенность. Другой антидепрессант — амитриптилин — обладает успокаивающим, а не стимулирующим действием.

При такой депрессии, как только что описана, назначать его нет смысла, а вот если в состоянии больного преобладает тревога, тогда он может помочь.

Беда в том, что в огромном большинстве случаев болезненное расстройство состоит из смеси этих особенностей. Назначив мелипрамин, чтобы преодолеть вялость больного, врач рискует стимулировать имеющуюся в его состоянии тенденцию к тревоге. Назначив амитриптилин, чтобы справиться с тревогой, возникает риск усилить вялость. Врач оказался вынужденным комбинировать препараты, добиваясь, чтобы недостатки одного компенсировались преимуществами другого.

Эти черты были свойственны не только антидепрессантам, но и нейролептикам «второго поколения». Врач оказался в трудном положении: добиваясь наилучшего эффекта, он комбинировал иногда четыре-пять лекарств. А ведь они еще могли вызвать нежелательные действия; чтобы предотвратить их, тоже нужно лекарство...

Вот и получилось, что врач неделями ломал себе голову, добиваясь наилучшей комбинации препаратов (а ведь мы ничего не сказали о дозах, которые тоже нужно подбирать с толком! Стандартная рекомендация «по одной таблетке три раза в день» чаще всего не имеет смысла). Несчастный пациент начинал ругаться: пусть даже лечение хорошо помогает, но легко ли запомнить очень и очень непростую схему, по которой нужно все эти пилюли принимать; да и приятно ли несколько раз в день глотать целую горсть таблеток?

Последнее поколение антидепрессантов и нейролептиков стараются сделать таким, чтобы можно было обойтись одним препаратом. Он должен действовать *на все симптомы*, которые требуется устранить, и *не действовать* на то, на что не надо. Некоторые новые лекарства достаточно принимать только раз в день, что, конечно, очень удобно. К тому же побочных явлений от новых лекарств меньше.

Эти препараты постепенно входят в повседневную практику. Главный их недостаток — цена. Лекарства эти очень дороги. Но, может быть, они станут дешевле. Или мы разбогатеем?

Несколько слов о механизме действия лекарственных препаратов, которые используются в психиатрии и о том, как они

создаются. Собственно говоря, это относится не только к психофармакологическим препаратам, а к лекарствам вообще.

Очень немногие из них делаются на основе знания сущности патологического процесса, на который они должны действовать. Пример такого лекарства — инсулин. Именно его недостаток виновен в том, что в организме больного диабетом неправильно перерабатывается сахар. Используя инсулин в качестве лекарства, можно справиться с этой проблемой.

Большинство лекарств создано совсем иначе. Флеминг *случайно обнаружил*, что плесень на питательной среде не дает размножаться бактериям. Его величайшая заслуга состоит в том, что он не прошел мимо этого наблюдения. В результате появились пенициллин и все остальные антибиотики. Первые эффективные лекарства для лечения психических заболеваний (резерпин, аминазин) введены в практику точно так же.

Препарат, который был предтечей аминазина, использовался в ветеринарии; Делей заметил, что при его применении животные становятся спокойнее. Гигантское количество психофармакологических лекарств, которые созданы за последние полвека, являются потомством аминазина в том смысле, что все они появились благодаря многочисленным модификациям его химической структуры, а также синтезу новых веществ, сначала очень похожих, а потом все менее похожих на своего прародителя.

Каждое из новых веществ, претендующих на роль лекарства, долгие годы испытывается на эффективность и безопасность. Те немногие, которые выдерживают испытания, попадают в наш арсенал.

Разумеется, в наше время хорошо известно, на какие биологические процессы действуют все эти препараты. *Но ограничивается ли их воздействие только этими процессами — вопрос.* Поэтому логическая цепочка типа «Данный препарат помогает при депрессии, биологически он действует на обмен серотонина, следовательно, за возникновение депрессии ответственны нарушения в обмене серотонина» выглядит недостаточно убедительной.

Медицина — эмпирическая наука. Может быть, когда-нибудь ситуация изменится. Но пока это так.

Психотерапия играет очень большую роль в лечении психических заболеваний. Нужно только ясно представлять себе, что это за роль, не расширяя, но и не суживая ее значение.

Самое важное (именно это обычно забывают), что любой контакт врача и пациента *содержит элемент психотерапии*. Говорят, что после беседы с хорошим врачом всякому больному становится легче. Это истинная правда, и облегчение возникает в таких случаях именно от психотерапевтического воздействия. Эффективность такого воздействия не связана ни с какими специальными методиками; она зависит, например, от того, насколько врач *умеет слушать* пациента.

Никогда не забуду случай, который произошел в первый год моей врачебной работы. Я начал принимать больных в диспансере и чувствовал себя очень неуверенно, потому что диспансер — не больница: врач сидит один на один с пациентом, посоветоваться ему не с кем, а время для размышлений ограничено. Поэтому я терпеливо и внимательно слушал, что мне рассказывают, стараясь услышать описание знакомых симптомов и понять, с какой болезнью пришлось столкнуться на этот раз. Однажды на прием пришла старушка. В моей памяти еще были свежи институтские познания о внутренних болезнях, и, слушая ее рассказ, я с нарастающим удивлением узнавал картину язвы желудка, болезни, которая в практике психиатрического диспансера по понятным причинам не встречалась. Разумеется, я сомневался; но, чем дольше она говорила, тем очевиднее становился диагноз. Наконец я решился перебить ее. «У Вас, мне кажется, язва желудка», — сказал я. «Я знаю, сынок», — ответила старушка и продолжала рассказывать. Такой обмен репликами повторился несколько раз. Потом я сказал, что у нас психиатрический диспансер, мы лечим психически больных, а язвой желудка занимаются терапевты. И тут старушка меня потрясла, причем на всю жизнь. «Я знаю, сынок, — сказала она еще раз. — Но мне рассказывали, что у вас в диспансере с больными *разговаривают...*»

Значение *личности психиатра* в успехе лечения очень велико. От того, насколько удачно сформировалась общая психотерапевтическая атмосфера в его взаимоотношениях с пациентом, зависит возможность их эффективного сотрудничества, а ведь в конечном итоге это самое главное.

В благоприятном случае можно терпеливо подбирать наилучшую комбинацию лекарств; пациент с пониманием следует

иногда обременительным рекомендациям относительно образа его жизни; всегда возможные ухудшения состояния не так обескураживают.

Если отношения не сложились, все получается наоборот, и рассчитывать на успех становится трудно.

Значение отдельных методик психотерапевтического воздействия на пациента определяется целью ее применения. Уже говорилось, что психотерапия редко применяется для *излечения* болезни; в сущности, подобную цель разумно ставить только при психогенных заболеваниях. Чаще всего психотерапевтическими методами лечат не болезнь; они помогают справиться с проблемами, которые она создает.

Несколькими страницами выше описывалось, что такое паническая атака. Один из самых тяжелых ее симптомов — страх. Именно он, страх смерти, лишает больного возможности ездить на метро или в автобусе, а то и вовсе заставляет сидеть дома. Психотерапия способна снять этот страх. Цель одного из ее методов состоит в том, чтобы *объяснить* пациенту, откуда берется страх, *добиться, чтобы он понял* его необоснованность, *научить* пациента *справляться* со страхом настолько, чтобы он как можно меньше мешал жить.

Постановка такой цели правильна; она вполне достижима; множество больных паническим расстройством живет благодаря психотерапии вполне нормально. Они научились жить, невзирая на болезнь.

Излечение большинства психических заболеваний — цель, которая психотерапевтическому воздействию недоступна. Если психотерапевт ставит ее перед собой или обещает нечто подобное пациенту, это говорит либо о недостаточной его квалификации, или о недостаточной добросовестности. Поскольку в наше время очень много частнопрактикующих специалистов, это полезно иметь в виду.

Чем тяжелее психическое заболевание, тем сильнее социальная изоляция больного. Она заключается не только в том, что человек вынужден долгое время находиться в больнице. Тяжелое впечатление, которое больной производит на окружающих; настороженность самого больного по отношению к тому, как новый человек к нему отнесется; все это и подобное этому

заставляет больного ограничивать свои контакты, избегать новых людей, иными словами, преимущественно сидеть дома.

Длительная социальная изоляция создает новые проблемы, которые связаны уже не с собственно болезнью, а с ненормальным образом жизни. Попросту говоря, человек словно разучивается вести себя так, как принято. Эти проблемы в свою очередь затрудняют общение; изоляция нарастает; проблемы, порожденные ею, усугубляются. Возникает порочный круг, который способен причинить не меньший ущерб, чем сама болезнь.

Социотерапия направлена на преодоление именно этих проблем. Пожалуй, единственный общепринятый ее метод — так называемая трудотерапия, то есть вовлечение больного в продуктивный труд. Трудотерапия используется во всех психиатрических учреждениях мира; среди методов лечения психических заболеваний, она, бесспорно, самый почтенный долгожитель. Еще основоположники научной психиатрии знали, что занятия трудом приводит к тому, что поведение даже самых тяжелых больных становится более упорядоченным, общение с ними облегчается, уход становится проще.

Эти старые наблюдения сохранили свою актуальность. Поэтому занятия трудом для самых тяжелых больных организуют внутри больничного отделения; как только появляется возможность, больного направляют в специальную мастерскую, которые организуют в каждой крупной больнице; после выписки больной при необходимости может продолжать в ней работать. Мастерские создают и при амбулаторных психиатрических учреждениях. Для некоторых больных, состояние которых не позволяет им работать на обычных предприятиях, такая мастерская служит местом постоянного трудоустройства. Помимо лечебного эффекта, работа приносит им и деньги, что играет отнюдь не последнюю роль.

Число других видов социотерапии огромно. Поскольку реальное значение имеет не конкретное ее содержание, а сам факт вовлечения больного в социальную жизнь, ее варианты зависят от вкусов и возможностей организаторов. Создаются разного рода клубы, кружки, учебные курсы, художественные мастерские, музыкальные салоны. Пациентов стимулируют посещать

выставки и представлять на них собственные работы, слушать концерты и принимать в них участие, смотреть спектакли в театре и осуществлять собственные постановки.

Разумеется, и выбор варианта социотерапии, и степень участия в ней пациента зависят от многих факторов, среди которых существенное место занимает характер имеющихся у него расстройств. Однако замечено, что они не всегда играют главную роль. Иногда очень тяжелые больные прекрасно работают в художественных и музыкальных клубах, создавая великолепные образцы созидательного и исполнительского искусства.

Высшей формой социотерапии является общественная активность больных, выражающаяся в создании и работе в собственных общественных организациях. Их роль выходит за рамки улучшения жизни самих больных. В развитых странах ассоциации «потребителей психиатрической помощи» стали важным элементом социальной жизни всего общества. В последней главе об этом будет сказано подробнее.

Глава VI УЗНАТЬ В ЛИЦО

Как распознают отдельные признаки болезни. Объективность психопатологических симптомов. Как распознают синдром, или почему на вопросы врача больной чаще всего отвечает «Да». Как же все-таки диагностируют психические заболевания?

И вдруг спина его выпрямилась, морщины разгладились, в тусклых глазах появился их обычный блеск, — возле огня сидел, посмеиваясь над моим удивлением, Шерлок Холмс.

Артур Конан Дойль

Когда мне было лет десять, моя мама очень поздно приходила домой. Жить было трудно, и она вечно брала «сверхурочную работу». К ее приходу я уже ложился спать, но, дожидаясь ее, не засыпал и радовался, услышав в тишине ночной улицы стук маминых каблучков.

Как описать, чем стук ее каблучков отличался от стука каблучков других женщин? Я не знаю. Не берусь. Но узнавал я его безошибочно. Мне кажется, я бы и сегодня его узнал.

О том, почему медицине нельзя научиться заочно

В медицинских институтах не бывает заочного отделения. Нашей профессии заочно научиться нельзя. Конечно, все симптомы, все синдромы и все болезни описаны в учебниках и руководствах. Эти описания необходимы. Они дают возможность примерно представить себе, как выглядит то или иное расстройство, узнать каково его происхождение и значение.

Но распознать симптом по описанию в учебнике невозможно, как невозможно узнать человека по его описанию в милицейской «ориентировке» («рост средний, лицо овальное, волосы русые...»)

Совершенно необходимо, чтобы преподаватель говорил студенту-медику: «Приложи стетоскоп вот сюда. Нет-нет, чуть левее. Чуть выше. Слышишь шум?». Совершенно необходимо, чтобы преподаватель повторял это много раз, потому что много раз студент будет удивляться и говорить, что у сегодняшнего

больного шум совсем не такой, как у вчерашнего. И только со временем, вдосталь поспорив с преподавателем, он вдруг умолкнет, потому что однажды, выслушивая очередного пациента, он вдруг услышит нечто очень знакомое. Он вспомнит, что это «знакомое» было у всех больных, которых его заставляли выслушивать. Что шумы, которые он у них слышал, отличались друг от друга не больше, чем меняется человек, когда снимает пижаму и надевает пиджак и галстук. Он поймет, что научился узнавать симптом, как узнают походку матери.

Симптомы (точнее, *клинические* симптомы, то есть те, которые можно обнаружить при расспросе и осмотре больного, а не путем анализов) распознаются именно так — узнаванием. Это в равной мере относится ко всем симптомам — простым и сложным, соматическим и психопатологическим. Психопатологические симптомы, точно так же, как симптомы соматические, *существуют объективно*. Их нельзя выдумать. То, что такой симптом выявляется с помощью расспроса или наблюдения, а не с помощью стетоскопа, не делает его менее узнаваемым.

То, что психопатологические симптомы тоже распознаются «узнаванием», обычно вызывает недоумение. «Как же так? — говорят оппоненты. — Если человек бледен или худ, мы понимаем: доктор это видит. Если у него шум в сердце или хрипы в легких, мы тоже понимаем: доктор их слышит через свою трубочку. Наверное, правда, что шумы и хрипы бывают разные, и мы согласны, что врач должен уметь узнавать эту разницу. Но ведь и худоба, и бледность, и шумы, и хрипы существуют *объективно*. Они не зависят от того, что говорит больной. А ваши так называемые психопатологические симптомы — это что такое? То, что больной рассказывает? Но ведь он что хочет, то и рассказывает! Проверить ведь ничего нельзя! О каком же узнавании может идти речь? А если он просто выдумывает?»

В возражениях оппонентов есть своя правда. Люди, действительно, могут выдумывать — и здоровые, и больные.

Когда я был студентом и начал изучать психиатрию, я получил первого в своей жизни больного. Мой пациент выглядел мрачно, горло у него было перевязано грязным бинтом. Я прилепился рядом, и он поведал мне свою историю — вот уж, действительно, «нет повести печальнее на свете»!

Он служил в армии, а когда вернулся, оказалось, что мать его умерла, дом сторел, а невеста вышла за другого. Он этого дела не выдержал и — глупо, конечно, — но решил умереть. И перерезал себе горло. Умереть не умер, а попал в психиатрическую больницу («у нас ведь, сами знаете, если на себя руки наложил, значит, сошел с ума»).

Я был возмущен. На следующий день я докладывал своего больного на занятии. Наш преподаватель (он был умный человек и хороший психиатр) внимательно слушал. Я кончил пламенную речь и замолк. «Ну, коллега, — сказал он, — что же вы замолчали? Ваше заключение?» Я стоял, многозначительно потупясь. «Говорите, — ободрил меня преподаватель, — не стесняйтесь. Вы, видимо, полагаете, что произошла ошибка, и что парень лежит в больнице напрасно?» Я с достоинством согласился, что именно так я и думаю. «Бывает, — сказал он, — давайте посмотрим».

Позвали больного. «Здравствуйте, — сказал преподаватель. — Ну, как шпионы?» «Кошмар, — ответил больной. — Допекли меня совсем. Вчера один приходил под видом студента. Ну, я ему такого наплел...»

Не стану описывать, что я почувствовал. В свое оправдание могу только сказать, что этот первый свой опыт я запомнил на всю жизнь.

В чем заключалась моя ошибка?

Нетрудно было догадаться, что раз мне предложили поговорить с больным, то уж, наверное, какие-то психопатологические расстройства у него есть. В истории, которую рассказал больной и которую я так незадачливо пересказал на занятии, *нельзя было узнать ни одного симптома*. Я обязан был сообразить, что это значит: пациент не хочет их со мной обсуждать (почему не хочет — другой вопрос). Я должен был расспрашивать пациента снова и снова и, если бы мои старания так и не увенчались успехом, должен был честно сказать, что ни одного симптома выявить не смог.

Все, что говорит врачу больной, можно разделить на две части. К первой относится все то, что не имеет отношения к симптомам болезни — неважно, правдивы эти рассказы или нет. Вторая часть содержит описание симптомов.

Обе части принципиально отличаются друг от друга. Все, что относится к первой из них, — продукт жизненного опыта каждого человека. Поэтому рассказы, составляющие эту часть, разнообразны, как сама жизнь. Симптом — явление, которое с жизненным опытом больного не связано. Оно — продукт болезни, и у тысяч людей, заболевших этой болезнью, — старых и молодых, умных и глупых, образованных и неграмотных, — *возникает одно и то же явление*. Поэтому во второй части своих рассказов все больные говорят *одно и то же*. От их личных качеств, разумеется, зависит, *как* они это делают, но (в принципе) это та самая разница, которую мы слышим у разных больных с одним и тем же шумом в сердце. Конечно, бойкий на язык и молчаливый будут описывать свой симптом по-разному. Но суть дела от этого не меняется.

Знаете, как в сложнейшем сплетении звуков симфонии вдруг слышишь знакомую тему? Примерно того же ждет и психиатр, расспрашивая своего пациента.

Пытаясь объяснить, что такое бред, я написал, что нет смысла задаваться вопросом, соответствует ли действительности подозрительная идея. Однажды мне пришлось выступать в суде в качестве эксперта. Судили человека за то, что он из ревности чуть не убил жену. Женщина действительно не была похожа на Пенелопу, — это было доказано в ходе судебного разбирательства. Тем не менее, я был уверен, что человек этот болен, что у него *бред ревности*. На чем базировалась моя уверенность? На том, что, когда человек этот описывал свои подозрения, я услышал *шаблонный рассказ*, такой, какой я много раз слышал до того и много раз — после. На том, что этот рассказ содержал *описание симптома*, а не жизненных обстоятельств, — именно поэтому он и был шаблонным. На том, что я этот шаблон *узнал*.

«Ну, что же, довольно убедительно звучит, — скажут оппоненты. — Особенно лихо про музыкальную тему получилось. Но она, между прочим, все-таки *на бумаге написана*, знаете, такими крючочками. А ведь вы, психиатры, все равно слышите только *рассказ*. Сколько бы ни говорить о его шаблонности, рассказ есть рассказ, и это очень ненадежная штука. А что, если ваш женоубийца просто прочитал про бред ревности в учебнике и потом говорил то, что в таких случаях полагается?»

Шум в сердце по своей воле не создашь, а пересказать учебник — дело не больно хитрое! О какой же объективности можно тут говорить?»

Конечно, описание бреда ревности (и любого другого психопатологического симптома) можно прочесть в книжке и добросовестно пересказать все прочитанное. Поэтому кажется, что симулировать психическое расстройство не составляет большого труда и, следовательно, все разговоры об объективности этих симптомов — просто борьба за честь мундира. Однако это только кажется.

Шум в сердце — это не просто звук, которого не должно быть в норме. Это *особый* звук, он имеет свой характер, свой оттенок, свою локализацию. Описать все эти детали невозможно; поэтому нельзя стать врачом, читая учебник; поэтому преподавателю приходится много раз смотреть, куда прикладывает свой стетоскоп студент, и требовать, чтобы он переместил его «чуть левее» или «чуть выше». Когда студент научится улавливать все эти детали, он сможет идентифицировать шум в качестве определенного симптома, отличая его от других, более или менее на него похожих, — например, он научится отличать шум в сердце от тех звуков, которые возникают от прикосновения стетоскопа к телу больного. Их очень много, этих звуков, и, кстати говоря, они — по неопытности студента — с большим успехом «симулируют» сердечные шумы. Преподаватель сначала не понимает, о чем студент спрашивает (сам он этих звуков просто не слышит), а когда поймет, — удивится: «О чем ты говоришь?! Это же просто волосок прошелестел по мембране стетоскопа!»

Поэтому медицине нельзя научиться заочно. Слишком много мелочей — очень важных мелочей! — встречается на каждом шагу, и эти «мелочи» решают дело. Именно они делают каждый симптом самим собой и позволяют его узнать.

Так что симулянту придется не просто пересказать учебник. Он должен знать не только *что* рассказать, но и *как* рассказать. Он должен учесть все «мелочи», чтобы его рассказ содержал все оттенки и детали, присущие тому симптому, о котором идет речь... Если мы имеем дело не с симулянтом, а с больным человеком, все эти детали и оттенки *всегда* содержатся в его рассказе. Они и придают этому рассказу объективный характер.

О том, почему так трудно симулировать

Но все-таки, — спросит оппонент, — все-таки очень интересно: можно симулировать психическое расстройство? Ведь об этом столько говорят и пишут, столько об этом фильмов и книг..

Теоретически — можно. Можно представить себе блестящего актера, который одновременно — блестящий психиатр. Можно представить себе, что успех симуляции для него — жизненная необходимость. Наконец, можно представить себе, что симулировать ему придется не слишком долго. Тогда — пожалуй.

Практически это почти невероятно. Разве что психиатр неопытен или ему все равно. Такие варианты мы обсуждать не станем, потому что если человек делает свою работу плохо, то может случиться все, что угодно.

Но ведь это еще не все. С «узнавания» симптома работа только начинается. Ни один врач — конечно, и психиатр в том числе, — не строит диагностические предположения на основании только одного симптома.

Симптомы *никогда не появляются в одиночестве*. Их непременно сопровождают «родственники». Нетрудно понять почему: ведь представление об изолированном, чистеньком, препарированном симптоме — не более чем абстракция, придуманная людьми, чтобы легче было изучать предмет. Когда человек заболевает, у него возникает болезненное состояние, которое всегда состоит из многих симптомов. В природе симптом существует *только* в структуре синдрома.

Распознавание симптома — это только самое начало диагностической работы, ее первый, скорее даже не первый, а предварительный ее этап. Сделав это, врач определяет направление своих дальнейших размышлений (как говорят, «очерчивает круг дифференциальной диагностики»). Он ведь знает, в структуре каких синдромов этот симптом может возникнуть¹. И он начинает задавать пациенту вопросы, смысл которых состоит в вы-

явлении других симптомов, тех, которые в данном случае составляют его «родню».

Родственники бывают разные — близкие и дальние, по отцу и по матери, тетки и племянники, сватья, зятя, невестки и так далее. Когда с ними встречаешься, *ведешь себя по-разному*, потому что одна компания может сильно отличаться от другой: все зависит от того, какие именно родственники собрались за столом. Примерно так же обстоит дело и с симптомами.

У каждого из них тоже много «родни», и он встречается то в одной «компании», то в другой. Подобно хозяину застолья, «поведение» симптома зависит от «компании»: в структуре каждого синдрома симптом приобретает характерные особенности, отличные от тех, которые обнаруживаются у него в структуре другого. Поэтому, как только симптом распознан, врач задает пациенту новые вопросы, направленные на то, чтобы определить имеющиеся у него *особенности симптома*: они подскажут, какова его «сегодняшняя компания», или хотя бы позволят исключить из дальнейших размышлений некоторые из тех, которые в принципе возможны.

У больного человека *все подобные особенности обязательно выявляются*. Симулянту придется их выучить и изобразить. Разумеется, ему придется выучить и «состав компании», на которую указывают эти особенности, а через несколько минут он столкнется с необходимостью «представить каждого из ее членов», то есть описать те другие симптомы, из которых складывается данный синдром.

И каждый раз придется описывать новые особенности, — ведь они есть у всех симптомов, из которых состоит синдром, и у каждого симптома эти особенности свои. Обмануть опытного психиатра — воистину непосильная задача...

Во время консилиума, когда несколько врачей осматривают пациента, и каждый задает ему свои вопросы, бывает очень занятно подсчитывать, насколько часто пациент отвечает «Да». Чем опытнее врач, тем чаще такие ответы. Тем чаще пациент с изумлением восклицает: «Доктор! Откуда вы знаете?.. Это именно так и есть!»

Опытный врач, сам того не осознавая, уже с первых минут беседы с больным распознает и учитывает множество деталей,

¹Каждый симптом может встречаться в составе многих синдромов. Кашель, например, может возникнуть в структуре катарального синдрома (при простуде), при отеке легких, во время приступа бронхиальной астмы и при множестве других состояний.

— точно так же, как мы поступаем, узнавая в толпе своего знакомого. Как больной держится, как разговаривает, свободен он или напряжен, откровенен или скрытен, доверчив или подозрителен, — все эти тонкости непременно принимаются во внимание, потому что они могут быть важными «подсказками», определяющими направление дальнейших расспросов. Эти «подсказки» — тоже симптомы. Пока пациент излагает свою основную жалобу, — ту, которая привела его на прием, — врач распознает не только тот симптом, о котором говорит пациент, но и несколько других. В результате та «компания», в которой встретился основной симптом, становится для врача более или менее понятной. Дальнейшие его вопросы направлены на то, чтобы уточнить сложившееся у него представление, подтвердить или опровергнуть предположение о том конкретном синдроме, который определяет состояние пациента.

Зачем врачу это нужно?

Вопрос о том, не симулянт ли перед ним, в реальной работе психиатра возникает редко (если не говорить о специфических ситуациях, таких, например, как судебно-психиатрическая экспертиза). Но, поскольку мы уже заговорили о симуляции, закончим с этой темой. Если у пациента можно выявить только *один* симптом (каким бы безошибочным ни представлялось его «узнавание»), — врач встретился с симулянтом. Это, как модно сейчас говорить, однозначно. Но этого мало. Если симулянт описывает несколько симптомов, но *их сочетание случайно*, не соответствует тому, что бывает в природе, — он немедленно разоблачается. Если он пытается описать целый *синдром* (надо же, какой молодец!), но составляющие этот синдром симптомы не обнаруживают неповторимой окраски, которая свойственна каждому из них при всяком естественном их сочетании — он опять-таки разоблачается, только чуть позже. Поэтому первая (обычно не слишком актуальная) надобность в квалификации синдрома с учетом особенностей всех составляющих его симптомов — это исключить симуляцию.

В повседневной работе врача идентификация синдрома направлена на решение других, практически гораздо более важных задач. Во-первых, необходимость и характер неотложной помощи больному часто диктуется именно синдромом, а не

болезнью. Если у человека случился гипертонический криз (а это синдром, состояние), его нужно как можно скорее устранить; способы борьбы с гипертоническим кризом мало зависят от того, возник ли он в результате гипертонической болезни или заболевания почек. Во-вторых, квалификация синдрома — первый шаг к распознаванию болезни.

В психиатрии это особенно трудный этап диагностики. Ведь мы, психиатры, действительно лишены тех огромных диагностических возможностей, которыми располагают другие отрасли медицины. Мы не можем ни высеять микроб, возбудивший болезнь, ни обнаружить недостаток или избыток какого-нибудь вещества в крови пациента.

Поэтому самые распространенные психические болезни (шизофрению, расстройства настроения, неврозы) распознаются только по их клинической картине. Нам пришлось так много говорить о том, что есть болезнь, потому что для психиатра это представление — насущная необходимость, инструмент диагностики, основа его профессионального мировоззрения.

О том, почему психиатр так долго расспрашивает пациента

Как уже говорилось, диагностические критерии МКБ10 стандартны и просты. Вот, например, как диагностируется в этой системе шизофрения. Приведен список, который содержит перечень двух групп симптомов. В первой из них — четыре самых тяжелых, во второй — пять более легких. Далее сказано, что «обычным требованием для диагностики шизофрении является наличие, как минимум, одного четкого симптома (или двух менее отчетливых симптомов), принадлежащего к первой группе, или двух симптомов из второй группы, которые должны отмечаться на протяжении большей части эпизода длительно-стью один месяц или более».

Все. Диагностический процесс закончен. Единственное, что мы узнаем из такого диагноза, — у больного был какой-то (или какие-то) из нескольких известных симптомов, и эти симптомы держались у него не меньше месяца. Правда, *это* мы знаем наверняка. Но, ох, как этого мало. Поэтому психиатр, обладающий нозологическим мировоззрением, прибегает к «двойной

бухгалтерии»: он быстро ставит диагноз МКБ10 в официальном документе и долго размышляет над тем, чем же страдает его пациент на самом деле.

Размышлять об этом иногда приходится неделями и месяцами. Есть случаи, которые так и остаются неясными, а есть такие, которые уверенно (но по-разному!) диагностируются представителями разных школ. Но с точки зрения науки, с точки зрения возможности когда-нибудь все-таки узнать точно, что такое психические болезни и отчего они бывают, этот путь представляется более перспективным.

Сделаем рискованное утверждение. Шизофрению тоже можно «узнать в лицо», не утруждая себя длительным исследованием больного. Как это получается, описать невозможно, как, по-видимому, вообще невозможно описать «технологии узнавания». Но это знает каждый опытный психиатр.

Существует даже старый термин, созданный на смеси латинского и немецкого языков, — «Praesox Gefuhl», что в вольном переводе означает «чутье на шизофрению». «Praesox Gefuhl» срабатывает (и подтверждается) настолько часто, что это наверняка не случайность.

Как-то раз одна из крупных представительниц нашей профессии была в кино. На следующий день за чаепитием коллеги обсуждали фильм. «А знаете, — сказала она, — ведь актриса N. больна. Как бы не пришлось нам ее лечить...» Через несколько лет (!) после этого разговора N. поступила в нашу клинику.

Понятно, такое «узнавание» никогда не кладется в основу диагноза. Однако оно существует; это значит, что облик больного шизофренией, его манера держаться и жестикулировать, особенности его походки и речи, — все это содержит подсказки, которые представляют собой тончайшие, никем еще не описанные симптомы. Возможно, именно они и являются специфичными для шизофрении, составляя ядро симптоматики всех ее форм и вариантов.

Разумеется, диагноз ставят, основываясь на более структурированной информации.

Вернемся к тому моменту, на котором мы остановились, — к моменту, когда доктор понял, каково состояние его пациента, когда он распознал возникший у него синдром.

Каждый, кого хоть раз в жизни подробно осматривал врач, знает, что он обычно задает вопросы, вроде бы никакого отношения к болезни не имеющие. У психиатра таких вопросов особенно много. Когда и где родились, чем болели, как учились, кем работали, много ли друзей, есть ли дети и во что с ними играете, что предпочитаете кушать на второе и так далее, и тому подобное. Получается, что пациент подробнейшим образом рассказывает доктору свою биографию и часто недоумевает — зачем это понадобилось. Помните булгаковского Иванушку, который «попал в какой-то таинственный кабинет затем, чтобы рассказывать всякую чушь про дядю Федора, пившего в Вологде запоем»?

Психиатру *биография* пациента вовсе не нужна. Он использует ее факты и события, чтобы узнать, *каким был пациент* в последовательные периоды его жизни. Хорошая история болезни — не биография, а психологический портрет пациента во времени. Такой портрет позволяет понять, когда в душевном состоянии пациента появились *первые симптомы*, и какие именно. Если это удастся, мы, во-первых, узнаем, давно ли возникла болезнь, во-вторых, постараемся выяснить, какой синдром возник первым в ее течении. Потом понадобится выяснить, *какой синдром* возник вслед за первым, какой был следующим, — и так далее, сколько уж их наберется до сегодняшнего дня. Иными словами, психиатр старается восстановить картину болезненного расстройства во всей ее совокупности — так, как требовал еще Крепелин.

В результате этой кропотливой работы психиатр получит материал для диагноза *болезни*. Ах, если бы можно было просто сделать анализ крови! Сколько времени и сил можно было бы сберечь, сколько сэкономить чернил, потраченных на дискуссии! Но нет такого анализа, и приходится базировать свои диагностические построения совсем на другом принципе.

Каждая болезнь имеет собственный, присущий только ей *стереотип развития*, учил, вслед за Крепелином, А. В. Снежневский. Что это значит?

Мы знаем — один и тот же симптом встречается при разных синдромах. Мы знаем, что и синдром — один и тот же! — может встречаться при разных болезнях. Поэтому и синдром, и, тем

более, симптом говорят о диагнозе мало. *О нем говорит определенная последовательность появления определенных синдромов.*

Проще говоря: допустим, что существуют синдромы А, В, С и D. Если заболевание протекает, как $A \rightarrow B \rightarrow C \rightarrow D$, это болезнь «Х», если $D \rightarrow A \rightarrow B \rightarrow C$, то это болезнь «У», а если $D \rightarrow B \rightarrow C \rightarrow A$, то это болезнь «Z». Для того чтобы решить, которой из этих трех болезней страдает наш пациент, нужно, во-первых, выявить в истории его болезни эти синдромы, а во-вторых, установить, в какой последовательности они у него появлялись. Как только это удастся, диагноз готов. (Разумеется, это всего лишь очень грубая схема.)

Можно, конечно, поставить диагноз «Х», не дожидаясь появления синдрома «D» или даже «С». Больной ведь не обязательно будет дожидаться последнего в этой цепочке состояния, он может обратиться за помощью гораздо раньше, к чему, кстати говоря, врачи настойчиво призывают. Что тогда получится? Тогда врач сможет ответить на почти обязательный вопрос своего пациента «Доктор, а что со мной будет дальше?» Будет «С», а потом — «D». Поставив диагноз *болезни*, врач получил возможность *прогноза*. Это очень важно и практически (нужно ведь ответить пациенту на его вопрос), и теоретически, потому что оправдавшийся прогноз подтверждает диагноз. Кроме того, конечно, каждый оправдавшийся прогноз — лишнее доказательство, что психические болезни действительно существуют в природе, а не выдуманы нами, психиатрами.

Таковы критерии распознавания самых частых психических болезней. Наука не стоит на месте, и диагноз некоторых заболеваний — болезни Альцгеймера, например, — теперь можно надежно подтвердить данными компьютерной томографии. Но шизофрения, аффективные болезни и невроты диагностируются сегодня именно так.

Это создает сложности (и академические, и практические, и социальные), но что же делать. Ведь не всегда же, прежде чем поздороваться с приятелем, мы требуем у него паспорт. Бывает, что и так не ошибаемся.

Глава VII ДИАГНОЗЫ И ЯРЛЫКИ

Престижные и не престижные болезни. Несколько слов о политической технологии. «Мягкие» и «жесткие» ярлыки. Общественное мнение и психиатрический диагноз.

Давно в обиходе у нас ярлыки,
По фунту на грошик на медный...
Булат Окуджава

Как-то в городе Томске мы коротали вечер в гостинице с одним известным сибирским психиатром. В отличие от большинства коллег он работал в «обыкновенной» многопрофильной больнице, и его интересы были сосредоточены на психиатрических и психологических проблемах, с которыми можно столкнуться в ее стенах. Расхаживая по гостиничному номеру, он с увлечением объяснял мне, что болезни бывают «престижные», а бывают — наоборот, и для психологического состояния больного очень важно, какой, с этой точки зрения, болезнью он страдает. «Попробуйте себе представить, — говорил он, — что вы сидите на ученом совете, и у вас вдруг стало нехорошо с сердцем». Я — с некоторой неохотой — попробовал. «Что начнется! — продолжал он весело. — Все забегают, засуетятся, прервут заседание, принесут капли, а потом долго будут друг друга предупреждать, чтобы вас не волновали, потому что у вас сердце. Правильно?» Я поспешил согласиться, надеясь, что мы перейдем на более оптимистическую тему. «А теперь представьте себе, — не унимался он, — что вы больны не сердцем, а геморроем. Вообразите, — все то же самое, ученый совет и так далее, вам стало нехорошо, только не с сердцем... Что будет?!»

Ничего подобного представлять себе не хотелось, и я решительно заговорил о другом. Но сказанное коллегой запомнилось. Можно ли назвать психические болезни «непрестижными»? И вообще, — каким образом понятие «престиж» может быть связано с болезнью?

О том, почему царю было выгодно объявить Чаадаева сумасшедшим

Обсуждение вопроса о том, были или не были Чаадаев и недавние советские диссиденты психически больны на самом деле выходит далеко за рамки задач этой книги. Но вот обсудить, почему и Николаю I, и советским властям было, безусловно, *выгодно считать их всех больными*, вполне уместно уже сегодня.

Причина, по которой им это было так выгодно, очень интересна. Как ни странно это звучит, она сродни причине острого интереса публики к подробностям частной жизни эстрадных звезд. В самом деле, — почему люди с такой охотой раскупают многочисленные газеты, в которых повествуется, что такая-то звезда разошлась с таким-то и вышла замуж за такого-то? И что ее новый муж вступил в свой четвертый брак, причем из первых трех один был зарегистрирован в загсе, другой совершен по церковному обряду, а третий продолжался всего полгода?

Удивительно, правда? Казалось бы, какая разница, была звезда замужем или нет, и если да, то сколько раз. Поет-то она все равно хорошо (допустим), независимо от числа мужей! Так нет же — «давай подробности».

Подобный интерес основан на том, что почитателю эстрадной звезды совершенно необходимо удостовериться, что она — звезда — точно такой же человек, как он сам. Со своими заботами, со своими удачами и неудачами, со своими счастливыми и несчастливыми влюбленностями, — словом, со всем тем, что случается и с ним, с почитателем. Удостоверившись в этом, почитательница с наслаждением обсуждает с подругой миллионные затраты звезды на очередную свадьбу, лелея (может быть, таясь от самой себя) нехитрую аналогию «она-то смогла, так, может, и я когда-нибудь...»

Иными словами, людям свойственно желание видеть в своих кумирах сходство с собой. «Она такая же, как я». Пусть талантливее, умнее, красивее, — все, что угодно, но в принципе — *она такая же, как я*, и это самое главное. Снова и снова убеждаться в этом — один из непрменных атрибутов поклонения.

Сказанное, разумеется, относится не только к звездам эстрады. Политический лидер, литератор, претендующий на роль «властителя дум», — любая из личностей такого рода обязательно

должна быть одного с нами поля ягодой, иначе никакой «харизмы» у нее не будет. Именно поэтому американцы так придирчиво следят, соответствуют ли их президенты общепринятым нравственным стандартам. Именно поэтому во всех странах людям интересно, что представляет собой «первая леди». Именно поэтому советские политические технологи так настойчиво подчеркивали, что кандидат на высокий пост — «выходец из народа». И, наконец, именно поэтому, желая лишить кого-нибудь общественных симпатий, они объявляли его «буржуем» или «гнилым интеллигентом».

Такое клеймо подчеркивало, что противник — *не такой* человек, как все остальные. Ведь если идея принадлежит *другому существу*, — как я могу согласиться с ней или даже просто обсуждать ее? «Женская логика» — пренебрежительно говорят мужчины, подчеркивая необязательность считаться с этой логикой по той очевидной и неоспоримой причине, что женщины — *иные* создания, чем они. «*Мы одной крови, ты и я*», — шептал Маугли удаву Каа, обеспечивая обоюдную безопасность и возможность взаимопонимания.

В самом начале этой книги обсуждалось, почему так легко произнести — даже просто в гостях! — «у меня шалют нервы», и почему так трудно признать — даже наедине с собой! — «я заболел психически». Для подавляющего большинства людей последнее означает признание своей «инакости», признание своего принципиального отличия от всех остальных. Это чушь, миф, предрассудок, но в этот миф верили и император Николай I, и Брежнев, и множество других политиков и рядовых граждан.

И царь, и советские руководители не просто верили в этот миф. Они прекрасно знали, что их веру разделяет большинство людей, и они использовали именно это обстоятельство. Выгодно, чтобы неугодные власти идеи исходили от сумасшедшего, от человека *не такого*, как все остальные. Выгодно, чтобы все знали: он «*ненормальный*». (Каково словечко?! Понимаете: НЕ НОРМАЛЬНЫЙ). Велика ли цена женской логике в глазах настоящего мужчины?

Объявить противника сумасшедшим — гораздо более сильный ход, чем обзвать его интеллигентом. Успех подобных кличек относителен: как ни старайся, кто-нибудь непременно

будет упорствовать в убеждении, что интеллигент тоже человек. А вот сумасшедший...

Никакие злоупотребления, в которых так горько упрекали советских психиатров, не были бы возможны *в принципе*, если бы общество было свободно от этого чудовищного предрассудка. Он сидит в нашем сознании очень прочно, потому что очень стар. Наши предки, окружавшие на ярмарках юродивых, смотрели на них со смехом, почтением и страхом. Они испытывали точно такие же эмоции, глядя на танцующего медведя, потому что и медведь, и юродивый были для них примерно одним и тем же, — существом, похожим на человека, но все-таки не человеком. Теперь, разумеется, мы не собираемся толпами, встретив на улице очевидного больного, и не швыряем в него яблочные огрызки. Но нам по-прежнему и интересно, и страшно: «он, конечно, похож на человека, но все-таки...»

Только вот почтения к больному, в отличие от предков, мы не испытываем. Мы ведь стали более цивилизованными и просвещенными, чем они.

О том, что именно люди думают о психически больных

Для того чтобы обоснованно судить об этом, нужны специальные социологические исследования. В нашей стране их не проводили много лет, после революции — никогда. В начале 90-х годов нам удалось договориться с социологами, и такое исследование было проведено совместными усилиями двух организаций: Научного центра психического здоровья РАМН и Института социологии РАН.

К большому сожалению, оно подтвердило все, что сказано на предыдущих страницах. Представление о том, что все пациенты психиатрических учреждений — люди социально неполноценные, разделяет большинство населения. Требование «порвать всякие отношения с бывшим пациентом психиатрического учреждения» сегодня лежит в рамках этически приемлемой и оправданной социальной нормы.

Больше чем две трети (68%) опрошенных считали, что человек, когда-либо лечившийся в психиатрической больнице, не может водить автомобиль; 72% — что он не может быть избран

в органы власти; 80% — что он не может работать в правоохранительных учреждениях; 84% — что он не может работать с детьми. На вопрос, как они поступили бы, узнав, что их сын или дочь встречается с бывшим пациентом, почти все отвечали, что приложили бы все усилия, чтобы немедленно прервать это знакомство.

Никто даже не попытался уточнить, давно ли человек лечился, сколько времени, по какому поводу... «Лечился в психиатрической больнице». Этого оказалось достаточно.

Почти треть опрошенных полагала, что психически больные всегда или, во всяком случае, почти всегда — опасны для других людей. Подавляющее большинство было уверено, что психические заболевания неизлечимы.

Разумеется, представление о психически больных этим не ограничивается. Оно складывается из нескольких составных частей, или, как говорят социологи, из нескольких компонент. Только что описанное составляет так называемую «социально-оценочную» компоненту.

В общественном сознании есть еще «медико-психологическая» компонента, заключающаяся в том, как опрошенные определяли, что такое «психически больной».

Вот наиболее характерные примеры. «*Это человек, у которого нарушены смысловые и социальные ориентации*». «*Это человек, проявляющий неадекватные реакции на окружающее*». «*Это человек, у которого внутренний мир находится в конфликте с окружающим миром*»... Как видим, эти формулировки дополняют, аргументируют и подтверждают высказывания, составившие первую компоненту.

Третью компоненту представления о психически больных социологи назвали «морально-этической». Многие из опрошенных говорили, что психически больной — это тот, кто «требует особого внимания», «обреченный», «несчастный». В этих высказываниях звучат не просто нотки сочувствия. Ведь «обреченный» и «несчастный» — эпитеты, выражающие не столько сочувствие, сколько безнадежность.

Иными словами, проведенный опрос показал, что подавляющее большинство людей и в наше время считают, что психическое заболевание означает социальную смерть. Больной

неизлечим, с ним лучше не иметь никаких дел, его нельзя допускать к работе, связанной с какой-нибудь ответственностью.

Правда, более поздние исследования позволили выяснить, что общественное мнение в некоторой степени все-таки зависит от того, о какой болезни идет речь. Наши современники слышаны о разных психиатрических диагнозах. По поводу некоторых начинает складываться самостоятельное представление, которое в большей или меньшей степени отличается от обобщенного образа «психически больной». Поэтому было бы неправильно утверждать, что *ничего не меняется* в отношении общества к людям, которые психически больны. Изменения есть. Они не особенно велики, но очень важны.

В сжатом виде содержащийся в современном общественном сознании стереотип можно описать следующим образом.

1. Сумасшедшие — не совсем люди.
2. «Сумасшедший» и «психически больной» — одно и то же.
3. Все, кто лечатся у психиатров — психически больные.
4. Существуют диагнозы, которые *не обязательно* означают психическое расстройство. Носителям таких диагнозов лучше лечиться не у психиатра, а у кого-нибудь еще. Тогда у них есть шанс не попасть в разряд «сумасшедших».

Первый пункт сохраняется в обсуждаемом стереотипе с незапамятных времен. Пункты второй и третий сформировались во времена Пинеля и Эскироля. А вот четвертый пункт возник сравнительно недавно, он еще не очень хорошо структурирован, он зыбок, его формулирование не окончено. Появление этого пункта внушает оптимизм, потому что есть надежда, что когда (и если) он оформится правильно, будут поколеблены первые три. Поэтому так важно, чтобы как можно больше людей имело полноценную информацию и о том, что на самом деле скрывается за тем или иным диагнозом, и о том, что приписывает этому диагнозу современное общественное мнение.

О том, как вывеска может помочь избавиться от ярлыка

В Москве есть старая психиатрическая больница, та самая, в которой я так оскандалился со своим первым пациентом. С тех пор она сильно изменилась, и, самое главное, изменила свой

профиль. Раньше в ней лечились все психически больные, теперь — только те, кто страдает наиболее легкими расстройствами. Недавно мне пришлось беседовать с женщиной, которая очень любит эту больницу и, когда у нее возникают проблемы, охотно в ней лечится.

Наш разговор имел весьма конкретную цель: речь шла о создании общественной организации, объединяющей людей, которые страдают психическим расстройством. Мы думали как лучше ее назвать. Мне казалось, что «ассоциация потребителей психиатрической помощи» вполне подходит. Моя собеседница решительно возражала. «Вы просто не понимаете, — говорила она. — Если название будет содержать слова *психиатрическая помощь*, от участия в ассоциации откажется множество людей, которые и хотели бы, и могли работать в ней с большой пользой. Я откажусь первая».

«Как же так, — пытался я отстоять свою позицию. — Ведь мы с Вами много раз это обсуждали. Вы прекрасно понимаете, что Ваши проблемы лучше всего решаются с помощью психиатра. Да и лечитесь Вы именно у этого специалиста». «Конечно, — улыбнулась моя собеседница. — Я все это знаю и понимаю. Но я совсем не хочу, чтобы это знали и понимали *все остальные*. Мой диагноз — невроз, и я лечусь в *клинике неврозов*, а не в психиатрической больнице. В психиатрическую больницу я бы не легла ни за что, даже если бы мне сказали, что и врачи, и условия там в десять раз лучше. Мои друзья и родственники не считают меня психически больной. Я бы не хотела, чтобы они изменили свое мнение».

Против этого возразить было нечего. Мы договорились, что ассоциация будет объединять не «потребителей психиатрической помощи», а «лиц, столкнувшихся с проблемами в области психического здоровья».

Разговор на этом кончился, но поводов для размышлений оставил много. Что такое (с точки зрения общественного мнения) невроз? Больной неврозом — психически больной или нет? Я спрашивал об этом многих, кому поставлен этот диагноз, и многих здоровых. Ответы «невротиков» четко сводились именно к тому, что утверждала моя собеседница: все зависит от того, где лечишься.

Лечишься в психиатрическом диспансере — ты психически больной. Лечишься в поликлинике — ты «нормальный» человек, просто у тебя «проблемы». А у кого их нет?

Здоровые люди, не имевшие отношения к психиатрии, пожимали плечами, потирали лоб, а потом вдруг спрашивали: «А он состоит на учете?..»

Получается, что диагноз «невроз» может *быть* ярлыком «психически больной», а может и *не быть*. Весы общественного мнения колеблются. Они могут качнуться в одну или другую сторону в зависимости от вывески, которая лежит на другой их чаше.

Хорошо, если в учреждении с «социально-приемлемой» вывеской работают квалифицированные специалисты. Но таких учреждений немного. Поэтому большинству людей, страдающих неврозом, приходится выбирать — лечиться и рисковать заработать ярлык, или... Может быть, само обойдется?

В Америке и Западной Европе решительнее всех боролась с «нехорошими» вывесками так называемое антипсихиатрическое движение. В некоторых странах «антипсихиатры» добились того, что крупные психиатрические больницы вообще закрыли. Особенно радикально это сделали в Италии, где в 1978 году был принят соответствующий закон. Результат получился удручающим. Отношение к психически больным не изменилось, только лечить их стало негде: слабые «закамуфлированные» психиатрические отделения в многопрофильных больницах с этой задачей не справились.

Теперь (под давлением общественности!) итальянский парламент собирается этот закон пересмотреть.

Закрывать психиатрические учреждения нельзя, но ведь можно сменить вывеску. Пробовали. Пытались переименовать диспансеры в «консультации», городские психиатрические больницы — в городские «центры психического здоровья» (особенно любят такое название в Соединенных Штатах). Но, во-первых, люди очень быстро выясняют, что именно скрывается под новым названием, а во-вторых, обнаружилась еще одна интересная причина, по которой менять вывеску рискованно.

Канадский юрист, много лет изучающий отношение властей к психиатрической помощи, рассказывал мне, что в его стране

существует отчетливая тенденция уменьшать финансирование учреждениям, которые занимаются *психическим здоровьем*, а не *психическими болезнями*. «Здоровье — слово, не вызывающее озабоченности, — объяснил он. — Власть имущие, в конце концов, обыкновенные люди, и вполне естественно, что они уделяют внимание прежде всего тому, что их беспокоит».

Услышав этот рассказ, я ахнул. Несколькими годами раньше отдел, в котором я работаю, был переименован. Он назывался «Отдел организации психиатрической помощи», а переименовали его в «Центр по изучению систем поддержки психического здоровья». Смысл был как раз в том, что новое название звучит помягче. Бюрократическая процедура, связанная с переименованием отдела, тянулась достаточно долго, — как выяснилось, к счастью для всех, кто в нем работал. Однажды нам позвонили из соответствующих инстанций и сказали: «Вы понимаете, что делаете? Ведь вы лишаетесь всех льгот и в зарплате, и в отпусках, и в пенсиях, потому что вы теперь занимаетесь не психическими *болезнями*, а психическим *здоровьем!*»

Конечно, мы немедленно прекратили процедуру переименования. Не только в Канаде у власти находятся обыкновенные люди.

О том, почему английским мужчинам нельзя болеть депрессией

Несколько лет тому назад мы обсуждали с коллегами из США, как относятся жители наших стран к психически больным. Сходство было почти полным. Похожим оказалось даже наше представление друг о друге: и россияне, и американцы думают, что в противоположной стране это отношение более разумно, чем в их собственной.

В России, например, распространено мнение, будто американцы ходят к психиатру «запросто», будто решать свои проблемы с его помощью в Америке столь же обычно, как лечить зубы. Услышав об этом, американские коллеги покачивали головами и грустно смеялись. Наша очередь смеяться наступила тогда, когда они уверенно заявили, что в России болеть депрессией гораздо легче, чем в Америке: ведь американец всегда должен выглядеть преуспевающим и счастливым, сетовать на неудачи

считается неприличным. «А у вас не зазорно поплакаться приятелю в жилетку, — говорили коллеги. — Поэтому и депрессивному больному легко встретить понимание».

Если бы...

Все, кто перенес депрессию и в Америке, и в России, говорят о невозможности добиться понимания со стороны родных и знакомых. «Что у тебя болит?» — спрашивают они. «Ничего...» — отвечает больной. «Так возьми себя в руки, — говорят родственники, — отвлекись, займись делом, посмотри, сколько у тебя грязной посуды...»

Поскольку нельзя справиться с депрессией, «взяв себя в руки», подобные увещания не достигают цели. С другой стороны, родным и близким человека, страдающего депрессией, редко удается отнестись к этому расстройству, как к обыкновенной болезни. Речь идет не о том, что депрессию вообще не считают болезнью или не соглашаются с необходимостью принимать лекарства (так тоже случается, но это уж крайность); здоровым людям трудно понять, что *возникновение депрессии не связано с личными качествами больного*.

Поэтому (вольно или невольно, осознанно или нет) депрессию часто расценивают, как проявление слабости. *«Слабость не чужда никому из нас, но ведь мы не позволяем себе распуститься до такой степени. Именно этим и отличается от нас больной, именно поэтому он не такой, как все»*. На том ярлыке, которым общество метит депрессивного больного, большими буквами написано: «СЛАБАК».

Возможно, это одна из самых мягких меток из числа тех, которые достаются «потребителям психиатрической помощи». Может быть, именно этим объясняется феномен, с которым мы столкнулись при анализе работы групп взаимной поддержки. В этих группах каждый решает сам, что сообщить остальным о своей болезни. И вот оказалось, что большинство предпочитает говорить, что страдает депрессией, даже если в действительности их болезнь не имеет с ней ничего общего.

Если среди меток, которыми клеймят психически больных, стали появляться *более мягкие* и *более жесткие*, то это просто прекрасно, потому что это значит, что общество действительно начинает дифференцировать в своем сознании психические

расстройства. Это значит, что сделан шаг к пониманию того, что психически больные не составляют однородной группы, и что все правила, все законы, все особенности взаимоотношений с ними должны учитывать существующие между ними различия. Правда, это только первый шаг. На самом-то деле смотреть нужно не на диагноз, а на человека, но до этого еще очень далеко...

Британская традиция, требующая, чтобы джентльмен «держал верхнюю губу жесткой», готова извинить слабость женщины, но не прощает ее мужчине. Мой друг, с которым мы уже много лет сотрудничаем в области общественной поддержки психически больных, в прошлом был преуспевающим английским адвокатом. Заболев депрессией, он вынужден был надолго отойти от дел. Выздоровев, он понял, что правдиво объяснить клиентам свое отсутствие — значит потерять практику: в Англии депрессия считается «женской болезнью». Престиж мужчины, перенесшего депрессию, страдает непоправимо. Мой друг сказал клиентам правду и реализовал свои выдающиеся способности в другой работе. Но таких мужественных людей немного. А что делать всем остальным?

Плохо быть меченым.

О том, почему отменили вялотекущую шизофрению

В 1967 году в Москву приехала группа американских туристов. В первый же день одна из ее участниц обратилась в советские «компетентные органы» с просьбой о политическом убежище: в Америке ее преследует ЦРУ. Получив отказ, женщина попыталась покончить с собой. Ее спасли и привезли в нашу клинику.

Я был ее лечащим врачом. Мне было трудно не только из-за моего скверного английского. Возникшая ситуация выглядела весьма шекотливой (времена были не простые). В клинику каждый день приезжали из американского консульства, старались нас убедить, что ЦРУ не испытывает интереса к нашей пациентке. Нам это было все равно, потому что в ее рассказах легко узнавался бред преследования; однако представлялось важным каким-то образом сделать диагноз объективным «в глазах международной общественности».

К счастью, с научным визитом в наш институт приехал американский профессор-психиатр, который согласился проконсультировать больную и записал в историю болезни свой диагноз: «паранойяльное состояние, по всей вероятности, в рамках псевдоневротической шизофрении». Диагноз А. В. Снежневского, который был записан несколькими днями раньше, формулировался так: «вялотекущая паранойяльная шизофрения». Нам повезло. Диагноз был «объективизирован». Можно было спокойно лечить больную.

Прошло почти сорок лет. Политический климат принципиально изменился, и посещение клиники американским консулом сегодня вряд ли вызвало бы такое напряжение, какое мы испытали тогда. Но вот напряжение, связанное с диагнозом «вялотекущая шизофрения», нисколько не уменьшилось. В чем тут дело?

Представление о том, что симптомы шизофрении могут иметь *разную степень выраженности*, было великолепным достижением с точки зрения академической науки. Оно создало новые возможности и для лечения больных, и для изучения болезни. Но вот с социальной точки зрения ситуация оказалась весьма сложной.

Широкое понимание границ шизофрении привело к тому, что «мечеными» оказалось огромное число людей. В апреле 2000 года мировое сообщество отмечало Всемирный день борьбы с шизофренией. В связи с этим мы провели новое (правда, очень небольшое) социологическое исследование — опросили 500 прохожих на улицах Москвы. Почти все опрошенные (больше 90%) слышали о шизофрении, и большинство из них (80%) знало, что это — психическая болезнь. Больше половины респондентов было убеждено в том, что лечить шизофрению — дело безнадежное, а три четверти признали, что в корне перестроили бы отношения со своим гипотетическим знакомым, если бы узнали, что он болен шизофренией.

Заметим, что те, кто отвечал на эти вопросы, *ни разу не попросили ничего уточнить*. Это нас особенно удивило в связи с тем, что несколькими минутами раньше у них спрашивали, тяжелая ли болезнь шизофрения, и 40% (очень много!) ответили, что бывают разные варианты. Это не помогло. Диагноз

«шизофрения» оказался достаточным для категорических суждений.

Если сравнить результаты этого опроса с данными того исследования, которое описано в начале этой главы, то легко убедиться в почти полном их совпадении. Понятия «шизофрения» и «психическая болезнь» в общественном сознании практически совпали.

«ШИЗОФРЕНИК» — гораздо более жесткий ярлык, чем «СЛАБАК». Шизофрения — это безумие, это, вне всякого сомнения, сумасшествие; короче говоря, «шизофреник» — это и есть «сумасшедший». «Шизофреник» воспринимается просто как более современное слово.

В соответствии с этим представлением больные, которым поставлен такой диагноз, отторгаются обществом весьма решительно. Даже если по состоянию здоровья они могли бы жить достаточно благополучно, из-за своего диагноза они теряют работу и друзей, у них распадаются семьи.

Врачи, работающие в психиатрических диспансерах и больницах, каждый день сталкиваются с одной и той же проблемой. Они видят перед собой человека, страдающего относительно благоприятной формой шизофрении, но у них не поднимается рука написать этот диагноз: он может помешать больному жить больше, чем сама болезнь. И вот, сначала стесняясь самого себя, а потом привыкнув, доктор пишет другой диагноз, более невинный (или, как говорят на профессиональном жаргоне, «социальный диагноз»). Лечить пациента доктор будет, конечно, как полагается...

По мере того, как диагноз «шизофрения» приобретал характер наиболее жесткого социального ярлыка, в общественном сознании формировалось противоречие. С одной стороны, не подвергалось сомнению: «шизофреник — это сумасшедший». С другой стороны, люди видели, — очень многие из тех, кому ставят этот диагноз, вовсе не похожи на сумасшедших.

Казалось бы, стереотип в общественном сознании должен был измениться, например, следующим образом: «шизофрения — это не обязательно сумасшествие». Однако этого, к сожалению, не случилось. Возможно, в этом есть и вина профессионалов: ведь все правила, которые они формулировали, все

социальные льготы и ограничения для больных шизофренией многие годы были такими, как будто имелись в виду только тяжелые ее случаи. *Все* больные шизофренией имели право на дополнительное жилье; *все* больные шизофренией получали лекарства бесплатно; практически *все* больные шизофренией признавались невменяемыми, если против них возбуждалось уголовное дело.

Это последнее обстоятельство привело к тяжелому социальному конфликту, который возник в 80-е годы в связи с преследованием диссидентов.

Эту книга не трибуна для политических дискуссий. Поэтому речь пойдет не о том, кто был прав в этом конфликте, а только об одном его аспекте: в обществе возникло убеждение, что вялотекущую шизофрению можно поставить кому угодно. Это убеждение не имело в виду фальсификацию диагноза. Иначе не стоило бы его обсуждать: фальсифицировать можно все, и диагноз, разумеется, тоже. Имелось в виду, что критерии шизофрении слишком расплывчаты и неопределенны, и по этой причине она диагностируется слишком легко.

Иными словами, психиатров упрекали в том, что они слишком легко метят людей ярлыком «сумасшедший». Появились даже нелепые высказывания вроде того, что «вялотекущая шизофрения придумана специально, чтобы клеймить инакомыслящих». Они порождены либо неграмотностью, либо недобросовестностью (возможно, тем и другим вместе). Идея о существовании мягких форм шизофрении принадлежит автору названия этой болезни Е. Блейлеру и была высказана в начале XX века.

Среди психиатров тоже возникли дискуссии. Удивительно, что их предметом была не необходимость убедить общество, что шизофрения — не обязательно сумасшествие, а необходимость изменить критерии диагностики шизофрении.

Дискуссии о границах шизофрении возникли еще при жизни Крепелина и не прекращаются до сих пор. Психиатры всего мира ставят этот диагноз то чаще, то реже. Я не случайно начал этот раздел с истории больной туристки. Диагнозы, поставленные ей американским и русским психиатрами, были тогда идентичны («псевдоневротическая» и «вялотекущая» шизоф-

рения — это одно и то же). Несколькими годами позже американец поставил бы другой диагноз.

Дискуссии и изменение представлений о шизофрении — нормальное явление. Ее изучение не закончено, и, скорее всего, представление о ней будет меняться еще не раз.

Это нормально.

Совершенно не нормально, когда содержание диагноза меняется не по научным, а по социальным или политическим причинам. На этот раз оно изменилось только потому, что психиатрам упорно твердили: «*шизофрения — это сумасшествие, а вы ставите этот ужасный диагноз вовсе не сумасшедшим*».

Туберкулез иногда за месяц сводит человека в могилу, а иногда много лет не сказывается на его самочувствии. Множество болезней протекает иногда в очень тяжелой форме, а иногда — в совсем легкой. Это закон природы, и никому не приходит в голову против него протестовать. Почему шизофрения должна быть исключением?

То, что против природы протестовать бессмысленно, понимают все. На самом деле протест «против шизофрении» был направлен против того, чтобы ее диагноз служил ярлыком. Это правильно. Но я думаю, что бороться с *ярлыком*, меняя *представление о болезни*, неправильно.

В результате полемики 80-х годов границы шизофрении «сузили». Вялотекущую шизофрению «отменили». Те случаи, которые раньше относили к другим благоприятным ее вариантам, попросту стали называть иначе. Авторы МКБ10 не скрывают, что ее цель — не только обеспечить сопоставимость диагнозов, поставленных в разных странах, но и смягчить социальные последствия диагноза «шизофрения», ограничив его применение. «Если у больного в равной мере представлены шизофренические и аффективные симптомы, — указывается в диагностических инструкциях, — и даже если шизофренические симптомы преобладают, следует диагностировать»... далее следует более «мягкий» диагностический термин.

Хорошо это или плохо?

Природе безразлично, как мы обозначаем ее явления. От того, что мы теперь реже ставим диагноз «шизофрения», больных меньше не стало.

Для изучения шизофрении это плохо, потому что исследователь не видит теперь «картину болезни во всей ее полноте».

Для людей, которые избавились от жесткого социального ярлыка, это, казалось бы, бесспорно хорошо. Но...

Часть больных исчезла из поля зрения психиатров. Они, наверное, довольны: психиатры перестали им докучать, а соседи не попрекают тем, что они «состоят на учете». Но боюсь, что выиграли они немного: ведь они перестали лечиться. Есть риск, что, когда они встретятся с психиатрами снова, помочь им будет гораздо труднее.

Те же, кто продолжает лечиться с другим диагнозом, практически ничего не выиграли: ведь *«Все, кто лечатся у психиатра — психически больные»*. К тому же им приходится теперь платить за лекарства, потому что право на бесплатные медикаменты по-прежнему дает только диагноз «шизофрения» (еще раз вспомнишь канадского юриста!)

* * *

До тех пор, пока общественное мнение продолжает считать всех наших пациентов «ненормальными», никакая смена выводов, никакое сужение границ того или иного диагноза ничего не способны изменить. Нужно, чтобы *изменилось само общественное мнение*. Создатели и носители общественного мнения — это мы, все вместе. Поэтому изменить его можно только одним способом: нужно, чтобы каждый из нас постарался побольше узнать о психических болезнях, о том, что кроется за тем или иным психиатрическим диагнозом *на самом деле*. От незнания плохо всем, но в первую очередь, конечно, тем из нас, кто психически болен.

Болезнь — страшное несчастье. Наши предубеждения многократно утяжеляют ее бремя. Нужно постараться их преодолеть.

Глава VIII

ЗАКОН И ПОРЯДОК

Организация психиатрической помощи. Судебно-психиатрическая экспертиза и понятие невменяемости.

Медицинские меры защиты от опасных больных.

Закон о психиатрической помощи.

И дал Я повеление судьям вашим в то время, говоря: выслушивайте братьев ваших и судите справедливо, как брата с братом, так и пришельца его; не различайте лиц на суде, как малого, так и великого выслушивайте: не бойтесь лица человеческого, ибо суд — дело Божье...

Второзаконие

В предшествующих главах много говорилось о взаимоотношениях общества и психически больных. Боюсь, что у читателя могло сложиться впечатление, будто они складываются главным образом под влиянием предубеждений и мифов. На самом деле это, конечно, не так. Мифы и предубеждения действительно имеют место, но это только одна сторона медали. Другая ее сторона заключается в том, что существование психических расстройств создает множество совершенно реальных социальных проблем, которые нужно так или иначе решать. Исследованием этих проблем и попытками их разрешить занимаются и социологи, и специалисты в области этики, и юристы, и психиатры. В нашей науке существует даже самостоятельное направление — «социальная психиатрия». Что это такое, объясняют по-разному.

В общем, социальная психиатрия занимается вопросами, которые возникают по той причине, что в каждом городе и на каждой улице живут и здоровые люди, и больные. Они встречаются друг с другом, взаимодействуют самым разным образом, и болезнь влияет на их отношения, иногда почти незаметно, а иногда вполне ощутимо. Например, существуют профессии, в которых роль «человеческого фактора» слишком велика; больного человека допускать к ним нельзя. Поведение больного может вызывать недоумение, обеспокоенность и даже страх.

Здоровые люди могут не понимать, что неправильное поведение больного — симптом его болезни, а не злонамеренность, и пытаются его воспитывать или наказывать. С другой стороны, больной может не понимать, что нездоров, и поэтому все меры, которые предпринимаются в связи с его болезнью, он воспринимает как ничем не оправданное насилие.

Общество должно позаботиться о том, чтобы больные, нуждающиеся в помощи, могли ее получить. Оно должно оградить себя от тех, чье поведение опасно. Нужно решить множество более частных проблем, например, создать механизм, не допускающий больных к работам, которые по состоянию здоровья они выполнять не могут.

При этом нужно помнить, что принимаемые меры могут ограничивать права больных людей; общество обязано отдавать себе в этом отчет и думать о том, чтобы ограничения были достаточными, но не оказались излишне жесткими.

Соблюсти баланс между необходимостью как можно меньше ущемлять права одних членов общества (они ведь не виноваты в том, что заболели) и как можно лучше защищать покой и безопасность других (они тоже не виноваты в том, что существуют психические болезни) — труднейшая задача.

Каждое общество создает для ее решения собственные правила. В разных странах эти правила разные, и со временем они сильно меняются. Однако главная тенденция этих изменений одинакова во всем цивилизованном мире: если когда-то вопрос о правах психически больных вообще не ставился, то сегодня необходимость их соблюдать ни у кого не вызывает сомнений. Везде стараются делать это так, чтобы все члены общества — и здоровые, и больные — получали наибольшую пользу и наименьший вред. Получается это по-разному. Идеала пока не достиг никто.

О том, что такое система психиатрической помощи

Психиатрическая служба должна обеспечивать *каждому больному* такую помощь, в которой он нуждается. Это означает, во-первых, что возможность обратиться за помощью должна быть доступна каждому; во-вторых, что врач, к которому обратился больной, должен располагать всеми современными воз-

можностями диагностики, содержания, лечения и реабилитации больных. Практически это неосуществимо. Для того чтобы каждый мог при необходимости обратиться к психиатру, место, где он работает, должно быть недалеко, желательно в том же квартале, где живет больной. Получится множество мелких психиатрических учреждений, которые конечно, будут располагать очень скромными возможностями.

Больному будет нетрудно добраться до психиатра; но, скорее всего, он не сможет получить здесь всю помощь, которая ему нужна. Придется двигаться «выше»; однако, поскольку при описываемой модели большинство специалистов будет «распылено» по маленьким кабинетам, вышестоящее учреждение окажется очень далеко, и поставленная цель не будет достигнута.

Можно представить себе два выхода из положения. Первый состоит в том, чтобы возложить первичную помощь на так называемых врачей общей практики, с тем, чтобы они направляли к психиатрам только наиболее сложных больных. Так поступают в большинстве стран Западной Европы.

Второй путь — подготовить достаточно много психиатров. Так поступили в бывших социалистических странах, в которых число врачей, в том числе и психиатров, намного больше, чем где бы то ни было еще (разумеется, относительно численности населения).

Ни тот, ни другой путь не привел к удовлетворенности жителей этих стран. На Западе жалуются, что попасть к психиатру очень трудно; врачи общей практики плохо распознают психические заболевания. Недавний опрос больных, страдающих аффективными расстройствами, показал, что от начала заболевания до постановки правильного диагноза (а значит, и до начала правильного лечения) проходит пять лет.

В России диагноз, согласно данным того же опроса, ставится гораздо быстрее; попасть к психиатру легче; однако «массовое производство» врачей привело к тому, что люди жалуются на низкую квалификацию психиатров, бюрократизм, грубость, недостаток внимания.

Кроме того, многие избегают обращаться за психиатрической помощью из опасения социальных последствий, которые могут в связи с этим возникнуть.

Все еще помнят, что раньше *все* психически больные подлежали обязательному диспансерному наблюдению и учету. «Попав на учет», человек оставался под диспансерным наблюдением практически пожизненно. Сохранить это в тайне не удавалось; больной оказывался «меченым»; кроме того, факт «пребывания на учете» официально ограничивал некоторые социальные возможности.

Реформирование нашей системы психиатрической помощи, как и все прочие реформы, идет очень медленно и непоследовательно. Тем не менее, перемены к лучшему, несомненно, происходят. Если в советские времена больной был жестко привязан к одному учреждению и к одному врачу (медицинская помощь оказывалась исключительно «по месту жительства»), то теперь появилась возможность выбирать. «Диспансерный учет» отменили. Люди, страдающие относительно легкими психическими расстройствами, могут обращаться в диспансер по мере необходимости, так, как ходят в обычную поликлинику. При желании можно обратиться к частному врачу: нет больше монополии государства на медицинскую помощь.

Но психиатрические учреждения обладают и такими особенностями, которые не являются следствием плохой организации или бедности. Эти особенности вызывают неудовольствие во всех странах, причина их требует понимания. Все психиатрические учреждения, которые существуют в современном мире, ведут свою родословную от тех самых приютов для душевнобольных, в одном из которых работал Филипп Пинель. И все они до сих пор сохраняют черты фамильного сходства, несмотря на все усилия, которые прилагают, чтобы избавиться от него. Как уже говорилось, старые психиатрические учреждения строились и обустроивались в расчете на тяжелых больных, на содержание и лечение людей, находящихся в состоянии психоза. Подавляющее их большинство находилось в больнице помимо воли; поэтому больницы неизбежно приобретали сходство с тюрьмой. Более того: приходилось принимать во внимание, что у больных часто возникало длительное и тяжелое возбуждение. Нужно было позаботиться о том, чтобы в это время они не могли причинить особенный ущерб ни больнице, ни персоналу, ни друг другу. Психиатры старшего поколения еще

помнят специальную мебель, стоявшую в палатах для беспокойных больных. В спинки кроватей вместо прутьев вставляли сплошные металлические щиты. У табуретов не было ножек, они были похожи на тумбы. Внутрь насыпали песок; тумбы получались такие тяжелые, что даже сдвинуть их с места было трудно, не то что поднять. Окна защищали сетками или решетками, что усиливало неприятные ассоциации.

С появлением современных лекарств возбуждение перестало быть столь повседневным явлением в жизни психиатрической больницы. Их облик стал меняться; в палаты поставили обыкновенные кровати и стулья; появилась возможность позаботиться о красоте, об уюте, даже о комфорте. Но не считается с риском, что у кого-нибудь из больных возникнет возбуждение, по-прежнему невозможно, как невозможно не считаться с тем, что и сегодня некоторые пациенты находятся в больнице помимо своей воли. Психиатрическая помощь связана с насилием; ее необходимость диктуется природой психических расстройств; не считаться с этим нельзя.

Острое противоречие, с которым сталкиваются организаторы современных психиатрических больниц, заключается в том, что подавляющее большинство пациентов вынуждено находиться в условиях, ограничивающих их комфорт и свободу, хотя их состояние вовсе этого не требует. С другой стороны, от этих ограничений невозможно отказаться, поскольку всегда сохраняется риск эксцессов, связанных с аномальным поведением больного. Улучшение условий пребывания в больнице связано с уменьшением безопасности. Забота о безопасности наносит ущерб комфорту.

Это противоречие разрешается по-разному в разных больницах, но это всегда компромисс, и, наверное, определенные уступки удобствам, сделанные в интересах безопасности, останутся в психиатрических учреждениях надолго.

О том, как быть, если преступник оказался психически больным

Среди прочих проблем социального характера вопрос о том, как следует поступать, если преступление совершил больной человек, возник одним из первых.

Ю. В. Каннабих приводит поразительный документ, из которого видно, как давно люди осознали необходимость его решить и как давно они нашли совершенно правильный путь к тому, как это сделать. В 1528 году нюрнбергский учитель арифметики Конрад Глазер убил двух человек. Его посадили в тюрьму; однако уже через несколько дней стало понятно, что с ним не все ладно. Поэтому из тюрьмы его перевели в частный дом, предписав держать его там на цепи.

Родственники одного из убитых возбудили судебную тяжбу, считая, что с преступником обходятся слишком мягко. В связи с этим город назначил Глазеру *медицинскую экспертизу*. 10 мая 1531 года врачи Зеобальд Пуш и Иоганнес Шиц освидетельствовали Глазера и представили бургомистру Фольккамеру свое заключение, в котором подтверждалась болезнь испытуемого, выражалась надежда, что он вскоре выздоровеет и даже предлагалось энергично лечить его клизмами и кровопусканием.

Известно, что в дальнейшем (во всяком случае, до 1538 года) Глазер был здоров и пользовался относительной свободой.

В основе судебных решений, принимаемых в случае сомнений в психическом здоровье обвиняемого, лежит понятие *вменяемости*. Оно не так просто, как часто себе представляют. Многие думают, что «невменяемость» — общая характеристика некоего субъекта. («Он же совершенно невменяемый, ему ничего нельзя объяснить», — такую или подобную фразу слышишь на каждом шагу). На самом деле вопрос о вменяемости имеет смысл *только в связи с конкретным проступком*, который человек совершил. Сущность вопроса состоит в том, *можно ли вменить ему в вину* этот проступок. Поясним сказанное простым примером.

Маленький ребенок, играя, случайно стянул со стола скатерть и разбил чашку. Мать огорчится, но вряд ли станет сурово наказывать сына. Скорее всего, она пожурит его и постарается объяснить, что нужно играть осторожнее, потому что чашку жалко. Через час этот ребенок снова стянул скатерть и разбил еще одну чашку, хитренько поглядывая на мать. На этот раз она наверняка сильно рассердится...

Поступок один и тот же, но обстоятельства, в которых они совершены, разные. В первом случае *нет вины* ребенка: он не знал, что стягивать на пол скатерть нельзя, не знал, что чашка

может разбиться. Во втором случае он все прекрасно знал; он нашалил; он *виноват*.

Всякий раз, когда в суде разбирается уголовное дело и возникает сомнение в психическом здоровье обвиняемого, вопрос заключается не в том, что с ним вообще, а в том, *можно ли вменить ему в вину совершенное им противоправное действие*, то самое, которое привело его в суд. Судья просит эксперта разобраться, что было с подсудимым *в то время, когда он совершал свой проступок*, не было ли в его состоянии таких особенностей, которые исключают его *вину*.

Конрад Глазер, которого выпустил из тюрьмы нюрнбергский судья, был в состоянии психоза в момент убийства. Может быть, у него были галлюцинации; может быть, ему слышались голоса, которые твердили, что его будущие жертвы — чудовища, угрожающие благополучию его города, что их необходимо убить, чтобы спасти остальных горожан. Весь тот кошмар, который представляется больному, обладает для него значением реальности. Более того: больной не в состоянии послушаться «голосов», которые отдают ему приказы.

У Глазера *не было выбора*. Согласно принятой сегодня формуле, он «не мог отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими». Поэтому нет и вины. Да, он убил; но *вменить ему в вину* это убийство невозможно. По отношению к этому поступку *он невменяем*.

Так решил это вопрос бургомистр славного города Нюрнберга в 1531 году. Так подобные вопросы решаются и сегодня.

Чем тяжелее проступок, тем больше вокруг него бывает эмоций. Убийство, которое совершил Глазер, вероятно, произвело очень сильное впечатление на жителей Нюрнберга, не зря же оно вошло в историю. Часто слышишь, как люди говорят: «Он такое натворил! Это же настоящий зверь, ему не место среди живых. Не все ли равно, болен он или здоров! Таких надо расстреливать, а не лечить!»

К счастью, люди очень давно догадались, что с помощью эмоций подходить к этой проблеме нельзя. Поэтому судебные решения определяет не чувство, а Закон. Заболеть может каждый. Больным руководит болезнь, а не обстоятельства реальной жизни. Если противоправное действие совершено под влиянием

психического расстройства, это не преступление, а несчастный случай.

Формулировки соответствующих положений в уголовном законодательстве разных стран различаются, но их смысл одинаков: при определенных условиях противоправный поступок не может быть вменен в вину тому, кто его совершил. Наказание следует только за вину. Если нет вины, нет и наказания.

Столкнувшись с сомнением в психическом здоровье подсудимого, судья попадает в трудное положение. Сам он разрешить свое сомнение не в состоянии: он не психиатр и вообще не врач. Поэтому он привлекает на помощь специалиста — психиатра и назначает его *экспертом*.

Судебно-психиатрическая экспертиза бывает очень сложна. Для того чтобы провести ее хорошо, прежде всего нужна клиническая подготовка: это основа профессиональной квалификации психиатра. Кроме того, конечно, необходим опыт в столь специфической области, которой является судебная психиатрия. Поэтому наиболее квалифицированные эксперты — хорошие клиницисты, которые целиком посвятили себя именно этой работе.

Странно, — удивится читатель. — Только что было довольно внятно изложено, что если поступок совершен в состоянии психоза, то винить больного за этот поступок нельзя. Психоз представляет собой яркую и своеобразную картину, которая психиатрам хорошо известна. Об этом на предыдущих страницах тоже много говорилось. Нужно всего только определить, был у человека психоз в определенный момент, или психоза не было. Что тут может быть сложного для психиатра?

Если все обстоит именно так, то особых сложностей у эксперта действительно не возникает. Но ведь бывает и по-другому.

Длительность психоза может быть совсем небольшой: она может измеряться днями, часами и даже минутами. К тому времени, когда обвиняемый попадет на экспертизу, психоз может закончиться много месяцев тому назад. Экспертам придется ставить диагноз *ретроспективно*.

А это значит, что они должны выяснить клиническую картину психоза на основании рассказов испытуемого и свидетельских показаний. Болезненные симптомы распознают

узнаванием; это не всегда просто, даже если врач непосредственно их наблюдает; насколько же это труднее, если симптомы уже давно прошли!

Добавим к этому, что во время судебной экспертизы с возможностью симуляции приходится считаться всерьез...

Сомнение в том, можно ли вменить в вину человеку совершенный им проступок, возникает не только в связи с тем, что у него есть (или был в момент совершения проступка) психоз. Оно может возникнуть и потому, например, что человек слабоумен, и тогда приходится думать, действительно ли в данном случае тяжесть его интеллектуального дефекта такова, что обвиняемый «не мог отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими»: ведь глубина слабоумия бывает разной. Решение становится еще труднее, если речь идет не об интеллектуальном дефекте, а о дефекте характера, обусловленном болезнью или врожденной аномалией.

Мы знаем, что многие болезни протекают в виде приступов и ремиссий; как быть, если правонарушение совершено в период ремиссии?

Таких вопросов очень много. И случается, что самые опытные эксперты месяцами ломают головы, прежде чем дать свое заключение.

Часто думают, что если обвиняемому назначена судебно-психиатрическая экспертиза, то его судьбу решает психиатр. Как он решит, так и будет. Это ошибка. Суд назначает множество экспертиз — медицинских, технических, баллистических и так далее. Заключение всякой экспертизы — один из видов доказательств в суде, не более того. Судья решает, насколько это доказательство убедительно. Он может принять во внимание мнение экспертов, а может счесть его недостаточно обоснованным. Это его право и обязанность. Если судья не удовлетворен заключением экспертов, если он считает их аргументы неубедительными, он может назначить повторную экспертизу, может привлечь к ней других специалистов. Бывает, что судья назначает повторную экспертизу вновь и вновь. Процедура может сильно затянуться; но судья должен быть убежден, что эксперты достаточно хорошо разобрались в ситуации. Только тогда он будет спокоен за справедливость своего решения.

В юридической процедуре, связанной с назначением судебно-психиатрической экспертизы, есть одна тонкость, которая, как мне кажется, серьезно ее затрудняет. Тонкость состоит в том, что экспертизу может назначить не только судья, но и следователь, — до того, как дело будет рассматриваться в суде. Подчеркнем еще раз: эксперты занимаются изучением психического состояния испытуемого в тот момент, когда он совершил противоправный поступок. Следователь может только *обвинить* человека в таком поступке; решить, что он его *действительно совершил*, может только судья.

Если экспертиза производится по просьбе следователя, психиатр оказывается в странном положении: он должен решить, каким было состояние испытуемого во время событий, которые имели место *по мнению следователя*. Что было в действительности, пока неизвестно, — ведь судья еще не сказал своего слова. Возможность правильного заключения повисает в воздухе: если испытуемый не совершал действий, в которых его обвиняют, все суждения по поводу его здоровья в этот момент превращаются в нонсенс.

Логичнее было бы сначала доказать, что проступок *действительно совершен* определенным лицом, а уж потом решать, *можно ли винить* его за это. Иначе говоря, представляется более правильным предоставить право назначения экспертизы только судье, после того, как он сочтет факт противоправного действия доказанным.

Это, конечно, тонкость. Но она — источник ошибок. Они нежелательны, потому что если человек действительно совершил опасный поступок, что-то нужно делать, даже если он болен и наказывать его нельзя. Это «что-то» бывает достаточно серьезно, определяя судьбу больного надолго, иногда на много лет. И ошибаться не хочется.

Если преступник здоров, его наказывают. Наказывать больного нет ни права, ни смысла, потому что никаким наказанием болезнь не вылечишь. Но общество нуждается в защите от людей, которые представляют для него опасность, вне зависимости от того, каково состояние их здоровья. Для этой цели разработан особый социальный механизм, который не является *наказанием*, но, тем не менее, является *принуждением*.

Больной человек, который совершил противоправный поступок из-за своей болезни, обязан лечиться. Такое решение принимает суд, который в зависимости от тяжести проступка и характера болезни выбирает наиболее подходящую в каждом конкретном случае *меру социальной защиты медицинского характера*.

Действующий в настоящее время Уголовный кодекс Российской Федерации предусматривает несколько подобных мер. К ним относятся:

— Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра.

— Принудительное лечение в психиатрическом стационаре, в том числе:

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа;

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа;

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Закон подчеркивает, что целью принудительного лечения является не наказание. Принудительное лечение направлено на «...излечение лиц, указанных в части первой статьи 97 настоящего Кодекса, (т. е. тех, кто совершил противоправный поступок, но признан невменяемым) или улучшение их психического состояния, а также предупреждение совершения ими новых деяний, предусмотренных статьями Особенной части настоящего Кодекса».

Понятно, что *никаких сроков* принудительного лечения суд не назначает. Ведь никто не может предсказать, сколько времени займет лечение. Когда врачи сочтут, что состояние больного стало настолько лучше, что он больше не представляет опасности для общества, они представят свои соображения в суд, который (если с ними согласится) примет решение о прекращении принудительного лечения.

Это правильно. Но какая это головная боль для врача, который лечит больного, находящегося на принудительном лечении! Как всегда, в крайних случаях никаких трудностей не возникает. Ударил больной прохожего во время острого психоза;

психоз вылечили; больного можно выписать домой. Или другая крайность: у слабоумного от рождения больного страсть к поджогам. Вылечить врожденное слабоумие и устранить эту склонность невозможно. Что тут поделаешь — лежать и лежать этому бедняге в больнице...

Как всегда, крайности бывают редко. Гораздо чаще бывают «промежуточные варианты», при которых принять правильное решение куда как сложнее. Больной совершил не очень серьезное правонарушение, оно было, в сущности, случайным, но болезнь плохо поддается лечению. Как тут быть? Или наоборот: психоз прошел очень быстро, но проступок был очень тяжелым. Врачи ведь всего-навсего люди: у кого поднимется рука через месяц отпустить домой человека, который убил всех членов своей семьи?

Трудная у нас профессия. Но это еще не все. Трудностей бывает гораздо больше, когда никаких уголовно наказуемых проступков больной не совершал.

О том, как добиться, чтобы овцы были целы, а волки сыты

Один из моих коллег и друзей, Владимир Григорьевич Левит, много лет тому назад уехал жить в Америку. Ему удалось подтвердить там свой врачебный диплом, и он поступил на работу в крупную психиатрическую больницу штата Нью-Джерси. Однажды я был у него в гостях. Он находился под впечатлением судебной тяжбы, которую незадолго до того проиграл, и, потрясая руками, рассказывал мне эту историю.

На улице небольшого городка в этом штате жила женщина. Жила она именно на улице, нарисовав себе квартиру цветными мелками прямо на тротуаре. В этой квартире были кухня, столовая и спальня, обозначенные разным цветом. Был и туалет. Всеми этими помещениями женщина пользовалась в соответствии с их назначением. Ее положили в больницу. Она возражала, потому что не считала себя больной. Права пациентов в Америке защищают очень строго. В каждом больничном отделении на видном месте висит телефон и плакат с номером, по которому пациент может позвонить адвокату. Женщина так и сделала; адвокат возбудил судебное слушание.

Левит, как лечащий врач, выступал в качестве ответчика по делу. Как уже говорилось, он проиграл. Судья вежливо и очень терпеливо разъяснил, что женщина не совершила ничего противоправного: в законах штата Нью-Джерси не написано, что жить в нарисованной мелом квартире запрещено. Поэтому *лечить ее против ее желания* нельзя. Это незаконно.

Женщину выписали, с позволения сказать, «домой».

1 января 1993 года вступил в силу первый в истории России закон, регламентирующий порядок оказания психиатрической помощи ее гражданам. Этот закон — действительно первый: ничего подобного не было ни при царе, ни при советской власти. Все правила определялись разного рода инструкциями, положениями, приказами и распоряжениями, одним словом, «ведомственными документами». Но *закона* не было. А теперь есть. Факт принятия такого закона — событие колоссального общественного значения. Его невозможно переоценить.

Наше общество доказало, что оно не безразлично к судьбе психически больных. Что оно озабочено их благополучием. Что оно стремится оградить их гражданские права от возможных посягательств. Что оно осознает социальные последствия вмешательства психиатра в жизнь любого человека. Что оно намерено предупредить возможные в этой связи злоупотребления.

Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»¹ прежде всего *гарантирует* психиатрическую помощь всем, кто в ней нуждается. Во-вторых, он подчеркивает *добровольность* обращения за психиатрической помощью, специально оговаривая исключения из этого общего правила. В-третьих, Закон *запрещает ограничивать права и свободы* людей на том лишь основании, что им поставлен психиатрический диагноз или что они лечатся в психиатрическом учреждении. Наконец, в-четвертых, Закон требует, чтобы пациент был *информирован* об имеющейся у него болезни и возможностях ее лечения. На основе этой информации он может *согласиться* или *отказаться* от предлагаемых лечебных мероприятий.

Разумеется, Закон содержит и многие другие положения, но перечисленные, как мне кажется, самые важные.

¹ Полный текст Закона помещен в «Приложении»

Создать этот закон было очень трудно. Я принимал участие в одном из этапов этой работы и знаю это по себе. Его недостатки и противоречия отнюдь не преодолены. Нам всем стоит подумать, как это сделать.

Принципиальная сложность состоит в том, что психические расстройства бывают очень разные. Провозглашая принцип добровольности обращения за психиатрической помощью, Закон ничего не говорит о том, идет ли речь о больном в состоянии психоза или нет, сохранил он свои интеллектуальные способности или утратил.

Таким образом, принцип добровольности распространяется на *всех* больных. Закон разрешает отступить от него только в трех случаях: если больной представляет «непосредственную опасность для себя или окружающих»; если он беспомощен, то есть не может «самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности»; если без лечения может быть нанесен «существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния».

Женщина, которую доктор Левит выписал из больницы по решению американского судьи, никакой «непосредственной опасности» ни для кого не представляла. «Основные жизненные потребности» она прекрасно удовлетворяла, — для этого она нарисовала и столовую, и туалет. Что касается последнего пункта, то в американском законе такого вообще нет. У нас он появился как компромисс, как уступка здравому смыслу.

Все-таки правильно или нет, что эту больную выписали из больницы?

Вот на этот вопрос каждое общество должно ответить по-своему, в зависимости от того, какие нравственные ценности в нем доминируют. Можно абсолютизировать идею суверенитета личности, отдать безусловный приоритет нашим гражданским правам. Американское общество часто приводят в качестве примера, — там поступили именно так.

Сестра американского психиатра, женщины, вместе с которой мы выполняли общее исследование, в состоянии депрессии отказалась лечь в больницу и покончила с собой. «Бог ты мой, — сказал я нашей партнерше, узнав об этом. — Разве не лучше было бы насильно положить ее в больницу и тем спасти ей

жизнь? Ведь она бы выздоровела и сказала бы спасибо!» «Как можно, — ответила моя собеседница, плача. — Она не хотела в больницу. То, что она сделала — страшная трагедия, но это был ее выбор. Она имела право решать...»

Я не знаю. Может быть, это правильно. Но я твердо знаю, что, если бы эту бедную женщину положили в больницу, сегодня она была бы жива и здорова....

Авторы нашего закона все это прекрасно понимали. Поэтому в нем появились знаменитые три пункта, которые цитированы выше и которые разрешают оказывать больному помощь вопреки его воле. Но ведь множество тяжелых больных нуждаются в лечении, хотя их состояние «не подпадает» под эти пункты. Сплошь и рядом психоз создает не «непосредственную», а потенциальную угрозу для окружающих или для самого больного; его поведение может просто мешать окружающим, хоть законы и не нарушены.

Наконец, всякого больного лучше лечить, чем пустить все на самотек. Только психиатр может решить, нуждается ли человек в лечении. Если в состоянии психоза он не знает, что болен (повторим: отсутствие критики к своему состоянию — обычный симптом психоза), то странно спрашивать, хочет ли он лечиться. Ведь не спрашиваем же мы человека, который лежит в обмороке, помочь ли ему. Мы сначала помогаем.

«Согласие лечиться», которое подписывает большинство больных в состоянии психоза, — чаще всего результат настойчивости врачей и родственников. А ведь это не совсем то, что имеет в виду Закон. Было бы гораздо лучше, если бы Закон ставил право больного решать свою судьбу в зависимости от его состояния. Если у человека нет психоза — все в порядке: он может решать, хочет он лечиться или нет, может выбирать, у кого лечиться и каким способом.

Но если у него психоз, ситуация коренным образом меняется, потому что больной воспринимает реальность совсем не такой, какая она на самом деле. Как можно ориентироваться на его решение? Если человек в состоянии психоза совершил убийство, его не наказывают: он «не мог отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими». Почему, если он никого не убил, то *в таком же состоянии* он «имеет право решать»?

Главное возражение против такой позиции заключается в том, что только психиатр может узнать, есть у больного психоз или нет. Если изменить закон так, как сказано в предыдущем абзаце, то судьба больного полностью попадает в руки психиатра. А психиатры, как и все люди, бывают разные. Среди них есть квалифицированные специалисты, а есть и не очень; есть люди безукоризненной честности, но может попасться и просто жулик. Возможность широко использовать недобровольное лечение создает условия для злоупотреблений. Поэтому лучше свести такую возможность к минимуму.

Возражение очень веское. Правда, его весомость ограничивается тем, что печальный опыт человечества убеждает, — никакие законы не исключают возможность злоупотреблений. Любой закон можно нарушить или обойти.

Кроме того, действующий закон, принося пользу одним (потенциальным жертвам злоупотреблений), наносит очевидный ущерб другим — больным и их родственникам, которые вовсе не намерены использовать вмешательство психиатра в корыстных или других неблагоприятных целях.

Если психиатр, придя к больному по просьбе его родных, видит, что у него нет ни ножа в руках, ни петли на шее, он должен представиться и спросить больного, хочет ли он обследоваться у психиатра. В случае отрицательного ответа психиатр обязан извиниться и уйти.

По улицам больших американских городов бродят тяжелые психически больные, которые составляют большинство бездомных в этой стране. Неизвестно, что едят эти люди. Они страдают от холода. Издали видно, что они нуждаются в лечении. Но их не лечат, потому что они не хотят, чтобы их лечили. Заставить их нельзя: они не нарушают никаких законов.

Правильно ли это?

Можно ли думать, что эти люди счастливы?

Можно ли назвать общество, членами которого они являются, гармоничным?

Советская психиатрия строилась на базе совершенно других нравственных ценностей. Приоритет интересов государства был абсолютен. Правила, касающиеся психиатрической помощи, не принимали во внимание возможный нравственный или

социальный ущерб, который наносился больным. Во избежание такого ущерба множество людей старалось не обращаться в психиатрические учреждения. Понятно, что это удавалось больным с наименее тяжелыми расстройствами. Они избегали неприятностей социального характера, но оставались без профессиональной помощи, в чем нет ничего хорошего. Но правила, разработанные на базе признания приоритета прав личности, тоже оставляют за бортом профессиональной помощи многих больных, только не наименее, а наиболее тяжелых. Кто возьмется утверждать, что это лучше?

Вряд ли самое изощренное законодательство в состоянии обозначить границу, по одну сторону которой необходимо считаться с желанием больного, а по другую можно и нужно его игнорировать. Опытный врач может это сделать в любом конкретном случае, и такой путь был бы наилучшим. Но общество нуждается в уверенности, что ни один врач никогда не злоупотребит своим правом решать это. Иначе возникает риск, что будут пострадавшие от злоупотреблений.

Закон уменьшает этот риск, но появляются больные, которые, объективно нуждаясь в помощи, не получают ее. Найти выход из этого противоречия — наша общая задача.

Глава IX

БОЛЬНЫМ И ЧЛЕНАМ ИХ СЕМЕЙ

Общие советы. Психиатр, психолог, психотерапевт, невропатолог. Как найти хорошего врача. Партнерские отношения с врачом. Общественное движение потребителей психиатрической помощи.

Боже, пошли мне смирение перед тем,
что изменить невозможно;
мужество, чтобы изменить возможное;
мудрость, чтобы отличить одно от другого.

Reinhold Niebuhr

Всякая болезнь — несчастье, психическая болезнь — тем более. Болезнь сильно затрудняет жизнь, и нужно постараться не усложнять ее сверх необходимости.

Каждая семья, в которой кто-то заболел психическим заболеванием, переживает несколько психологически разных периодов. Первый — это период шока, период неприятия, когда люди говорят себе: «Нет, этого не может быть, это ошибка, с нами этого случиться не могло». Второй — период отчаяния. «Все кончено, — говорят себе люди в это время. — Жить дальше невозможно, все планы рухнули, все надежды бессмысленны, впереди только темнота...»

Третий период характеризуется мучительными поисками причины болезни, попытками найти в прошлой жизни семьи ошибки, которые к ней привели, сожалениями и самообвинениями. Наконец, наступает четвертый период, когда семья задает себе вопрос, что теперь делать.

Бесполезно предостерегать от этих переживаний, они, наверное, неизбежны: так уж устроен человек. Но стоит сказать, что из всех этих периодов продуктивен только последний. Чем скорее сам больной и его семья признают факт болезни, чем скорее они поймут, что жизнь продолжается, и обратятся не к прошлому, а к будущему, тем лучше.

Правильная организация лечения больного, понимание, какие ограничения его возможностей создала болезнь, наконец, знакомство с проявлениями болезни и правильное к ним

отношение, — все это в огромном большинстве случаев позволяет избежать лишних ошибок и огорчений.

Опыт множества семей подтверждает это. Этот опыт говорит, что и сами больные, и члены их семей в первую очередь нуждаются в знаниях. Они нужны и для того, чтобы понять, к какому специалисту стоит обратиться, и для того, чтобы правильно построить отношения с врачом, и для многого другого. Сформулируем сначала несколько основных тезисов, а потом обсудим отдельно некоторые из них.

О том главном, что следует знать больным и их родственникам

1. Психические заболевания — точно такие же болезни, как все другие. Их симптомы выглядят иначе, чем те, которые встречаются при соматических заболеваниях, но на этом различия кончаются. И соматические, и психические заболевания подчиняются одним и тем же закономерностям возникновения, течения и исхода.

2. В большинстве случаев психическое расстройство возникает вне зависимости от условий жизни и житейских обстоятельств. Поэтому не стоит заниматься бесконечным анализом событий, которые предшествовали болезни. Тем более не следует обвинять себя в том, что один из членов семьи заболел.

Многие родственники больных (особенно родители) буквально изводят себя упреками в своем неправильном поведении, которое якобы и привело к болезни. Это ошибка. Одно время было модно изучать «шизофреногенные» (то есть ведущие к шизофрении) способы поведения матери по отношению к своему ребенку.

Замечательный французский психиатр Анри Эй однажды собрал описания всех вариантов такого поведения, появившиеся в научной литературе. Оказалось, что в это собрание попали вообще все формы взаимоотношений родителей со своими детьми, которые можно вообразить. Автор даже не стал тратить бумагу на критику концепции «шизофреногенных взаимоотношений». Свой прекрасный обзор он завершил по-французски элегантно фразой: «Что нам остается делать? Попробуем простить своих родителей...»

3. Не следует игнорировать болезнь, но и не нужно подчинять ей всю свою жизнь. Разумеется, болезнь мешает жить, накладывая на возможности больного определенные ограничения. Попытки не считаться с этими ограничениями не приводят ни к чему хорошему. Но считать, что все жизненные возможности загублены болезнью, — в подавляющем большинстве случаев грубая ошибка. Людям с больным желудком нельзя есть некоторых продуктов. Но все остальное им можно. Точно так же обстоит дело и при психических заболеваниях. Нужно выяснить, в чем ограничены возможности каждого конкретного больного, и не отказываться от всего остального.

4. Часто случается, что, как только больному делается лучше, он стремится прекратить принимать лекарства. Иногда это правильно; но обычно так поступать нельзя. Механизм болезни сложен. Те симптомы, которые мы видим, — только поверхностный его слой. Лекарства сначала воздействуют именно на него. Симптомы исчезают, хотя болезненный процесс не закончился: если прекратить лечение, они появятся вновь.

Поэтому бывает, что лекарства приходится принимать очень долго, хотя самочувствие остается вполне удовлетворительным. Лечение прекращают очень осторожно и постепенно, непременно советуясь с врачом и придирчиво наблюдая за тем, как меняется самочувствие в ответ на снижение дозы лекарственного препарата.

5. Если болезнь протекает в виде приступов и ремиссий, важно знать самые первые признаки приближающегося обострения. Часто предупреждают, что нужно обращать внимание на изменение настроения и нарушение сна. Это общие признаки; обычно они уже не первые. Внимательные к себе и способные к самоанализу пациенты обнаруживают у себя такие тонкие ощущения, что их даже трудно описать: легкое изменение жизненного тонуса, появление чуть большей, чем обычная, раздражительности, трудность сосредоточиться. У каждого такие признаки могут быть свои, и именно они особенно важны.

Ведь чем раньше уловить начинающееся обострение, тем легче не дать ему развернуться. Если вовремя принять меры, все неприятности могут ограничиться несколькими днями энергичного лечения.

6. Чем лучше взаимопонимание врача и пациента, тем эффективнее лечение. И врачи, и пациенты — всего-навсего люди. Люди бывают разные, и случается, что врач не нравится пациенту или пациент не нравится врачу.

Здесь нет ничего удивительного и ничего плохого. Так уж устроена жизнь: некоторые из нас нравятся друг другу, а некоторые вызывают противоположное чувство. Теперь у нас есть возможность выбора. Никогда не нужно жалеть времени, чтобы найти квалифицированного и подходящего по своим человеческим качествам врача. Эти усилия наверняка окупятся.

7. Нужно как можно больше знать о своей болезни. Нужно читать о ней и расспрашивать. Конечно, лучший источник информации — врач. Но у него никогда нет достаточного времени, чтобы рассказать больному все, что он хотел бы знать. Приходится искать другие источники, и нужно еще разобраться, какие из них надежны, а какие — не слишком. В одиночку это трудно.

На Западе огромную помощь своим членам оказывают ассоциации пациентов и их родственников. У нас они тоже появились. Если удастся найти такую ассоциацию, присоединитесь к ней. Если нет, — ее можно создать. Самая мощная в мире ассоциация родственников больных шизофренией возникла в результате беседы двух женщин, познакомившихся в кафе.

О том, как решить к какому специалисту лучше обратиться

Во второй главе этой книги я постарался объяснить, что граница между психическими и соматическими болезнями не особенно четкая. Принадлежность заболевания к тому или другому классу очевидна только в выраженных случаях, когда «простым глазом» видно, о чем идет речь.

Однако в менее ясных случаях бывает совсем не просто решить, к кому лучше обратиться за помощью, — к психиатру, к невропатологу, к психологу или к психотерапевту. Многие не очень хорошо представляют себе, какая разница между этими четырьмя специальностями.

Оставим пока в стороне причины, по которым к психиатру обращаться не хочется в принципе. Допустим, что нам чужды

обычные предрассудки, что мы свободны от каких бы то ни было предубеждений, и что мы решаем, к какому специалисту обратиться, исходя из единственной задачи, — получить наибольшую пользу.

Первый вопрос, на который придется себе ответить, состоит в том, представляется ли возникшая проблема *болезненной*. От ответа на этот вопрос зависит, к кому обращаться: к врачу или не к врачу. Психиатр и невропатолог — врачи, психолог — не врач. Психотерапией может заниматься и врач, и психолог, поэтому о психотерапевтах поговорим отдельно чуть позже.

Если есть уверенность, что возникшая проблема не имеет отношения к болезни (например, человек нервничает из-за того, что трудно добиться взаимопонимания в семье), то ни с невропатолога, ни с психиатра начинать не стоит. Лучше посоветоваться с психологом, подобные вопросы — его компетенция, и его помощь будет наиболее эффективной. Повторим еще раз: психолог — *это не врач*.

Если возникла очевидная болезненная проблема, нужно искать помощи у врача. Невропатолог и психиатр — врачи, поэтому выбор нужно делать между ними. Иногда сделать это достаточно просто: невропатолог занимается болезнями *тела*, психиатр (несмотря на всю условность этого утверждения в наше время) — болезнями *души*. Поэтому если онемела рука или случился радикулит, нужно идти к невропатологу, а если началась депрессия или беспокоят навязчивости, — к психиатру. Конечно, выбор может быть гораздо труднее, но принцип остается тем же.

С решением вопроса о том, когда нужно обратиться к психотерапевту, дело обстоит более сложно.

Психотерапия, в буквальном переводе на русский язык, — «душевное лечение», то есть лечение не лекарствами или физическими процедурами, а словами.

В первой трети XIX века в психиатрии возникли две школы, дискуссия между которыми сыграла (и продолжает играть) огромную роль в ее истории. Они назывались «школой психиков» и «школой соматиков». Основная концепция первой состояла в том, что в основе психических расстройств лежат психологические и философские проблемы, связанные с такими понятиями, как этика и мораль, порок и свобода

воли. Позиция школы «соматиков» была прямо противоположной. Согласно взглядам ее представителей, причина психических расстройств лежит в области телесных изменений, пусть еще и неизвестных. Победа «соматиков» привела к тому, что психиатрия стала областью медицины, а не философии.

Однако дискуссия между этими школами, пусть в сильно изменившемся виде, продолжается и сегодня.

В середине 80-х годов в Научном центре психического здоровья РАМН состоялся симпозиум с участием русских и американских психиатров. Замечательная его особенность заключалась в том, что по каждой теме заслушивалось два сообщения, по одному от каждой стороны, поэтому было легко сравнивать точки зрения.

Одна из тем касалась классификации психических заболеваний. Мы — большинство российских психиатров — настолько давно и прочно стоим на позиции «соматиков», что идеи «психиков» кажутся нам (буду осторожнее: кажутся мне) достоянием древней истории. Поэтому доклад американца меня потряс.

«Представьте себе, — начал он, — семью американцев китайского происхождения. Отец этой семьи занимается бизнесом и хочет привлечь к своему делу подрастающего сына. И вот сын, все больше знакомясь с делами отца, обнаруживает, что успех отцовского бизнеса основан на нечестности. Воспитание, полученное сыном в американской школе и в американской среде, сделало его нетерпимым ко всякой нечестности. Однако воспитание, полученное им в китайской семье, не позволяет ему не только критиковать отца, но даже и допустить мысль, что отец может быть в чем-то не прав. У сына возникает тяжелый психологический конфликт...» Далее, анализируя варианты развития этого конфликта, докладчик обрисовал возможность возникновения почти всех известных психических заболеваний.

От того, к каким взглядам приближается позиция того или иного врача, зависит его отношение к возможностям психотерапии. Крайние точки зрения («психотерапия может все» и «психотерапия совершенно бесполезна») разделяют немногие. Как это обычно бывает, обе крайности, скорее всего, неверны. В большинстве случаев с помощью психотерапии невозможно излечить психическое заболевание, но можно очень и очень помочь больному, научив его справляться с проблемами, которые создает болезнь.

Именно по таким поводам и нужно обращаться к психотерапевту. Я раздражителен; от раздражительности я буду лечиться у психиатра; но лечение может принести успех не так скоро; как мне научиться избегать неприятностей из-за моей раздражительности? Или: я страдаю страхом перед толпой; я лечусь, но лечение помогает медленно, и мне трудно ходить по магазинам; как мне делать покупки? Помочь *в решении подобных проблем* — компетенция психотерапевта, и его работа в таких случаях чрезвычайно эффективна.

Еще одна трудность может заключаться в вопросе, обращаться ли к психотерапевту в первую или во вторую очередь. Этот вопрос тоже не так прост.

Если психотерапевт — психиатр, то вопрос этот вообще не возникает, потому что человек попадает к *врачу*. Именно это — самое главное: врач сначала разберется, болен ли этот человек, если да, то чем именно, и только потом будет думать, какое место должна занять психотерапия в комплексе необходимых (или желательных) лечебных мероприятий. Такая последовательность действий абсолютно логична и эффективна.

Психолог, пусть и очень хороший психотерапевт, — *не врач*. Поэтому решить, болен его клиент или здоров, — вне его компетенции. Психолог-психотерапевт не должен работать с клиентом до консультации психиатра, потому что иначе возникает риск, что психотерапевтические методы будут использоваться для решения таких проблем, которые в принципе не могут быть разрешены с их помощью.

К сожалению, так думают далеко не все психологи, занимающиеся психотерапией. Поэтому, когда больной обращается в первую очередь к такому специалисту, лечение начинается до того, как решается вопрос о диагнозе (практически такой вопрос даже и не ставится). Это неправильно; нарушается логика лечебно-диагностического процесса; и это не формальная придирка. Эта логика, отработанная многими годами, боится от грубых ошибок, которые могут обойтись очень дорого.

К психотерапевту-психологу не стоит обращаться в первую очередь. Его работа должна начинаться только после консультации врача. В этом нет ничего обидного, — такова специфика профессии.

В качестве резюме построим схему наших размышлений в том случае, если возникла проблема «расшалившихся нервов».

Во-первых, думаем, к какой области относится наша проблема — к области медицины или к области нормальной психологии. Если есть уверенность в последнем, — вопрос решен, ищем помощи у психолога. *Если такой уверенности нет*, — идем к врачу. Никогда не стану повторять, что лучше пойти к врачу напрасно, чем не пойти к нему, когда это нужно.

Во-вторых, решив пойти к врачу, думаем, к какому именно. «В минуту *душевной* невзгоды» обращаемся к психиатру, презрев предрассудки, мифы и предубеждения.

Конечно, практически от человека не требуется столь скрупулезная самодиагностика. Если нужен психиатр, а больной попал к невропатологу, — это не беда. Главное, что он попал к *врачу*, который разберется в тонкостях.

Мы не коснулись вопроса о квалификации врача, молчаливо предполагая, что попадем к врачу *хорошему*. Закрывать глаза на то, что врачи бывают разные, было бы нечестно. Выбор хорошего врача — это отдельная и очень важная задача.

О том, как выбрать хорошего врача

В последние годы этот вопрос стал особенно актуальным. Раньше мы были привязаны к районной поликлинике или диспансеру, и выбирать особенно не приходилось. Времена изменились, и о выборе можно (и нужно) думать. Даже в учреждении «по месту жительства» можно обратиться к другому врачу, если не нравится участковый; кроме того, свои услуги предлагают многочисленные клиники и медицинские центры, частнопрактикующие врачи и разного рода «целители». О последних говорить не буду. Если человеку не жаль времени и денег, — это его дело.

Прежде всего хотелось бы сказать, что лечиться лучше у *одного врача*. Часто пациент растерянно рассказывает, что советовался с несколькими весьма известными специалистами, и каждый дал собственные, отличающиеся от других, рекомендации. Кого слушаться, непонятно.

Разные рекомендации не обязательно означают, что одна из них правильная, а все остальные — нет. Одного и того же эффекта

можно добиться разными способами. Подобно тому, как мастер добивается наилучшего результата с помощью своих собственных инструментов, у каждого врача может быть излюбленный арсенал лечебных средств. Важно, чтобы этот арсенал использовался последовательно. Следуя рекомендациям то одного врача, то другого, пациент нарушает эту последовательность, лечение утрачивает логичность, и результат получается хуже. На первых порах естественно консультироваться у разных специалистов, но, прежде чем начинать лечение, нужно остановиться на одном из них.

Как же все-таки сделать выбор?

Конечно, большую роль играет информация, которую удается получить о враче. Обычно обращаются к тому, кто уже лечил кого-то из родственников или знакомых, и их отзывы бывают очень важны. Однако окончательное решение принимают при личном знакомстве.

При встрече с врачом следует оценить его готовность к сотрудничеству с самим пациентом и членами его семьи. Стремление как можно яснее описать сложившуюся ситуацию, объяснить, чего следует ожидать, в чем и когда должен проявиться эффект от рекомендуемого лечения, какие нежелательные явления в связи с ним могут возникнуть и как в таком случае поступить, — все это свидетельствует о квалификации врача и о его заинтересованности в успехе лечения.

Хороший врач часто предупреждает пациента о необходимости тщательно подобрать подходящие лекарственные препараты и их дозы, в связи с чем первые назначения могут оказаться не окончательными. При последующих встречах он обсуждает результаты лечения и готов изменить его, если результаты не соответствуют ожиданиям. Наконец, хороший врач не скрывает границы своих возможностей и, при необходимости, не стесняется посоветовать пациенту консультацию специалиста более высокой квалификации.

Важную роль играют и личные отношения, которые складываются с врачом. И врач, и пациент — живые люди, и при прочих равных условиях взаимная совместимость — существенное условие продуктивного сотрудничества.

О том, как трудно быть партнером

Выбор врача очень важен; но это еще не все. Успех лечения зависит и от пациента тоже.

Еще во времена Гиппократов сложилась форма взаимоотношений врача и больного (сейчас это называется «этическая модель»). Согласно древней, но живой и сегодня традиции доктор говорит, а пациент слушает и выполняет. Ему совершенно не нужно понимать, почему доктор дает те, а не какие-нибудь другие советы, это не его ума дело. *Патерналистская этическая модель* взаимоотношений врача и пациента устраивала их обоих на протяжении многих и многих веков. Но «меняются времена, и мы меняемся вместе с ними».

По мере того, как люди становятся более образованными, все большее их число перестает удовлетворяться советами вроде «восемь дней принимайте эти пилюли утром и вечером, непременно запивая молоком». Пациенту стало интересно, что это за пилюли, нет ли других, получше. Он спрашивает, что случится, если запивать их не молоком, а кефиром. И на каком основании доктор так точно определил, что принимать их нужно именно восемь дней, а не семь и не девять...

Одним словом, пациент перестал *слепо* доверять врачу. На смену отживающей патерналистской модели приходит новая этическая модель, *партнерская*. Конечно, ее формирование — долгий процесс. Но он происходит на наших глазах.

Новая этическая модель не предполагает, что доверие к врачу уменьшилось. Вовсе нет. Доверие сохраняется; просто оно становится осознанным, оно теперь основано на понимании происходящего, на знании соображений, которыми руководствуется врач. Позиция «начальник — исполнитель» постепенно уступает позиции «партнеры», пусть даже старший и младший.

Разумеется, партнерские отношения очень трудны для врача. Но было бы ошибкой думать, что для пациента они легче.

Человек вправе знать, чем он болен. Закон о психиатрической помощи обязывает меня дать пациенту четкий и ясный ответ на этот его вопрос, причем Закон подчеркивает: «в доступной для него форме». И я — совершенно искренне! — согласен с этими требованиями Закона.

Но вот выполнить их — ничуть не более простая задача, чем этот самый диагноз поставить.

Очень хорошо, когда пациент знает свой диагноз. Это обеспечивает его сотрудничество с врачом, им легче обсуждать все связанные с болезнью проблемы, их отношения более открыты и более продуктивны. Именно поэтому Закон формулирует свои требования, и именно поэтому я с ними согласен.

Но я ведь знаю, что будет, если я просто *назову* диагноз. Мой пациент отправится «собирать информацию» о своей болезни. У него соседка — медицинская сестра, и он при случае поговорит с ней. У него на полке стоит «Популярная медицинская энциклопедия», и он ее почитает. У него на столе стоит компьютер, и он поищет сведения о своей болезни в Интернете. Когда пациент придет ко мне в следующий раз, мне придется лечить его вовсе не от той болезни, диагноз которой ему известен, а от тяжелой депрессии, которая у него разовьется в ответ на эту самую информацию...

Я этого не хочу. Мне нужно, чтобы пациент понял, — одно только название болезни почти ничего не значит. Ну, в самом деле, один из наших знакомых на прошлой неделе перенес грипп, другой — «острое респираторное заболевание». Много мы можем сказать по поводу того, кто из них болел тяжелее?

Мне нужно, чтобы пациент понял, что подавляющее большинство болезней может протекать по-разному — легко и тяжело, при этом с множеством промежуточных вариантов. Что общеизвестное представление о сравнительной тяжести разных болезней («чума тяжелее насморка») абсолютно достоверно только в таких крайних примерах, как тот, который приведен в скобках. Что он — пациент — намерен лечиться, а течение болезни «просто» и ее течение под воздействием лечения — это совершенно разные вещи.

Мне хотелось бы даже, чтобы мой пациент понял и кое-что еще. Не только он один собирается лечиться от своей болезни. Множество других людей, заболевших тем же самым, чем он, лечатся тоже. И это происходит уже долгое время. Систематическое лечение целых поколений людей, страдающих определенной болезнью, — это не просто помощь этим людям. Это еще постоянное и длительное воздействие на саму болезнь.

В наше время течение большинства болезней сильно изменилось под этим воздействием. Существует даже специальный, достаточно трудный, но очень интересный термин — «лекарственный патоморфоз». Им обозначают то, как болезнь выглядит теперь (когда всех, кто ею болен, лечат), по сравнению с тем, как она выглядела раньше (когда больных не лечили или лечили средствами, которые не могли всерьез воздействовать на болезнь)¹.

Я спокойно сообщу пациенту его диагноз только в том случае, если он все это знает и понимает. И я готов с удовольствием ответить на все вопросы, вытекающие из его знаний, — об особенностях течения болезни в данном конкретном случае.

Такой разговор — беседа настоящих партнеров, и ничего, кроме пользы, он не может принести обоим собеседникам. Но вот читать лекцию обо всем только что сказанном я не готов. Это уже не разговор партнеров, а учебный процесс.

Партнерская этическая модель предполагает, что партнеры знакомы с делом, которым занимаются. Оба партнера. Иначе у них ничего не получится. Поэтому пациент должен быть образован в области своей болезни. Смешно было бы требовать, чтобы он поступил для этого в медицинский институт, тем более что, в отличие от врача, до всех остальных болезней ему нет никакого дела. Но о своей болезни ему нужно знать, чем больше, тем лучше.

Получить нужные знания не так просто. В специальной литературе трудно ориентироваться, большинству читать ее не под силу. Популярной литературы немного, а в той, которая есть, нужно научиться разбираться, потому что, к сожалению, наряду с хорошими книгами продается множество чепухи.

В одиночку преодолеть все эти трудности очень сложно. Гораздо лучше это получается сообща, в рамках общественных организаций, которые объединяют пациентов и членов их семей.

¹Когда матросы Колумба привезли в Европу сифилис, он протекал как острое заболевание с высокой температурой и часто приводил к скорой смерти. В наши дни проблема заключается в том, чтобы вовремя выявить сифилис: заболевший может не чувствовать себя больным. Нельзя утверждать, что проявления болезни изменились только в связи с лечением, но, скорее всего, оно сыграло не последнюю роль.

О том, что такое общественное движение потребителей психиатрической помощи

Эффективное общественное движение людей, которых сейчас принято называть потребителями психиатрической помощи, возникло в самом начале XX века. Имя Клиффорда Бирнса, стараниями которого оно было основано, уже упоминалось. С тех пор прошло сто лет. В мире работают сотни и тысячи больших и малых общественных организаций, действующих и в масштабе одного квартала, и города, и страны, и континента, и всего мира.

Ни одно государство не в состоянии удовлетворить все нужды больных. На некоторые из них не хватает денег; другие нужды остаются неизвестными политикам и организаторам помощи. Есть и такие, удовлетворение которых просто не входит в функции государства. Общественные организации не только в меру своих возможностей удовлетворяют эти нужды, принося пользу каждому из своих членов лично. Ассоциации пациентов изменяют взаимоотношения врачей и больных, стимулируют улучшение психиатрической помощи, привлекают внимание политиков к своим нуждам, добиваются улучшения положения больных в обществе и, в конце концов, способствуют тому, чтобы все общество в целом становилось более зрелым и совершенным.

Опыт реальной общественной жизни в нашей стране невелик. Общественные организации, которые возникли в новейший период ее истории, еще очень молоды. Они делают только первые шаги; однако самое главное, что они их делают.

Ассоциации пациентов и их родственников возникают по их собственной инициативе. Обычно все начинается с того, что два-три человека, объединенные общей бедой, решают помочь друг другу, — хотя бы тем, что обсудить свои проблемы, связанные с болезнью. Обсуждать их с человеком, которому они знакомы по собственному опыту, гораздо легче, чем с кем-нибудь еще. Можно рассчитывать на понимание; можно быть уверенным, что тебе не скажут «Возьми себя в руки» (совет, который больные уже просто не могут слышать).

Постепенно к маленькому сообществу присоединяются новые люди. Часто они испытывают огромное облегчение просто

оттого, что узнают, что они не одиноки в своем страдании; ведь многие думают, что их «странность» — единственная в мире. По мере того, как группа растет, появляется нужда в создании определенных правил, например, нужно договориться о том, где и когда встречаться. *Появляется общественная организация*, независимо, зарегистрирована она официально или нет.

Со временем группы начинают ставить перед собой более сложные задачи, чем простая взаимопомощь. Они собирают литературу, посвященную тем вопросам, которые важны для участников группы; они знакомятся с теми способами, которые помогают их решить; они обмениваются опытом и объединяются в более крупные ассоциации.

В мире работают десятки (может быть, сотни) тысяч подобных групп. Они называются группами самопомощи или группами взаимной поддержки. Их опыт доказал, что они приносят своим членам огромную пользу. Работа в общественной организации помогает больному не просто обсуждать свои недуги с товарищами по несчастью. Она позволяет вновь обрести уверенность в себе, восстановить самоуважение, найти применение своим способностям. Для многих больных такая работа стала ступенькой для возвращения к нормальной жизни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Путь к тому, чтобы психически больные могли жить достойно, путь, начатый Филиппом Пинелем в 1792 году, не пройден до конца и сегодня. За это ответственны мы все, — и ученые, которым никак не удастся расшифровать природу шизофрении и договориться о ее границах, и врачи, у которых никогда нет времени для разъяснений, столь необходимых их пациентам, и политики, которые никак не могут создать достаточно хорошие законы, и общество, которое клеймит ярлыком «сумасшедший» всех наших пациентов подряд.

Вне наших сил ускорить прогресс науки. Психиатры могут больше, чем знают, — доля истины в этой старой шутке очень велика. Мы должны делиться с людьми тем, что знаем, и признаваться в том, что нам пока неизвестно. Да, мы не знаем причину многих болезней; да, мы не можем толком объяснить, почему помогает электрошок или аминазин. Но много ли найдется профессий, представители которых могут похвастаться, что они знают о своем деле все до конца?

Чем более открытыми будут наши отношения с обществом, тем меньше будет нелепых домыслов о психиатрии, — вроде того, что психиатры «зомбируют» пациентов или «сажают их на иглу». Чем лучше люди будут знать о психических болезнях и психически больных, тем скорее они начнут понимать, что название болезни значит гораздо меньше, чем личные качества человека, который ею страдает.

Чем больше будет это понимание, тем внимательнее общество начнет относиться к нуждам больных, — а это приведет к

тому, что им легче будет справиться с этими нуждами; бремя, созданное болезнью, станет не таким тяжелым.

Потребность в знаниях такого рода существует во всех странах. Кое-где она удовлетворяется лучше, кое-где — хуже. Несколько лет назад в Европейском парламенте было организовано заседание, в котором участвовали члены GAMAN-Europe, международной ассоциации, объединяющей психиатров, психически больных и их родственников.

Чиновник, отвечающий за европейскую политику в области психического здоровья, целый день внимательно слушал их выступления, объяснив, что о потребностях больных лучше всего узнавать из их собственных уст. Может быть, и наша Государственная Дума когда-нибудь организует такое заседание?

Мы должны быть очень внимательны ко всему, что имеет отношение к психическому здоровью. Ведь «психе» значит «душа».

Приложение 1 ПРИЧИНЫ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

Орловская Диана Дмитриевна

доктор мед. наук, профессор

Научный центр психического здоровья РАМН

История представлений о происхождении психозов

Из сведений, приведенных в этой книге, читатель уже понял, что психических болезней много, и они весьма различны по своим проявлениям. Столь же многочисленны и причины, их вызывающие — врожденные и приобретенные, внешние и внутренние, психологические и биологические. Одни из них известны, к выяснению других наука приблизилась, в отношении же целого ряда психических заболеваний врачи и ученые, вступив в XXI век с рядом крупнейших научных достижений, все еще должны признать, что происхождение их остается неизвестным, как и причины многих других болезней человека.

История развития представлений о происхождении психозов отражает историю развития самого человеческого общества. Необычность поведения и высказываний психически больных людей всегда производили большое впечатление на окружающих. Непонятность и загадочность их душевной жизни вызывали любопытство и страх, порождая многие бытовые, мистические и псевдонаучные толкования, особенно на домедицинском этапе развития психиатрии. В поступках «помешанных» окружающие были склонны видеть отражение проникновения в их тело чуждых и враждебных сил — животных, беса, дьявола, а иногда, напротив — воплощение «божественного духа».

Справедливости ради необходимо заметить, что и в наши дни в мире существуют изолированные сообщества, ведущие примитивно-первобытный образ жизни с особыми традициями

и обычаями (например, некоторые племена в Латинской Америке и Африке) Им также свойственны самые экзотические, религиозно-мистические взгляды на психотическое поведение. Примером могут служить поверья народностей Коми-Пермятского национального округа в нашей стране, согласно которым нелепое по внешним проявлениям поведение психически больного человека связывается с вселением в него «икотки» — чело-векообразного существа, руководящего всеми его поступками.

С конца XVIII века началось сближение психиатрии с общей медициной, что обусловило появление элементов материалистического толкования природы психических расстройств. Первоначально это были самые упрощенные представления, среди которых преобладали взгляды на «отравление» организма ядами из различных органов — кишечника, печени, эндокринных желез и др., в связи с чем предпринимались попытки очищения организма, чаще всего кровопусканием. Но затем душевные болезни стали связывать с мозгом и, если речь шла о возбужденных больных, то стали применять успокоительные средства, расслабляющие ванны и т. п.

В дальнейшем появилось большое число различных теорий относительно причин возникновения тех или иных психических нарушений, многие из которых сейчас представляют лишь исторический интерес, отражая уровень развития науки того времени. Среди них были как достаточно близкие современным взглядам мнения, так и крайне механистические, наивные и идеалистические воззрения, а также лженаучные теории.

В связи с этим нельзя не упомянуть учение о «вырождении» (дегенерации) человека как причине психических заболеваний, с которым может быть связано развитие антинаучной концепции немецких нацистов о психозе как выражении неизлечимой наследственной патологии, требующей «удаления» из общества «пораженных» индивидуумов. Как известно, это привело к уничтожению огромного числа психически больных в Германии и ряде других стран в период их оккупации немецкими войсками во время Второй мировой войны.

Но генеральной линией развития клинической психиатрии было постепенное формирование взглядов на причины психических болезней на основе естественных наук, связанных с

изучением мозга — нейронаук. К ним относятся нейроанатомия, нейрофизиология, нейрохимия, нейроиммунология и др. Область психиатрии, использующая методические приемы этих наук для выяснения причин и механизмов развития психических расстройств, получила название «биологическая психиатрия».

Говоря о нейронауках, следует особенно подчеркнуть значение работ И. П. Павлова об условных рефлексах, процессах возбуждения и торможения в нервной системе, типах личности, которые оказали огромное влияние не только на развитие физиологии нервной системы, но и на понимание некоторых видов психических нарушений (например, кататонического ступора, или обездвиженности), разработку ряда методов лечения (терапия сном, условно-рефлекторная выработка отвращения к алкоголю, поведенческая терапия).

Заметным периодом в психиатрии стало последнее десятилетие XX века, которое Всемирной организацией здравоохранения по инициативе правительств и общественных научных организаций ряда стран было объявлено «Десятилетием мозга». Эта инициатива была направлена на привлечение внимания к исследованиям мозга и болезням с ним связанным, в первую очередь — к психическим.

Большое влияние на изучение причин психических заболеваний оказало также развитие психофармакологии, генетики и внедрение в практику компьютерных технологий. Последние позволили усовершенствовать прижизненные исследования мозга человека (разные виды компьютерной томографии мозга, регистрация мозгового кровотока, картирование биоэлектрической активности мозга и др.).

Все, что мы сейчас знаем о причинах психических нарушений, так или иначе связано с прогрессом в познании структуры и функции мозга и нейронаук в целом.

Головной мозг и как он функционирует

В отличие от многих других органов человеческого тела ткань головного мозга является очень нежной, так как она содержит много жироподобных веществ. Природа создала для него достаточно прочную защиту. Такой защитой являются,

прежде всего, кости черепа. Кроме того, мозг дополнительно защищен несколькими оболочками и слоем жидкости, которая циркулирует по всей ЦНС (центральной нервной системе), включая внутренние полости головного мозга (желудочки мозга) и спинномозговой канал — отсюда и ее название «спинномозговая жидкость» (СМЖ), или ликвор.

Головной мозг состоит из двух полушарий — правого и левого, которые соединены между собой мозолистым телом, состоящим из множества поперечно идущих нервных волокон. Ниже него расположен ствол головного мозга, переходящий в спинной мозг.

В каждом из полушарий выделяют доли — лобную, височную, теменную и затылочную. В пределах этих долей, в свою очередь, выделяют области (поля), ответственные за разные функции — движения, слух, зрение и т. п. С полушариями головного мозга связаны также функции речи, памяти, мышления и интеллект в целом, и эмоциональные реакции. Такая локализация функций объясняет, почему при очаговом поражении мозга (кровоизлиянием, опухолью и др.) возникают соответствующие нарушения (паралич, расстройства речи). Кроме того, установлено, что полушария имеют в отношении функций некоторую «специализацию»: левое полушарие в большей степени отвечает за логическое мышление и речь, а правое — за восприятие и эмоции.

В основании головного мозга расположен целый ряд важнейших структурных образований (таламус, гипоталамус и др.), а также средний и продолговатый мозг, в которых имеются центры, регулирующие многие жизненно важные функции — сердечную деятельность, дыхание, функции отдельных органов и систем. За стволом мозга расположен мозжечок, основной функцией которого является координация движений.

Ткань мозга состоит из нескольких миллиардов нервных клеток (нейронов) и сети их отростков, которые позволяют клетке получать и принимать сигналы (импульсы) от других клеток, проводить их и передавать другим клеткам через специальные контакты. Важной особенностью строения мозговой ткани является то, что одна нервная клетка может быть связана с десятками тысяч других. В этом отношении нейронные сети мозга

напоминают современные компьютерные системы. Однако нейронные сети мозга человека намного сложнее и совершеннее.

Нервный импульс представляет собой электрический разряд (фиксируемый при записи биотоков мозга методом электроэнцефалографии), который передается от одной клетки к другой. В местах контактов нейронов электрический импульс передается с помощью химического «передатчика» — *нейротрансммитера (медиатора)*. Такой нейротрансммитер, будучи определенным химическим веществом, обеспечивает направленность движения импульса по определенным сетям. Последнее связано с тем, что нейротрансммитер действует только при наличии соответствующего ему по химической структуре места связывания, которое носит название *рецептора*.

Сейчас известны несколько десятков различных нейротрансммитеров и еще больше типов их рецепторов и открываются все новые и новые, усложняя задачи ученых, пытающихся разобраться в «поломках», приводящих к психическим расстройствам. Но есть основные нейротрансммитеры — норадреналин, дофамин, серотонин, гаммааминомасляная кислота (ГАМК) и эндорфины. По их расположению и локализации их рецепторов различают отдельные нейрохимические системы мозга — норадренергическую, дофаминергическую, серотонинергическую и другие, с которыми связан целый ряд предположений о развитии психических нарушений.

О понятии «причина» болезни

Установление причин болезней в психиатрии столь же сложно, как и в других областях медицины. Но в психиатрии имеются и дополнительные сложности, связанные с невозможностью непосредственного исследования мозга при жизни больного. Упомянувшиеся выше новые методы прижизненного изучения мозга все же имеют естественные ограничения.

Ключевым вопросом при любом заболевании человека является вопрос о том, почему при наличии определенной причины заболевание возникает не у всех пораженных ею людей, а также почему при наличии одной и той же причины у одних индивидуумов, применительно к психиатрии, развиваются лишь

легкие астенические явления, а у других — тяжелейший психоз. Это дает основание утверждать, что появление болезни — лишь внешнее выражение целой цепи событий, внешних и внутренних, без учета которых понимание ее невозможно.

Понятием «причина» часто, как в обыденной жизни, так иногда и в медицине, объединяются две различные категории — собственно причина (ее принято обозначать термином «этиология») и механизм развития болезни («патогенез»), а также условия, позволяющие реализоваться действию болезнетворных факторов.

Особенно часто эта путаница находит отражение в попытках родственников и близких больному людей объяснить психиатру причину его заболевания: обычно говорят о душевном потрясении в связи с семейными (например, измена мужа и распад семьи) или производственными (увольнение с работы) проблемами; пережитом страхе (укус собакой ребенка); психической перегрузке; том или ином соматическом страдании т. п. Еще известный немецкий психиатр Крепелин писал, что роль таких внешних влияний незначительна, и они скорее являются лишь толчком к появлению болезни. Повседневный психиатрический опыт доказывает справедливость этого положения.

Касааясь условий развития болезни, можно провести аналогию с инфекционными заболеваниями, когда попадание в организм микроба или вируса совсем не означает наличие болезни, и в таких случаях говорят лишь о «носителе» инфекционного агента (сейчас, например, мы много слышим о носителях ВИЧ-вируса). Отсутствие соответствующего заболевания обусловлено наличием мощных защитных сил организма (в первую очередь иммунных барьеров). Что касается психических болезней, то к ним нужно прибавить защитные силы и самой нервной системы.

В психиатрии особое место занимают и социальные факторы: степень социального напряжения в обществе, экономическая и социальная среда, особенности непосредственного окружения больного, его семейный статус, а также личностные особенности. Все эти условия внутренней и внешней среды могут как способствовать, так и препятствовать возникновению болезни, но сами они ее не вызывают. Устранение же причины

развитие болезни предупреждает ее (например, своевременное лечение инфекции).

Более сложным является разграничение причин и механизмов развития болезни. Рассмотрим их соотношение на ставшем классическим примере сифилиса нервной системы. Совершенно очевидно, что причиной болезни является во всех случаях инфекционный возбудитель — бледная трепонема (спирохета). Но в одних случаях она вызывает массивное поражение мозговой ткани, и тогда развивается тотальное слабоумие, называемое «прогрессивным параличом»; в других — речь идет об очаговом поражении мозга по типу опухолевидных образований, и тогда картина болезни напоминает таковую при опухолях; в третьем случае имеет место поражение в основном сосудов головного мозга с картиной сосудистых расстройств; в четвертом — поражается в основном спинной мозг (возникает так называемая спинная сухотка). Таким образом, одна и та же причина действует по разным механизмам, приводя к совершенно к разным проявлениям заболевания (в психиатрии указанные варианты сифилитического поражения нервной системы и рассматриваются как разные болезни). Сказанное о сифилисе может быть отнесено и ко всем другим инфекциям, а также и другим причинным факторам. При одних психических болезнях больше известно о причинах болезни (инфекции, травмы и др.), при других — о возможных механизмах развития патологии (шизофрения, аффективные психозы).

Внешние и внутренние причины психических расстройств

Что касается собственно причин психических расстройств, то их традиционно принято делить на *внешние (экзогенные)* и *внутренние (эндогенные)*. Соответствующим образом разделяются и сами психические заболевания, хотя, как будет видно из изложенного ниже, такое подразделение весьма условно. Говоря о внешних причинах, имеют в виду черепно-мозговые и общие травмы, инфекции, интоксикации (в том числе алкоголем и наркотиками) и занимающее особое место в психиатрии собственно психическое воздействие (психотравма, психогения), которое может быть как кратковременным (острым), так и

длительным (хроническим). Психическая травма способна вызывать массивные физиологические и нейрохимические изменения в мозге, а также сосудистые и соматические изменения, приводящие к психической патологии.

Чрезвычайно различны реакции человека на психические травмы, которые зависят не только от силы и длительности травматического воздействия, но и от целого ряда предрасполагающих факторов и условий. Поэтому в одних случаях психогения вызывает лишь легкую депрессию, в других — более длительное и тяжелое депрессивное состояние, в третьих — обездвиженность (реактивный ступор), а иногда и психоз с бредом и галлюцинациями. При этом в последнем случае нельзя исключить возможности того, что психическая травма спровоцировала выявление скрытой болезни, например, шизофрении.

В последнее время особое внимание привлечено к комплексному воздействию целого ряда внешних факторов, которое имеет место при природных и техногенных катастрофах, при вовлечении людей в боевые действия, в ситуации пребывания в заложниках, при разного рода насилии и т. п. В этих случаях развиваются особого вида психические нарушения, получившие название «посттравматического стрессового расстройства».

Но на психике человека сказываются не только чрезмерные психические нагрузки, но и их недостаточность и тем более полное отсутствие привычных для человека раздражителей. Так, полная изоляция, например, в условиях эксперимента в сурдокамере, может приводить к достаточно тяжелым реакциям с бредом и галлюцинациями.

В детской психиатрии выделяются расстройства, обусловленные недостаточностью эмоционального и тактильного контактов ребенка с матерью на ранних этапах его развития, которая при длительном существовании может приводить и к задержке психического развития.

Возраст пациента вообще имеет большое значение в формировании психической патологии: чем на более ранний возраст приходится действие той или иной причины, тем более тяжелыми являются психические нарушения. Особенно ранимым является мозг в период его развития (внутриутробный и ранний детский). В этих случаях, как правило, возникает остановка или

задержка психического развития с картиной умственной отсталости (олигофрении), и такие состояния необратимы.

Для понимания соотношения между причиной и характером возникающих психических нарушений важно также учитывать, вызывает ли вредоносное воздействие поражение структуры мозговой ткани (как это имеет место при опухолях или массивных кровоизлияниях) или нарушается только ее функция. В первом случае говорят об «органических» болезнях, а во втором — о заболеваниях «функциональных». К последним относят многие виды реакций на психогенные травмы, в частности невротические расстройства.

До сих пор мы рассматривали в основном внешние причины психических расстройств. Вместе с тем своего рода «ядро» и загадку клинической психиатрии в отношении происхождения болезни составляют заболевания эндогенные, развитие которых определяется в первую очередь внутренними причинами. К таким болезням относят шизофрению, аффективные психозы (депрессия, маниакально-депрессивный психоз), психозы, возникающие в пожилом возрасте, старческие деменции и многие наследственные заболевания.

Шизофрения

На всем протяжении изучения шизофрении (раннего слабоумия) существовало много самых разных взглядов на происхождение этого заболевания, и до сих пор единой концепции, которую разделяли бы все психиатры, нет.

Если обратиться к старым представлениям о причинах шизофрении, то мы найдем здесь мнения о том, что шизофрения связана с полученной в детстве психической травмой, влиянием «плохой» матери, что она обусловлена плохими взаимоотношениями в семье, бессознательной гомосексуальностью (во фрейдистском понимании), неудовлетворенной сексуальностью, отравлением мозга продуктами нарушения функции внутренних органов (особенно часто такое отравление связывалось с патологией эндокринных желез) и др. В середине прошлого века достаточно популярными, особенно в зарубежной психиатрии, стали теории психологического и социального толка вплоть до представлений о том, что шизофрения вовсе не бо-

лезнь, а «особое мировоззрение», своего рода «особый образ существования». Однако такого рода взгляды были существенно поколеблены после введения в практику методов прижизненного исследования мозга, которые показали, что при шизофрении, как и при многих других психических болезнях, имеют место достаточно выраженные мозговые изменения.

Это в значительной мере стимулировало никогда не прекращавшиеся биологические исследования шизофрении, которые были направлены не только на установлении характерных для шизофрении изменений на уровне мозга (например, были обнаружены «выпадения» части нейронов, особые формы нарушений их строения; установлены некоторые электроэнцефалографические особенности и др.), но и поиски нарушений обмена, в частности белкового, с которым связывали повышенную «токсичность» крови и мочи некоторых групп больных.

Особенно сильным аргументом в пользу биологической основы шизофрении было успешное лечение больных шизофренией появившимися в середине XX столетия антипсихотическими средствами — нейролептиками. Оказалось, что их терапевтическое действие связано с влиянием на определенные мозговые системы, функция которых обеспечивается тем или иным нейротрансмиттером и его рецепторами. Все это способствовало формированию современных гипотез происхождения шизофрении.

Одной из самых старых гипотез является наследственная. Она основана как на повседневных клинических наблюдениях, так и на современных генетических исследованиях. Издавна людям, даже далеким от медицины, было известно, что шизофренией чаще болеет человек, в семье которого уже есть лица, страдающие этим заболеванием. Эти наблюдения получили подтверждение и в специальных научных исследованиях.

В психиатрии в этих случаях говорят о «семейном накоплении» болезни и о более высоком «риске» развития шизофрении для родственников больных. Более того, было установлено, что степень этого риска зависит от степени близости семейного родства: риск развития шизофрении у родителей больного составляет 14%, у его братьев или сестер — 15-16%, у детей страдающих шизофренией родителей — 10-12%.

При этом заболевание у отдельных членов семьи может проявляться не только явным психозом, но и маловыраженными, «стертыми» психическими расстройствами или изменениями личности шизофреноподобного типа.

Для подтверждения наследственной основы шизофрении большую роль сыграл метод «приемных детей», позволивший разделить собственно наследственные влияния от психологического влияния семейного окружения. Этот метод состоит в том, что детей больных шизофренией родителей в самом раннем возрасте отделяют от них, передавая на воспитание в здоровые семьи, т. е. психически здоровым приемным родителям. Было установлено, что у воспитывавшихся в здоровых семьях детей это заболевание развивается с той же частотой, что и у детей, которые оставались с больными родителями.

Доказательством существенного вклада генетического фактора в развитие шизофрении служат и близнецовые исследования, особенно изучение однояйцевых близнецов, которые генетически идентичны. Оказалось, что показатель совпадения (конкордантность) наличия болезни у однояйцевых близнецов очень высок — 30-50%, у двуяйцевых он ниже — 10-20%. Но обратим внимание на то, что полной конкордантности нет даже у однояйцевых близнецов. Поэтому сейчас принято считать, что приведенные цифры отражают «вклад» наследственных факторов, а остальная часть определяется негенетическими факторами — средовыми.

На основе изложенных фактов был сделан вывод, что шизофрения не является типично наследственным заболеванием (где показатель наследственных влияний достигает 100%) и ее правильнее рассматривать в группе заболеваний с наследственным предрасположением, которое реализуется под влиянием многих дополнительных факторов (стрессовых и других).

Таким образом, речь идет о том, что *шизофрения — это мультифакторное (многофакторное) заболевание с наследственным предрасположением* (таких болезней человека очень много — ревматизм, диабет и др.)

Последние десятилетия прошедшего столетия ознаменовались интенсивным развитием молекулярно-генетических исследований, направленных на поиски генов, которые могут

иметь отношение к наследованию шизофрении. Следует сразу заметить, что попытки найти «единый» ген шизофрении пока не увенчались успехом. В поле зрения исследователей попали многие хромосомы (35-я, 5-я, 6-я, 11-я, 22-я и др.), а количество используемых маркеров достигает тысячи. Сказанное говорит в пользу ранее существовавшего предположения, что в случае шизофрении речь идет о полигенном наследовании, где многие гены-кандидаты могут вносить определенный вклад в развитие психических (психологических) и биологических ее проявлений. Тем не менее, именно на молекулярную генетику возлагаются большие надежды в отношении возможности познания ее природы. Такие надежды достаточно оправданы в связи с тем, что молекулярно-генетические исследования играют большую роль в разработке и других гипотез шизофрении, к изложению которых мы переходим.

Нейрохимические теории можно считать основными в современной нейробиологии шизофрении. Общее их положение сводится к тому, что психические расстройства являются следствием нарушений химических процессов в мозговой ткани на уровне обмена нейротрансмиттеров и их взаимодействия с рецепторами, что приводит к нарушению или извращению пути прохождения нервного импульса по нервным сетям.

Одной из таких теорий является дофаминовая. Дофамину стали уделять особое внимание после того, как было обнаружено, что введение в организм некоторых психотропных веществ, в частности амфетамина, приводя к увеличению содержания дофамина, одновременно вызывает появление у человека шизофренических симптомов — амфетаминового шизофреноподобного психоза. Кроме того, некоторые нейролептики (галоперидол), оказывая терапевтическое действие при шизофрении, блокируют рецепторы дофамина. К настоящему времени в мозге человека выявлено несколько типов таких рецепторов, которые предположительно связывают не только с действием лечебных средств, но и некоторыми особенностями клинических проявлений болезни.

Как уже говорилось, в мозге имеются и другие нейромедиаторы — норадреналин, серотонин, ГАМК и др., с каждым из которых связана соответствующая гипотеза шизофрении в целом

или отдельных ее клинических вариантов. В определенной степени они являются развитием более старых представлений, например, аутоинтоксикационных теорий шизофрении. Одна из них, например, была связана с предполагаемым нарушением обмена адреналина и норадреналина — адренохромная теория.

Слабым местом таких теорий и обоснованием соответствующих возражений против них является отсутствие признаков выраженного токсикоза в картине болезни. Поскольку современные нейрохимические гипотезы предполагают изменения только на уровне мозга, то такие возражения естественно снимаются.

Нейромедиаторные теории весьма привлекательны, но и они не лишены недостатков. Так, развитие психофармакологии показало, что новые нейрорептики действуют на рецепторы сразу нескольких нейрохимических систем мозга, и поэтому выделение отдельных гипотез становится затруднительным. Кроме того, в связи с недоступностью мозга для прямого исследования невозможно получение и прямых доказательств предполагаемых нарушений нейротрансмиссивных функций мозга.

Но, главное, — ни одна из нейрохимических гипотез не дает ответа на вопрос — почему возникают указанные нарушения, например, в дофаминовой системе, т. е. такие гипотезы не выходят за пределы интерпретации возможных механизмов развития психических нарушений при шизофрении и они не касаются причины возникновения этого заболевания.

Есть сторонники *вирусного происхождения шизофрении*, хотя, несмотря на многочисленные попытки, до сих пор не удалось обнаружить вируса, с которым можно было бы связать развитие шизофрении. Это может быть отнесено и ко всем другим инфекционным теориям шизофрении. К ним тесно примыкают *иммунологические гипотезы шизофрении*.

В своем первоначальном виде они сводились к представлениям о том, что в развитии болезни большую роль играют противомозговые антитела, которые образуются в крови больного под влиянием выхода за пределы мозга его белков в связи с нарушением проницаемости кровезомозгового барьера (в норме такой «барьер» предохраняет мозг от повреждающего действия любых антител). Противомозговые антитела, проникая в мозг,

могут быть агрессивными по отношению к собственной мозговой ткани, вызывая ее деструкцию.

В настоящее время иммунологические гипотезы усложнились в соответствии с развитием самой иммунологии. Намечалась тенденция говорить не об иммунологических теориях, а об иммунологическом компоненте механизма развития (патогенеза) заболевания, который может определять реакции организма на те или иные вредоносные воздействия.

В последнее время все больше сторонников находят представления, согласно которым развитие шизофрении связано с *нарушением развития (созревания) мозга* на ранних этапах его формирования (преимущественно во внутриутробный период).

Толчком к возникновению таких представлений послужили уже упоминавшиеся выше данные компьютерной томографии о наличии структурных изменений мозга (атрофия коры головного мозга, расширение желудочковой системы и др.), которые находят подтверждение не только в классических работах старых психиатров о гистологических изменениях в мозговой ткани при шизофрении, но и новейших электронномикроскопических находках, подкрепленных методами количественной (компьютеризированной) оценки соответствующих изменений.

Речь в этом случае идет о тончайших изменениях в расположении нейронов, нарушении их внутренней (субклеточной) структуры и патологии межклеточных контактов. Клеточный и субклеточный характер нарушений развития при шизофрении необходимо особенно отметить, ибо это отличает такие нарушения от того, что имеет место при грубых врожденных дефектах развития мозга, приводящих к умственной отсталости.

Главным достоинством теории нарушений развития является то, что она допускает интеграцию самых разных причин и процессов, поскольку к нарушениям развития могут приводить наследственные влияния, травмы, инфекции (в том числе вирусные), патология иммунной системы, те или иные нарушения обмена веществ и интоксикации, которые могут действовать не только в самом раннем периоде развития ребенка, но и в утробе матери, т. е. на эмбриональный мозг и мозг плода. При этом отклонения в созревании могут касаться не только собственно структур мозга, но и их химических компонентов, в частности

нейротрансмиттеров. В этом случае рассматриваемая теория нарушения развития может быть представлена в вариантах отдельных нейрохимических гипотез.

Интересным аспектом рассматриваемой теории являются представления о том, что патология развития мозга может выражаться не только в задержке развития межклеточных контактов, но и в нарушении таких свойственных только мозгу процессов, как элиминация (удаление) излишне образовавшихся межклеточных контактов, что приводит к образованию так называемых «ошибочных связей» между нейронами и искажению хода нервного импульса (с точки зрения особенностей мышления при шизофрении, его «разорванности» и парадоксальности это особенно привлекательно).

В большинстве случаев упомянутые нарушения развития могут длительное время оставаться скрытыми и не проявляться какими-либо психическими отклонениями или поведенческими особенностями, выявляясь только в те периоды жизни, когда к организму предъявляются повышенные требования. Это могут быть физиологические критические периоды (например, подростковый криз), стрессовые состояния, интеллектуальные и эмоциональные перегрузки, а также соматические заболевания. Своего рода «почва» в виде нарушений развития мозга может определять упоминавшийся выше индивидуальный характер реакций на то или иное воздействие. Но самой сильной стороной теории развития является ее совместимость с представлениями о роли наследственного предрасположения к шизофрении, ибо развитие мозга находится под строгим генетическим контролем.

Аффективные психозы

Поскольку аффективные психозы (приступообразно протекающие расстройства настроения — депрессии и мании) также относятся к группе эндогенных психических заболеваний, то ситуация с выяснением причин их развития во многом напоминает таковую при шизофрении.

При аффективных психозах также большую роль играет *наследственность*. Считают, что вклад генетических факторов в их развитие составляет 70%, а средовых — 30%. У близнецов

близнецов и у братьев-сестер больных аффективными психозами риск развития заболевания составляет 20–25%, а у однояйцевых близнецов — 66–96%. При этом, в отличие от шизофрении, в случае аффективных психозов наследование заболевания обусловлено в основном наличием в семье больных женщин, в связи с чем предполагается связь с X-хромосомой — женской половой хромосомой. Аффективный психоз вообще чаще встречается у женщин (в 2 раза чаще, чем у мужчин).

Непосредственное молекулярно-генетическое исследование показало также «заинтересованность» хромосом 18 и 21. Сопряженность заболевания с женским полом подтверждают также факты частого возникновения приступов депрессии и мании в связи с фазами менструального периода, после родов, в климактерическом периоде. Нередки случаи психогенной и соматогенной провокации приступов болезни. В этих случаях большую роль играет гормональная составляющая стрессовых реакций.

В связи со сказанным выше становится понятным, почему одними из основных теорий происхождения аффективных психозов всегда являлись гормональные теории. Так, в середине прошлого века достаточно распространенной была катехоламинавая теория, общий смысл которой сводился к тому, что депрессия связана с норадреналиновой недостаточностью, а при мании имеет место повышение функции норадренергических систем мозга.

Основной нейрохимической гипотезой аффективных психозов в настоящее время является *серотониновая*, согласно которой в основе заболевания лежит дисфункция серотониновой нейротрансмиссии (передачи импульса с одного серотонинового нейрона на другой). В настоящее время получено достаточно много разного рода доказательств вовлечения серотониновой системы в процесс развития аффективных расстройств. Одним из наиболее существенных аргументов является высокая терапевтическая эффективность при депрессии лечебных средств, влияющих на обмен серотонина в нейронах (они влияют на перенос серотонина через клеточную мембрану, связывание его с серотониновыми рецепторами и т. п.).

Менее распространенной является *мелатониновая* теория

(мелатонин — гормон эпифиза, или шишковидной железы, имеющий отношение к регуляции биологических ритмов организма). В основе этой теории лежит представление о том, что цикличность (приступообразность) расстройств настроения отражает связанное с дисфункцией указанной железы и продукцией мелатонина общее нарушение циклически протекающих биологических процессов в организме. На мелатониновой теории основаны методы лечения сезонных депрессий ярким светом и лишением сна, резко меняющими «настройку» биологических ритмов.

Имеются также представления о роли *водно-солевого обмена* в развитии расстройств настроения, которые опираются на высокую эффективность солей лития при маниах и их способности предупреждать развитие очередного маниакального приступа (в меньшей степени литий действует при депрессиях). Но в последнее время появились данные, которые свидетельствуют о том, что литий может влиять на катехоламиную систему, что возвращает нас к изложенной выше гипотезе.

С нейрофизиологической точки зрения для развития расстройств настроения имеет значение также изменение упоминавшейся выше полушарной специализации и дисфункция тормозных систем коры, которые регулируют центры, ответственные за эмоциональные реакции человека.

Болезни старения

Эта группа психических расстройств в связи с постарением населения привлекает все большее внимание, что отражается и на интенсивности поисков причин такой патологии. В первую очередь это относится к болезни Альцгеймера и старческой деменции альцгеймеровского типа. По современным представлениям в этих случаях речь идет об атрофии (дегенерации) мозгового вещества, что выражается общим снижением умственных способностей и неуклонно нарастающей деменцией. В мозге в это время наблюдается диффузное снижение числа нервных клеток и их отростков, а в межклеточном пространстве появляются в виде бляшек скопления особого инертного вещества — амилоида. Эти бляшки получили название старческих бляшек. Значительные изменения претерпевает внутреннее

строение и самих нейронов: вместо продольно расположенных в них тончайших фибрилл, которые в норме обеспечивают направленные прохождение нервного импульса, образуются склеенные из них толстые жгуты и клубки, передача импульсов по которым становится невозможной.

Существенные изменения претерпевают и сосуды головного мозга, а также все обменные процессы, что значительно осложняет общую картину старения. Методами молекулярной генетики было установлено, что в развитии некоторых из указанных изменений большую роль играют мутации в генах 1-й, 14-й и 21-й хромосом, что обуславливает в частности развитие семейных форм заболевания. Один из факторов старческой деменции альцгеймеровского типа оказался связанным также с хромосомой 19. И, тем не менее, роль установленных генных мутаций в пусковых механизмах болезней старения остается еще недостаточно выясненной. Что касается развития основных проявлений болезни, то здесь значительное место отводится патологии *холинергической системы мозга* (недостаточности синтеза ацетилхолина, также являющегося одним из нейротрансмиттеров). Правомерность такого рода представлений подтверждается возможностью коррекции некоторых интеллектуальных расстройств (например, снижения памяти) на ранних стадиях развития болезни препаратами, компенсирующими холинергическую недостаточность.

На ключевой вопрос — почему описанное патологическое старение мозга развивается далеко не у всех людей, наука также не нашла еще ответа и, как и при других психических расстройствах, он рассматривается в плоскости особого *наследственного предрасположения*.

Задержки умственного развития

Большую группу психических болезней составляют *задержки умственного развития* различной степени тяжести — от форм пограничных с нормой до глубоких степеней умственной отсталости (олигофрении).

Причины умственной отсталости могут быть разделены на 3 категории: экзогенные, т. е. обусловленные внешними причинами; наследственные; наследственно-экзогенные. Многие

внешние причины хорошо известны. Достаточно назвать ранние инфекции и токсические влияния, которые поражают развивающийся мозг. Обычно это происходит при воздействии соответствующей вредности на мать во время беременности. Особенно опасной в этом отношении считается, например, заболевание матери корью.

В последнее время привлекается внимание также к действию алкоголя во время беременности, что приводит к развитию «алкогольного синдрома плода», наиболее тяжелые случаи которого характеризуются задержкой психического развития. Аналогичные нарушения возникают и при наркомании матерей. Не менее опасным является действие разного рода вредностей на ранних этапах жизни ребенка. Наиболее часто в этом случае фигурируют родовые травмы, затянувшаяся асфиксия новорожденного, не говоря уже о ранних детских инфекциях, особенно нейроинфекциях (менингитах и энцефалитах разного происхождения), а также черепно-мозговых травмах.

Задержки психического развития могут быть следствием и социально-психологической запущенности, когда ребенок не получает соответствующего внимания и необходимого обучения, т. е. когда отсутствуют внешние стимулы для развития познавательной функции мозга. Таким образом, рассмотренные внешние причины могут приводить как к врожденным, так и приобретенным формам умственной отсталости.

Большую группу заболеваний, характеризующихся умственной отсталостью, составляют *наследственные болезни*. Среди них выделяются хромосомные болезни (к таковым относится, например, болезнь Дауна), заболевания, обусловленные наследственными дефектами обмена и некоторые другие формы наследственной патологии.

Благодаря прогрессу генетики и соответствующих методов исследования из общей группы умственной отсталости выделяется все больше и больше определенных наследственных болезней. Развитие умственной отсталости при некоторых из них, благодаря установленному наследственному дефекту, стало возможным предотвратить или снизить степень выраженности соответствующими профилактическими мероприятиями. Примером в этом отношении может служить фенилкетонурия

(фенилпировиноградная олигофрения), связанная с наследственно обусловленным дефицитом одного из важнейших ферментов обмена аминокислот. Введение с первых дней жизни ребенка соответствующей диеты сделало возможным профилактику заболевания. К сожалению, таких форм наследственной патологии очень мало.

Из приведенных в этой главе данных видно, что на пути познания причин развития психических расстройств у психиатров имеются как определенные достижения, так и значительные трудности, которые пока не удастся преодолеть. Но все ускоряющийся прогресс научных знаний человечества в целом дает основания надеяться, что сущность и причины многих форм психической патологии будут выяснены в недалеком будущем.

Приложение 2

Классификация психических расстройств, МКБ10

ОРГАНИЧЕСКИЕ, ВКЛЮЧАЯ СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ, ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

F00. Деменция¹ при болезни Альцгеймера.

F01. Сосудистая деменция.

F02. Деменция при других болезнях, классифицированных в других рубриках.

F03. Деменция неуточненная.

F04. Органический амнестический² синдром, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами.

F05. Делирий³, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами.

F06. Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью.

F07. Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга.

F09. Органическое или симптоматическое психическое расстройство неуточненное.

¹Деменция — слабоумие, возникшее вследствие психического заболевания.

²Амнезия — расстройство памяти.

³Делирий — расстройство сознания, сопровождающееся множественными зрительными галлюцинациями устрашающего характера.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

F10. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя

F11. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов

F12. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиоидов

F13. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением седативных или снотворных средств.

F14. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина.

F15. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других стимуляторов (включая кофеин).

F16. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением галлюциногенов.

F17. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака.

F18. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей.

F19. Психические и поведенческие расстройства, вызванные одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ.

ШИЗОФРЕНИЯ, ШИЗОТИПИЧЕСКИЕ И БРЕДОВЫЕ РАССТРОЙСТВА

F20. Шизофрения.

F21. Шизотипическое расстройство.

F22. Хронические бредовые расстройства.

F23. Острые и преходящие психотические расстройства.

F24. Индуцированное бредовое расстройство.

F25. Шизоаффективные расстройства.

F28. Другие неорганические психотические расстройства.

F29. Неорганический психоз неуточненный.

РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ (АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА)

- F30. Маниакальный эпизод.
- F31. Биполярное аффективное расстройство.
- F32. Депрессивный эпизод.
- F33. Рекуррентное депрессивное расстройство.
- F34. Устойчивые расстройства настроения (аффективные расстройства).
- F38. Другие расстройства настроения (аффективные).
- F39. Расстройство настроения (аффективное) неуточненное.

НЕВРОТИЧЕСКИЕ, СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА

- F40. Фобические⁴ тревожные расстройства.
- F41. Другие тревожные расстройства.
- F42. Обсессивно-компульсивное расстройство.
- F43. Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации.
- F44. Диссоциативные (конверсионные) расстройства⁵.
- F45. Соматоформные⁶ расстройства.
- F48. Другие невротические расстройства.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ И ФИЗИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ

- F50. Расстройства приема пищи.
- F51. Расстройства сна неорганической этиологии.
- F52. Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими нарушениями или болезнями.
- F53. Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках.
- F54. Психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках.

⁴Фобический — связанный с появлением страха.

⁵Эти термины заменили слово «истерический».

⁶Соматоформный симптом — симптом, напоминающий те, которые бывают при соматических болезнях.

F55. Злоупотребление веществами, не вызывающими зависимость.

F59. Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами, неуточненные.

РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ В ЗРЕЛОМ ВОЗРАСТЕ

- F60. Специфические расстройства личности.
- F61. Смешанные и другие расстройства личности.
- F62. Стойкие изменения личности, не связанные с повреждением или болезнью головного мозга.
- F63. Расстройства привычек и влечений.
- F64. Расстройства половой идентификации.
- F65. Расстройства сексуального предпочтения.
- F66. Психологические и поведенческие расстройства, связанные с половым развитием и ориентацией.
- F68. Другие расстройства личности и поведения в зрелом возрасте.
- F69. Расстройство личности и поведения в зрелом возрасте неуточненное.

УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ

- F70. Умственная отсталость легкой степени.
- F71. Умственная отсталость умеренная.
- F72. Умственная отсталость тяжелая.
- F73. Умственная отсталость глубокая.
- F78. Другие формы умственной отсталости.
- F79. Умственная отсталость неуточненная.

РАССТРОЙСТВА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

- F80. Специфические расстройства развития речи и языка.
- F81. Специфические расстройства развития учебных навыков.
- F82. Специфические расстройства развития моторной функции.
- F83. Смешанные специфические расстройства психологического развития.
- F84. Общие расстройства психологического развития.

F88. Другие расстройства психологического развития.

F89. Расстройство психологического развития неуточненное.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ, НАЧИНАЮЩИЕСЯ ОБЫЧНО В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

F90. Гиперкинетические расстройства.

F91. Расстройства поведения.

F92. Смешанные расстройства поведения и эмоций.

F93. Эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста.

F94. Расстройства социального функционирования, начало которых характерно для детского и подросткового возрастов.

F95. Тики.

F98. Другие эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте.

НЕУТОЧНЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

F99. Психическое расстройство без дополнительных уточнений.

Приложение 3.

Классификация психических расстройств, НЦПЗ АМН

ЭНДОГЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Шизофрения.

Аффективные заболевания.

Аффективные психозы.

Циклотимия.

Дистимия.

Шизоаффективные психозы.

Функциональные психозы позднего возраста.

ЭНДОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Эпилепсия.

Дегенеративные (атрофические) процессы головного мозга.

Деменции альцгеймеровского типа.

Болезнь Альцгеймера.

Сенильная деменция.

Системно-органические заболевания.

Болезнь Пика.

Хорея Гентингтона.

Болезнь Паркинсона.

Особые формы психозов позднего возраста.

Острые психозы.

Хронические галлюцинозы.

Сосудистые заболевания головного мозга.

Наследственные органические заболевания.

ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Психические нарушения при травмах головного мозга.

Психические нарушения при опухолях головного мозга.
Инфекционно-органические заболевания мозга.
ЭКЗОГЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Алкоголизм.
Наркомании и токсикомании.
Симптоматические психозы.
Психические нарушения при соматических неинфекционных заболеваниях.

Психические нарушения при соматических инфекционных заболеваниях.

Психические нарушения при интоксикации лекарственными веществами, бытовыми и промышленными токсическими веществами.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА
ПСИХОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Реактивные психозы.
Посттравматический стрессовый синдром.
ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ

Невротические расстройства.
Тревожно-фобические состояния.
Неврастения.
Обсессивно-компульсивные нарушения.
Истерические нарушения невротического уровня.
Расстройства личности.

ПАТОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ
Умственная отсталость.
Задержка психического развития.
Искажения психического развития.

Приложение 4 **Закон РФ¹** **«О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»**

Признавая высокую ценность для каждого человека здоровья вообще и психического здоровья в особенности;

учитывая, что психическое расстройство может изменять отношение человека к жизни, самому себе и обществу, а также отношение общества к человеку;

отмечая, что отсутствие должного законодательного регулирования психиатрической помощи может быть одной из причин использования ее в немедицинских целях, наносить ущерб здоровью, человеческому достоинству и правам граждан, а также международному престижу государства;

принимая во внимание необходимость реализации в законодательстве Российской Федерации признанных международным сообществом и Конституцией Российской Федерации прав и свобод человека и гражданина,

Верховный Совет Российской Федерации принимает настоящий Закон.

РАЗДЕЛ I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Психиатрическая помощь и принципы ее оказания.

(1) Психиатрическая помощь включает в себя обследование психического здоровья граждан по основаниям и в порядке, установленном настоящим Законом и другими законами Российской Федерации, диагностику психических расстройств,

¹Настоящая публикация Закона не является официальной и служит только для ознакомления (*прим. ред.*)

лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами.

(2) Психиатрическая помощь лицам, страдающим психическими расстройствами, гарантируется государством и осуществляется на основе принципов законности, гуманности и соблюдения прав человека и гражданина.

Статья 2. Законодательство Российской Федерации о психиатрической помощи.

(1) Законодательство Российской Федерации о психиатрической помощи состоит из настоящего Закона и других законодательных актов Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации, а также правовых актов автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

(2) Правительство Российской Федерации и правительства республик в составе Российской Федерации, а также министерства и ведомства вправе принимать правовые акты о психиатрической помощи в пределах своей компетенции.

(3) Законодательные и иные правовые акты, принимаемые в Российской Федерации и республиках в составе Российской Федерации, автономной области, автономных округах, краях, областях, городах Москве и Санкт-Петербурге, не могут ограничивать права граждан и гарантии их соблюдения при оказании психиатрической помощи, предусмотренные настоящим Законом.

(4) Если международным договором, в котором участвует Российская Федерация, установлены иные правила, чем предусмотренные законодательством Российской Федерации о психиатрической помощи, то применяются правила международного договора.

Статья 3. Применение настоящего Закона.

(1) Настоящий Закон распространяется на граждан Российской Федерации при оказании им психиатрической помощи и применяется в отношении всех учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь на территории Российской Федерации.

(2) Иностранцы граждане и лица без гражданства, находящиеся на территории Российской Федерации, при оказании им психиатрической помощи пользуются всеми правами, установленными настоящим Законом, наравне с гражданами Российской Федерации.

Статья 4. Добровольность обращения за психиатрической помощью.

(1) Психиатрическая помощь оказывается при добровольном обращении лица или с его согласия, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Законом.

(2) Несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет, а также лицу, признанному в установленном законом порядке недееспособным, психиатрическая помощь оказывается по просьбе или с согласия их законных представителей в порядке, предусмотренном настоящим Законом.

Статья 5. Права лиц, страдающих психическими расстройствами.

(1) Лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Российской Федерации, Конституциями республик в составе Российской Федерации, законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации. Ограничение прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, предусмотренных законами Российской Федерации.

(2) Все лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право на:

уважительное и гуманное отношение, исключая унижение человеческого достоинства;

получение информации о своих правах, а также в доступной для них форме и с учетом их психического состояния информации о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения;

психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях, по возможности по месту жительства;

содержание в психиатрическом стационаре только в течение

срока, необходимого для обследования и лечения;

все виды лечения (в том числе санаторно-курортное) по медицинским показаниям;

оказание психиатрической помощи в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

предварительное согласие и отказ на любой стадии от использования в качестве объекта испытаний медицинских средств и методов, научных исследований или учебного процесса, от фото-, видео- или киносъемки;

приглашение по их требованию любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи, с согласия последнего для работы во врачебной комиссии по вопросам, регулируемым настоящим Законом;

помощь адвоката, законного представителя или иного лица в порядке, установленном законом.

(3) Ограничение прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами, только на основании психиатрического диагноза, фактов нахождения под диспансерным наблюдением в психиатрическом стационаре либо в психоневрологическом учреждении для социального обеспечения или специального обучения не допускается. Должностные лица, виновные в подобных нарушениях, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации.

Статья 6. Ограничения выполнения отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности.

(1) Гражданин может быть временно (на срок не более пяти лет и с правом последующего переосвидетельствования) признан непригодным вследствие психического расстройства к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности. Такое решение принимается врачебной комиссией, уполномоченной на то органом здравоохранения, на основании оценки состояния психического здоровья гражданина в соответствии с перечнем медицинских психиатрических противопоказаний и может быть обжаловано в суд.

(2) Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, утверждается Правительством Российской Федерации и периодически (не реже одного раза в пять лет) пересматривается с учетом накопленного опыта и научных достижений.

Статья 7. Представительство граждан, которым оказывается психиатрическая помощь.

(1) Гражданин при оказании ему психиатрической помощи вправе пригласить по своему выбору представителя для защиты своих прав и законных интересов. Оформление представительства производится в порядке, установленном гражданским и гражданским процессуальным законодательством Российской Федерации.

(2) Защиту прав и законных интересов несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет и лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, при оказании им психиатрической помощи осуществляют их законные представители (родители, усыновители, опекуны), а в случае их отсутствия — администрация психиатрического стационара либо психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения.

(3) Защиту прав и законных интересов гражданина при оказании ему психиатрической помощи может осуществлять адвокат. Порядок приглашения адвоката и оплаты его услуг предусматривается законодательством Российской Федерации. Администрация учреждения, оказывающего психиатрическую помощь, обеспечивает возможность приглашения адвоката, за исключением неотложных случаев, предусмотренных пунктом «а» части четвертой статьи 23 и пунктом «а» статьи 29 настоящего Закона.

Статья 8. Запрещение требования сведений о состоянии психического здоровья.

При реализации гражданином своих прав и свобод требования предоставления сведений о состоянии его психического

здоровья либо обследования его врачом-психиатром допускаются лишь в случаях, установленных законами Российской Федерации.

Статья 9. Сохранение врачебной тайны при оказании психиатрической помощи.

Сведения о наличии у гражданина психического расстройства, фактах обращения за психиатрической помощью и лечении в учреждении, оказывающем такую помощь, а также иные сведения о состоянии психического здоровья являются врачебной тайной, охраняемой законом. Для реализации прав и законных интересов лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе либо по просьбе его законного представителя им могут быть предоставлены сведения о состоянии психического здоровья данного лица и об оказанной ему психиатрической помощи.

Статья 10. Диагностика и лечение лиц, страдающих психическими расстройствами.

(1) Диагноз психического расстройства ставится в соответствии с общепризнанными международными стандартами и не может основываться только на несогласии гражданина с принятыми в обществе моральными, культурными, политическими или религиозными ценностями либо на иных причинах, непосредственно не связанных с состоянием его психического здоровья.

(2) Для диагностики и лечения лица, страдающего психическим расстройством, применяются медицинские средства и методы, разрешенные в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о здравоохранении.

(3) Медицинские средства и методы применяются только в диагностических и лечебных целях в соответствии с характером болезненных расстройств и не должны использоваться для наказания лица, страдающего психическим расстройством, или в интересах других лиц.

Статья 11. Согласие на лечение.

(1) Лечение лица, страдающего психическим расстройством,

проводится после получения его письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой настоящей статьи.

(2) Врач обязан предоставить лицу, страдающему психическим расстройством, в доступной для него форме и с учетом его психического состояния информацию о характере психического расстройства, целях, методах, включая альтернативные, и продолжительности рекомендуемого лечения, а также о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. О предоставленной информации делается запись в медицинской документации.

(3) Согласие на лечение несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, а также лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, дается их законными представителями после сообщения им сведений, предусмотренных частью второй настоящей статьи.

(4) Лечение может проводиться без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя только при применении принудительных мер медицинского характера по основаниям, предусмотренным Уголовным кодексом Российской Федерации, а также при недобровольной госпитализации по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона. В этих случаях, кроме неотложных, лечение применяется по решению комиссии врачей-психиатров.

(5) В отношении лиц, указанных в части четвертой настоящей статьи, применение для лечения психических расстройств хирургических и других методов, вызывающих необратимые последствия, а также проведение испытаний медицинских средств и методов не допускаются.

Статья 12. Отказ от лечения.

(1) Лицо, страдающее психическим расстройством, или его законный представитель имеют право отказаться от предлагаемого лечения или прекратить его, за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой статьи 11 настоящего Закона.

(2) Лицу, отказывающемуся от лечения, либо его законному представителю должны быть разъяснены возможные последст-

вия прекращения лечения. Отказ от лечения с указанием сведений о возможных последствиях оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя и врача-психиатра.

Статья 13. Принудительные меры медицинского характера.

(1) Принудительные меры медицинского характера применяются по решению суда в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния, по основаниям и в порядке, установленным Уголовным кодексом Российской Федерации и Уголовно-процессуальным кодексом РСФСР.

(2) Принудительные меры медицинского характера осуществляются в психиатрических учреждениях органов здравоохранения. Лица, помещенные в психиатрический стационар по решению суда о применении принудительных мер медицинского характера, пользуются правами, предусмотренными статьей 37 настоящего Закона. Они признаются нетрудоспособными на весь период пребывания в психиатрическом стационаре и имеют право на пособие по государственному социальному страхованию или на пенсию на общих основаниях.

Статья 14. Судебно-психиатрическая экспертиза.

Судебно-психиатрическая экспертиза по уголовным и гражданским делам производится по основаниям и в порядке, предусмотренным Уголовно-процессуальным кодексом РСФСР и Гражданским процессуальным кодексом РСФСР.

Статья 15. Психиатрическое обследование для решения вопроса о годности гражданина к службе в качестве военнослужащего.

Основания и порядок амбулаторного и стационарного обследования при решении вопроса о годности гражданина по состоянию его психического здоровья к службе в качестве военнослужащего Вооруженных Сил, войск и органов безопасности, внутренних войск, железнодорожных войск и других воинских формирований, лиц начальствующего и рядового состава органов внутренних дел, Государственной противопожарной

службы, учреждений и органов уголовно-исполнительной системы определяются настоящим Законом и законодательством Российской Федерации о военной службе.

РАЗДЕЛ II. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ И СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Статья 16. Виды психиатрической помощи и социальной защиты, гарантируемые государством.

(1) Государством гарантируются:

неотложная психиатрическая помощь;
консультативно-диагностическая, лечебная, психопрофилактическая, реабилитационная помощь во внебольничных и стационарных условиях;

все виды психиатрической экспертизы, определение временной нетрудоспособности;

социально-бытовая помощь и содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами;

решение вопросов опеки;

консультации по правовым вопросам и другие виды юридической помощи в психиатрических и психоневрологических учреждениях;

социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами, а также уход за ними;

обучение инвалидов и несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами;

психиатрическая помощь при стихийных бедствиях и катастрофах.

(2) Для обеспечения лиц, страдающих психическими расстройствами, психиатрической помощью и их социальной защиты государство:

создает все виды учреждений, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь, по возможности по месту жительства пациентов;

организует общеобразовательное и профессиональное обучение несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами;

создает лечебно-производственные предприятия для трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства на этих предприятиях лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов, а также специальные производства, цеха или участки с облегченными условиями труда для таких лиц;

устанавливает обязательные квоты рабочих мест на предприятиях, в учреждениях и организациях для трудоустройства лиц, страдающих психическими расстройствами;

применяет методы экономического стимулирования для предприятий, учреждений и организаций, предоставляющих рабочие места для лиц, страдающих психическими расстройствами;

создает общежития для лиц, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи;

принимает иные меры, необходимые для социальной поддержки лиц, страдающих психическими расстройствами.

(3) Обеспечение всеми видами психиатрической помощи и социальной защиты лиц, страдающих психическими расстройствами, осуществляется федеральными органами государственной власти и управления, органами государственной власти и управления республик в составе Российской Федерации, автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, органами местного самоуправления в соответствии с их компетенцией, определяемой законодательством Российской Федерации.

Статья 17. Финансирование психиатрической помощи.

Финансирование деятельности учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь, осуществляется из фонда здравоохранения, фонда медицинского страхования и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации, в размерах, обеспечивающих гарантированный уровень и высокое качество психиатрической помощи.

РАЗДЕЛ III. УЧРЕЖДЕНИЯ И ЛИЦА, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ИНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Статья 18. Учреждения и лица, оказывающие психиатрическую помощь.

(1) Психиатрическую помощь оказывают получившие на это разрешение государственные, негосударственные психиатрические и психоневрологические учреждения и частнопрактикующие врачи психиатры. Порядок выдачи лицензий на деятельность по оказанию психиатрической помощи устанавливается законодательством Российской Федерации.

(2) Виды психиатрической помощи, оказываемые психиатрическими и психоневрологическими учреждениями или частнопрактикующими врачами-психиатрами, указываются в уставных документах или лицензиях; информация о них должна быть доступна посетителям.

Статья 19. Право на деятельность по оказанию психиатрической помощи.

(1) Право на врачебную деятельность по оказанию психиатрической помощи имеет врач-психиатр, получивший высшее медицинское образование и подтвердивший свою квалификацию в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

(2) Иные специалисты и медицинский персонал, участвующие в оказании психиатрической помощи, должны в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, пройти специальную подготовку и подтвердить свою квалификацию для допуска к работе с лицами, страдающими психическими расстройствами.

(3) Деятельность врача-психиатра, иных специалистов и медицинского персонала по оказанию психиатрической помощи основывается на профессиональной этике и осуществляется в соответствии с законом.

Статья 20. Права и обязанности медицинских работников и иных специалистов при оказании психиатрической помощи.

(1) Профессиональные права и обязанности врача-психиатра, иных специалистов и медицинского персонала при оказании психиатрической помощи устанавливаются законодательством Российской Федерации о здравоохранении и настоящим Законом.

(2) Установление диагноза психического заболевания, принятие решения об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке либо дача заключения для рассмотрения этого вопроса являются исключительным правом врача-психиатра или комиссии врачей-психиатров.

(3) Заключение врача другой специальности о состоянии психического здоровья лица носит предварительный характер и не является основанием для решения вопроса об ограничении его прав и законных интересов, а также для предоставления ему льгот, предусмотренных законом для лиц, страдающих психическими расстройствами.

Статья 21. Независимость врача-психиатра при оказании психиатрической помощи.

(1) При оказании психиатрической помощи врач-психиатр независим в своих решениях и руководствуется только медицинскими показаниями, врачебным долгом и законом.

(2) Врач-психиатр, мнение которого не совпадает с решением врачебной комиссии, вправе дать свое заключение, которое приобщается к медицинской документации.

Статья 22. Гарантии и льготы врачам-психиатрам, иным специалистам, медицинскому и другому персоналу, участвующим в оказании психиатрической помощи

Врачи-психиатры, иные специалисты, медицинский и другой персонал, участвующие в оказании психиатрической помощи, имеют право на льготы, установленные законодательством Российской Федерации для лиц, занятых деятельностью в особых условиях труда, а также подлежат обязательному государственному страхованию на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей.

В случае причинения вреда здоровью, повлекшего временную утрату трудоспособности лица, участвующего в оказании психиатрической помощи, ему выплачивается страховая сумма в пределах его годового денежного содержания в зависимости от тяжести причиненного ущерба. При наступлении инвалидности страховая сумма выплачивается в размере от годового до пятилетнего денежного содержания в зависимости от степени утраты трудоспособности лица, а в случае его смерти страховая сумма выплачивается его наследникам в размере десятикратного годового денежного содержания.

РАЗДЕЛ IV. ВИДЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПОРЯДОК ЕЕ ОКАЗАНИЯ

Статья 23. Психиатрическое освидетельствование.

(1) Психиатрическое освидетельствование проводится для определения: страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также для решения вопроса о виде такой помощи.

(2) Психиатрическое освидетельствование, а также профилактические осмотры проводятся по просьбе или с согласия обследуемого; в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет — по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя; в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, — по просьбе или с согласия его законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя освидетельствование несовершеннолетнего проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд.

(3) Врач, проводящий психиатрическое освидетельствование, обязан представиться обследуемому и его законному представителю как психиатр, за исключением случаев, предусмотренных пунктом «а» части четвертой настоящей статьи.

(4) Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать

наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает:

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или

б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

(5) Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя, если обследуемый находится под диспансерным наблюдением по основаниям, предусмотренным частью первой статьи 27 настоящего Закона.

(6) Данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии психического здоровья обследуемого фиксируются в медицинской документации, в которой указываются также причины обращения к врачу-психиатру и медицинские рекомендации.

Статья 24. Психиатрическое освидетельствование лица без его согласия или без согласия его законного представителя.

(1) В случаях, предусмотренных пунктом «а» части четвертой и частью пятой статьи 23 настоящего Закона, решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром самостоятельно.

(2) В случаях, предусмотренных пунктами «б» и «в» части четвертой статьи 23 настоящего Закона, решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром с санкции судьи.

Статья 25. Порядок подачи заявления и принятия решения о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя.

(1) Решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя,

за исключением случаев, предусмотренных частью пятой статьи 23 настоящего Закона, принимается врачом - психиатром по заявлению, содержащему сведения о наличии оснований для такого освидетельствования, перечисленных в части четвертой статьи 23 настоящего Закона.

(2) Заявление может быть подано родственниками лица, подлежащего психиатрическому освидетельствованию, врачом любой медицинской специальности, должностными лицами и иными гражданами.

(3) В неотложных случаях, когда по полученным сведениям лицо представляет непосредственную опасность для себя или окружающих, заявление может быть устным. Решение о психиатрическом освидетельствовании принимается врачом-психиатром немедленно и оформляется записью в медицинской документации.

(4) При отсутствии непосредственной опасности лица для себя или окружающих заявление о психиатрическом освидетельствовании должно быть письменным, содержать подробные сведения, обосновывающие необходимость такого освидетельствования и указание на отказ лица либо его законного представителя от обращения к врачу-психиатру. Врач-психиатр вправе запросить дополнительные сведения, необходимые для принятия решения. Установив, что в заявлении отсутствуют данные, свидетельствующие о наличии обстоятельств, предусмотренных пунктами «б» и «в» части четвертой статьи 23 настоящего Закона, врач-психиатр в письменном виде, мотивированно отказывает в психиатрическом освидетельствовании.

(5) Установив обоснованность заявления о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя, врач-психиатр направляет в суд по месту жительства лица свое письменное мотивированное заключение о необходимости такого освидетельствования, а также заявление об освидетельствовании и другие имеющиеся материалы. Судья решает вопрос о даче санкции в трехдневный срок с момента получения всех материалов. Действия судьи могут быть обжалованы в суд в порядке, установленном Гражданским процессуальным кодексом РСФСР.

Статья 26. Виды амбулаторной психиатрической помощи.

(1) Амбулаторная психиатрическая помощь лицу, страдающему психическим расстройством, в зависимости от медицинских показаний оказывается в виде консультативно-лечебной помощи или диспансерного наблюдения.

(2) Консультативно-лечебная помощь оказывается врачом психиатром при самостоятельном обращении лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе или с его согласия, а в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет — по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя.

(3) Диспансерное наблюдение может устанавливаться независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя в случаях, предусмотренных частью первой статьи 27 настоящего Закона, и предполагает наблюдение за состоянием психического здоровья лица путем регулярных осмотров врачом-психиатром и оказание ему необходимой медицинской и социальной помощи.

Статья 27. Диспансерное наблюдение.

(1) Диспансерное наблюдение может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.

(2) Решение вопроса о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается комиссией врачей-психиатров, назначаемой администрацией психиатрического учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь, или комиссией врачей-психиатров, назначаемой органом здравоохранения.

(3) Мотивированное решение комиссии врачей-психиатров оформляется записью в медицинской документации. Решение об установлении или прекращении диспансерного наблюдения может быть обжаловано в порядке, установленном разделом VI настоящего Закона.

(4) Установленное ранее диспансерное наблюдение прекращается при выздоровлении или значительном и стойком улучшении психического состояния лица. После прекращения

диспансерного наблюдения амбулаторная психиатрическая помощь по просьбе или с согласия лица либо по просьбе или с согласия его законного представителя оказывается в консультативно-лечебном виде. При изменении психического состояния лицо, страдающее психическим расстройством, может быть освидетельствовано без его согласия или без согласия его законного представителя по основаниям и в порядке, предусмотренным частью четвертой статьи 23, статьями 24 и 25 настоящего Закона. Диспансерное наблюдение может быть возобновлено в таких случаях по решению комиссии врачей — психиатров.

Статья 28. Основания для госпитализации в психиатрический стационар.

(1) Основаниями для госпитализации в психиатрический стационар являются наличие у лица психического расстройства и решение врача-психиатра о проведении обследования или лечения в стационарных условиях либо постановление судьи.

(2) Основанием для помещения в психиатрический стационар может быть также необходимость проведения психиатрической экспертизы в случаях и в порядке, установленных законами Российской Федерации.

(3) Помещение лица в психиатрический стационар, за исключением случаев, предусмотренных статьей 29 настоящего Закона, осуществляется добровольно — по его просьбе или с его согласия.

(4) Несовершеннолетний в возрасте до 15 лет помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его родителей или иного законного представителя. Лицо, признанное в установленном законом порядке недееспособным, помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя помещение несовершеннолетнего в психиатрический стационар проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд.

(5) Полученное согласие на госпитализацию оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или

его законного представителя и врача-психиатра.

Статья 29. Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке.

Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до постановления судьи, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или

б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Статья 30. Меры обеспечения безопасности при оказании психиатрической помощи.

(1) Стационарная психиатрическая помощь осуществляется в наименее ограничительных условиях, обеспечивающих безопасность госпитализированного лица и других лиц, при соблюдении медицинским персоналом его прав и законных интересов.

(2) Меры физического стеснения и изоляции при недобровольной госпитализации и пребывании в психиатрическом стационаре применяются только в тех случаях, формах и на тот период времени, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного лица, представляющие непосредственную опасность для него или других лиц, и осуществляются при постоянном контроле медицинского персонала. О формах и времени применения мер физического стеснения или изоляции делается запись в медицинской документации.

(3) Сотрудники милиции обязаны оказывать содействие медицинским работникам при осуществлении недобровольной госпитализации и обеспечивать безопасные условия для досту-

па к госпитализируемому лицу и его осмотра. В случаях необходимости предотвращения действий, угрожающих жизни и здоровью окружающих со стороны госпитализируемого лица или других лиц, а также при необходимости розыска и задержания лица, подлежащего госпитализации, сотрудники милиции действуют в порядке, установленном Законом РСФСР «О милиции».

Статья 31. Освидетельствование несовершеннолетних и лиц, признанных недееспособными, помещенных в психиатрический стационар по просьбе или с согласия их законных представителей.

(1) Несовершеннолетний в возрасте до 15 лет и лицо, признанное в установленном законом порядке недееспособным, помещенные в психиатрический стационар по просьбе или с согласия их законных представителей, подлежат обязательному освидетельствованию комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения в порядке, предусмотренном частью первой статьи 32 настоящего Закона. В течение первых шести месяцев эти лица подлежат освидетельствованию комиссией врачей-психиатров не реже одного раза в месяц для решения вопроса о продлении госпитализации. При продлении госпитализации свыше шести месяцев освидетельствования комиссией врачей-психиатров проводятся не реже одного раза в шесть месяцев.

(2) В случае обнаружения комиссией врачей-психиатров или администрацией психиатрического стационара злоупотреблений, допущенных при госпитализации законными представителями несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет либо лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, администрация психиатрического стационара извещает об этом орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного.

Статья 32. Освидетельствование лиц, помещенных в психиатрический стационар в недобровольном порядке.

(1) Лицо, помещенное в психиатрический стационар по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона,

подлежит обязательному освидетельствованию в течение 48 часов комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения, которая принимает решение об обоснованности госпитализации. В случаях, когда госпитализация признается необоснованной и госпитализированный не выражает желания остаться в психиатрическом стационаре, он подлежит немедленной выписке.

(2) Если госпитализация признается обоснованной, то заключение комиссии врачей-психиатров в течение 24 часов направляется в суд по месту нахождения психиатрического учреждения для решения вопроса о дальнейшем пребывании лица в нем.

Статья 33. Обращение в суд по вопросу о госпитализации в недобровольном порядке.

(1) Вопрос о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона, решается в суде по месту нахождения психиатрического учреждения.

(2) Заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке подается в суд представителем психиатрического учреждения, в котором находится лицо. К заявлению, в котором должны быть указаны предусмотренные законом основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке, прилагается мотивированное заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости дальнейшего пребывания лица в психиатрическом стационаре.

(3) Принимая заявление, судья одновременно дает санкцию на пребывание лица в психиатрическом стационаре на срок, необходимый для рассмотрения заявления в суде.

Статья 34. Рассмотрение заявления о госпитализации в недобровольном порядке.

(1) Заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке судья рассматривает в течение пяти дней с момента его принятия в помещении суда либо в психиатрическом учреждении.

(2) Лицу должно быть предоставлено право лично участвовать в судебном рассмотрении вопроса о его госпитализации. Если по сведениям, полученным от представителя психиатрического учреждения, психическое состояние лица не позволяет ему лично участвовать в рассмотрении вопроса о его госпитализации в помещении суда, то заявление о госпитализации рассматривается судьей в психиатрическом учреждении.

(3) Участие в рассмотрении заявления прокурора, представителя психиатрического учреждения, ходатайствующего о госпитализации, и представителя лица, в отношении которого решается вопрос о госпитализации, обязательно.

Статья 35. Постановление судьи по заявлению о госпитализации в недобровольном порядке.

(1) Рассмотрев заявление по существу, судья удовлетворяет либо отклоняет его.

(2) Постановление судьи об удовлетворении заявления является основанием для госпитализации и дальнейшего содержания лица в психиатрическом стационаре.

(3) Постановление судьи в десятидневный срок со дня вынесения может быть обжаловано лицом, помещенным в психиатрический стационар, его представителем, руководителем психиатрического учреждения, а также организацией, которой законом либо ее уставом (положением) предоставлено право защищать права граждан, или прокурором в порядке, предусмотренном Гражданским процессуальным кодексом РСФСР.

Статья 36. Продление госпитализации в недобровольном порядке.

(1) Пребывание лица в психиатрическом стационаре в недобровольном порядке продолжается только в течение времени сохранения оснований, по которым была проведена госпитализация.

(2) Лицо, помещенное в психиатрический стационар в недобровольном порядке, в течение первых шести месяцев не реже одного раза в месяц подлежит освидетельствованию комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения для решения вопроса о продлении госпитализации. При продлении госпита-

лизации свыше шести месяцев освидетельствования комиссией врачей-психиатров проводятся не реже одного раза в шесть месяцев.

(3) По истечении шести месяцев с момента помещения лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости продления такой госпитализации направляется администрацией психиатрического стационара в суд по месту нахождения психиатрического учреждения. Судья в порядке, предусмотренном статьями 33-35 настоящего Закона, постановлением может продлить госпитализацию. В дальнейшем решение о продлении госпитализации лица, помещенного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, принимается судьей ежегодно.

Статья 37. Права пациентов, находящиеся в психиатрических стационарах.

(1) Пациенту должны быть разъяснены основания и цели помещения его в психиатрический стационар, его права и установленные в стационаре правила на языке, которым он владеет, о чем делается запись в медицинской документации.

(2) Все пациенты, находящиеся на лечении или обследовании в психиатрическом стационаре, вправе:

обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из психиатрического стационара и соблюдения прав, предоставленных настоящим Законом;

подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд и адвокату;

встречаться с адвокатом и священнослужителем наедине;

исполнять религиозные обряды, соблюдать религиозные каноны, в том числе пост, по согласованию с администрацией иметь религиозные атрибутику и литературу;

выписывать газеты и журналы;

получать образование по программе общеобразовательной школы или специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития, если пациент не достиг 18 лет;

получать наравне с другими гражданами вознаграждение за

труд в соответствии с его количеством и качеством, если пациент участвует в производительном труде.

(3) Пациенты имеют также следующие права, которые могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача заведующим отделением или главным врачом в интересах здоровья или безопасности пациентов, а также в интересах здоровья или безопасности других лиц:

вести переписку без цензуры;

получать и отправлять посылки, бандероли и денежные переводы;

пользоваться телефоном;

принимать посетителей;

иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой.

(4) Платные услуги (индивидуальная подписка на газеты и журналы, услуги связи и так далее) осуществляются за счет пациента, которому они предоставляются.

Статья 38. Служба защиты прав пациентов, находящиеся в психиатрических стационарах.

(1) Государством создается независимая от органов здравоохранения служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах.

(2) Представители этой службы защищают права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, принимают их жалобы и заявления, которые разрешают с администрацией данного психиатрического учреждения либо направляют в зависимости от их характера в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру или суд.

Статья 39. Обязанности администрации и медицинского персонала психиатрического стационара.

Администрация и медицинский персонал психиатрического стационара обязаны создать условия для осуществления прав пациентов и их законных представителей, предусмотренных настоящим Законом, в том числе:

обеспечивать находящимся в психиатрическом стационаре пациентов необходимой медицинской помощью;

предоставлять возможность ознакомления с текстом настоящего Закона, правилами внутреннего распорядка данного психиатрического стационара, адресами и телефонами государственных и общественных органов, учреждений, организаций и должностных лиц, к которым можно обратиться в случае нарушения прав пациентов;

обеспечивать условия для переписки, направления жалоб и заявлений пациентов в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд, а также адвокату;

в течение 24 часов с момента поступления пациента в психиатрический стационар в недобровольном порядке принимать меры по оповещению его родственников, законного представителя или иного лица по его указанию;

информировать родственников или законного представителя пациента, а также иное лицо по его указанию об изменениях состояния его здоровья и чрезвычайных происшествиях с ним;

обеспечивать безопасность находящихся в стационаре пациентов, контролировать содержание посылок и передач;

выполнять функции законного представителя в отношении пациентов, признанных в установленном законом порядке недееспособными, но не имеющих такого представителя;

устанавливать и разъяснять верующим пациентам правила, которые должны в интересах других находящихся в психиатрическом стационаре пациентов соблюдаться при исполнении религиозных обрядов, и порядок приглашения священнослужителя, содействовать в осуществлении права на свободу совести верующих и атеистов;

выполнять иные обязанности, установленные настоящим Законом.

Статья 40. Выписка из психиатрического стационара.

(1) Выписка пациента из психиатрического стационара производится в случаях выздоровления или улучшения его психического состояния, при котором не требуется дальнейшего стационарного лечения, а также завершения обследования или экспертизы, явившихся основаниями для помещения в стационар.

(2) Выписка пациента, добровольно находящегося в психи-

атрическом стационаре, производится по его личному заявлению, заявлению его законного представителя или по решению лечащего врача.

(3) Выписка пациента, госпитализированного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, производится по заключению комиссии врачей-психиатров или постановлению судьбы об отказе в продлении такой госпитализации.

(4) Выписка пациента, к которому по решению суда применены принудительные меры медицинского характера, производится только по решению суда.

(5) Пациенту, помещенному в психиатрический стационар добровольно, может быть отказано в выписке, если комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения будут установлены основания для госпитализации в недобровольном порядке, предусмотренные статьей 29 настоящего Закона. В таком случае вопросы его пребывания в психиатрическом стационаре, продления госпитализации и выписки из стационара решаются в порядке, установленном статьями 32-36 и частью третьей статьи 40 настоящего Закона.

Статья 41. Основания и порядок помещения лиц в психоневрологические учреждения для социального обеспечения.

(1) Основаниями для помещения в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения являются личное заявление лица, страдающего психическим расстройством, и заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра, а для несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, — решение органа опеки и попечительства, принятое на основании заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра. Заключение должно содержать сведения о наличии у лица психического расстройства, лишаящего его возможности находиться в неспециализированном учреждении для социального обеспечения, а в отношении дееспособного лица — также и об отсутствии оснований для постановки перед судом вопроса о признании его недееспособным.

(2) Орган опеки и попечительства обязан принимать меры

для охраны имущественных интересов лиц, помещаемых в психоневрологические учреждения для социального обеспечения.

Статья 42. Основания и порядок помещения несовершеннолетних в психоневрологическое учреждение для специального обучения.

Основаниями для помещения несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет, страдающего психическим расстройством, в психоневрологическое учреждение для специального обучения являются заявление его родителей либо иного законного представителя и обязательное заключение комиссии, состоящей из психолога, педагога и врача-психиатра. Заключение должно содержать сведения о необходимости обучения несовершеннолетнего в условиях специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития.

Статья 43. Права лиц, проживающих в психоневрологических учреждениях для социального обеспечения или специального обучения, и обязанности администрации этих учреждений.

(1) Лица, проживающие в психоневрологических учреждениях для социального обеспечения или специального обучения, пользуются правами, предусмотренными статьей 37 настоящего Закона.

(2) Обязанности администрации и персонала психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения по созданию условий для реализации прав лиц, проживающих в нем, устанавливаются статьей 39 настоящего Закона, а также законодательством Российской Федерации о социальном обеспечении и об образовании.

(3) Администрация психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения обязана не реже одного раза в год проводить освидетельствования лиц, проживающих в нем, врачебной комиссией с участием врача-психиатра с целью решения вопроса об их дальнейшем содержании в этом учреждении, а также о возможности пересмотра решений об их недееспособности.

Статья 44. Перевод и выписка из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения.

(1) Основанием для перевода лица из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения в аналогичное учреждение общего типа является заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра об отсутствии медицинских показаний к проживанию либо обучению в специализированном психоневрологическом учреждении.

(2) Выписка из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения производится:

по личному заявлению лица при наличии заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра о том, что по состоянию здоровья лицо способно проживать самостоятельно;

по заявлению родителей, иных родственников или законного представителя, обязующихся осуществлять уход за выписываемым несовершеннолетним в возрасте до 18 лет либо за лицом, признанным в установленном законом порядке недееспособным.

РАЗДЕЛ V. КОНТРОЛЬ И ПРОКУРОРСКИЙ НАДЗОР ЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ПО ОКАЗАНИЮ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Статья 45. Контроль и прокурорский надзор за оказанием психиатрической помощи.

(1) Контроль за деятельностью учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь, осуществляют органы местного самоуправления.

(2) Контроль за деятельностью психиатрических и психоневрологических учреждений осуществляют федеральные, республиканские (республик в составе Российской Федерации), автономной области, автономных округов, краевые, областные, городов Москвы и Санкт-Петербурга органы здравоохранения, социального обеспечения и образования, а также министерства и ведомства, имеющие такие учреждения.

(3) Надзор за соблюдением законности при оказании психиатрической помощи осуществляется Генеральным прокурором Российской Федерации, прокурорами республик в составе Российской Федерации и подчиненными им прокурорами.

Статья 46. Контроль общественных объединений за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи.

(1) Общественные объединения врачей-психиатров, иные общественные объединения в соответствии со своими уставами (положениями) могут осуществлять контроль за соблюдением прав и законных интересов граждан по их просьбе или с их согласия при оказании им психиатрической помощи. Право посещения психиатрических и психоневрологических учреждений должно быть отражено в уставах (положениях) этих объединений и согласовано с органами, в ведении которых находятся психиатрические и психоневрологические учреждения.

(2) Представители общественных объединений обязаны согласовать условия посещения с администрацией психиатрического или психоневрологического учреждения, ознакомиться с правилами, действующими в нем, выполнять их и подписать обязательство о неразглашении врачебной тайны.

РАЗДЕЛ VI. ОБЖАЛОВАНИЕ ДЕЙСТВИЙ ПО ОКАЗАНИЮ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Статья 47. Порядок и сроки обжалования.

(1) Действия медицинских работников, иных специалистов, работников социального обеспечения и образования, врачебных комиссий, ущемляющие права и законные интересы граждан при оказании им психиатрической помощи, могут быть обжалованы по выбору лица, приносящего жалобу, непосредственно в суд, а также в вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу) или прокурору.

(2) Жалоба может быть подана лицом, чьи права и законные интересы нарушены, его представителем, а также организацией, которой законом или ее уставом (положением) предоставлено право защищать права граждан, в месячный срок,

исчисляемый со дня, когда лицу стало известно о совершении действий, ущемляющих его права и законные интересы.

(3) Лицу, пропустившему срок обжалования по уважительной причине, пропущенный срок может быть восстановлен органом или должностным лицом, рассматривающим жалобу.

Статья 48. Порядок рассмотрения жалобы в суде.

(1) Жалобы на действия медицинских работников, иных специалистов, работников социального обеспечения и образования, а также врачебных комиссий, ущемляющие права и законные интересы граждан при оказании им психиатрической помощи, рассматриваются судом в порядке, предусмотренном главой 24.1 Гражданского процессуального кодекса РСФСР и настоящей статьей.

(2) Участие в рассмотрении жалобы лица, чьи права и законные интересы нарушены, если позволяет его психическое состояние, его представителя, лица, чьи действия обжалуются, или его представителя, а также прокурора является обязательным.

(3) Расходы, связанные с рассмотрением жалобы в суде, несет государство.

Статья 49. Порядок рассмотрения жалобы в вышестоящем органе (вышестоящим должностным лицом).

(1) Жалоба, поданная в вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу), рассматривается в десятидневный срок с момента обращения.

(2) Решение вышестоящего органа (вышестоящего должностного лица) по существу жалобы должно быть мотивированным и основанным на законе.

(3) Копия решения вышестоящего органа (вышестоящего должностного лица) в трехдневный срок после рассмотрения жалобы по существу направляется или вручается заявителю и лицу, чьи действия обжалуются.

(4) Решение вышестоящего органа (вышестоящего должностного лица) может быть обжаловано в суд в порядке, предусмотренном главой 24.1 Гражданского процессуального кодекса РСФСР.

*Статья 50. Ответственность
за нарушение настоящего Закона.*

Уголовная ответственность за нарушение настоящего Закона устанавливается законодательством Российской Федерации.

Административная и иная ответственность за нарушение настоящего Закона устанавливается законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
Глава I	
МАСШТАБ ПРОБЛЕМЫ	10
О том, с чего началась психиатрия	12
О том, что такое симптом, синдром и болезнь	16
О том, что такое психоз	18
О том, с какими расстройствами психиатры встретились в амбулатории	23
Глава II	
ПРОСТЫЕ ВОПРОСЫ И ТРУДНЫЕ ОТВЕТЫ	30
О том, почему никто не может сказать, что такое норма	30
О том, какие бывают болезни	34
О том, какие у людей бывают характеры	37
Глава III	
ПСИХИАТРИЯ КАК НАУКА	42
О том, чем занимается клиническая психиатрия	43
О том, что такое нозологическое направление в психиатрии	51
О том, что такое нейронауки	58
О том, что такое эпидемиология психических заболеваний	60

О том, как психологи помогают изучать психические расстройства	65
--	----

Глава IV

УЧЕБНИК ПСИХИАТРИИ. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

О том, как классифицируют психические расстройства	68
О том, от чего возникают психические заболевания	73
О том, как протекают психические заболевания	78
О том, чем кончаются психические заболевания	80
О том, каким образом характер затрудняет диагностику ...	84

Глава V

УЧЕБНИК ПСИХИАТРИИ.

ОСНОВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	87
О том, что бывает от психической травмы	88
О том, в чем заключаются симптомы невроза	91
О том, что такое эндогенная депрессия и мания	94
О том, что такое шизофрения	102
О том, как лечат психические заболевания	108

Глава VI

УЗНАТЬ В ЛИЦО

О том, почему медицине нельзя научиться заочно	117
О том, почему так трудно симулировать	122
О том, почему психиатр так долго расспрашивает пациента	125

Глава VII

ДИАГНОЗЫ И ЯРЛЫКИ

О том, почему царю было выгодно объявить Чаадаева сумасшедшим	130
О том, что именно люди думают о психически больных	132
О том, как вывеска может помочь избавиться от ярлыка	134
О том, почему английским мужчинам нельзя болеть депрессией	137

О том, почему отменили валютную шизофрению	139
--	-----

Глава VIII

ЗАКОН И ПОРЯДОК

О том, что такое система психиатрической помощи	146
О том, как быть, если преступник оказался психически больным	149
О том, как добиться, чтобы овцы были целы, а волки сыты	156

Глава IX

БОЛЬНЫМ И ЧЛЕНАМ ИХ СЕМЕЙ

О том главном, что следует знать больным и их родственникам	163
О том, как решить к какому специалисту лучше обратиться	165
О том, как выбрать хорошего врача	169
О том, как трудно быть партнером	171
О том, что такое общественное движение потребителей психиатрической помощи	174

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приложение 1

ПРИЧИНЫ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ	178
История представлений о происхождении психозов	178
Головной мозг и как он функционирует	180
О понятии «причина» болезни	182
Внешние и внутренние причины психических расстройств	184
Шизофрения	186
Аффективные психозы	192
Болезни старения	194
Задержки умственного развития	195

Приложение 2

Классификация психических расстройств, МКБ10	198
--	-----

Приложение 3. Классификация психических расстройств, НЦПЗ АМН	203
---	-----

Приложение 4 Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»	205
---	-----

В серии «Наука для всех»

А. М. Черепашук, А. Д. Чернин.

Вселенная, жизнь, черные дыры

Человека всегда интересовало где он живет, откуда это появилось, «есть ли жизнь на Марсе» и что со всем этим будет дальше.

В предлагаемой книге изложено современное представление о возникновении и развитии Вселенной; о том, как ведутся поиски жизни вне Земли и о результатах этих поисков; о загадочных и фантастических свойствах черных дыр и о том, как их находят и «взвешивают»; о самых последних открытиях в астрофизике — антигравитации, «темной материи» и «темной энергии».

Для чтения книги не требуется никаких специальных знаний, выходящих за рамки школьной физики.

Геном, клонирование, происхождение человека

Под редакцией члена-корреспондента РАН Л. И. Корочкина

Что такое геном человека, чем отличается клонирование от копирования, как гены определяют развитие организма и социальное поведение человека, что такое геновая инженерия и как она используется в производстве продуктов и лекарств.

Последние достижения генетики, в том числе сенсационные результаты в решении проблемы происхождения и миграции человека, изложены на высоком научном уровне и в доступной для широкого читателя форме.

Е. Л. Фейнберг

Две культуры.

Интуиция и логика в искусстве и науке

Зачем искусство нужно человечеству. Каковы взаимоотношения искусства и науки. Где кончается логика и начинается интуиция.

Общие проблемы «двух культур» — естественнонаучного знания, с одной стороны, искусства и гуманитарных наук — с другой рассматриваются с философской точки зрения известным физиком, академиком Е. Л. Фейнбергом.

Третье, расширенное и дополненное издание.

ООО «Век 2», Москва, Измайловское ш., 48а,
тел (095) 365-43-55; E-mail: vek-2@mail.ru,
www.vek2.nm.ru

Научное-популярное издание

Ротштейн Владимир Григорьевич

Психиатрия. Наука или искусство?

Подп. в печ. 5.12.2003. Формат 84x108/32.
Усл. п. л. 16,8. Тираж 2000 экз. Заказ № .

ООО «Век 2», 141195, г. Фрязино-5, Моск. обл., а/я 107.
Тел. (095) 365-43-55, E-mail: vek-2@mail.ru.
Москва, Измайловское ш. 48а.
Изд. Лиц. ЛР № 070440 от 11.04.97.

Отпечатано в полном соответствии с качеством
предоставленных диапозитивов
на ОАО «Можайский полиграфкомбинат»
143200, г. Можайск, ул. Мира, 93.