



# Введение

**С**тоит развернуть любую газету в любой день недели, и там обязательно отыщется статья о душевном здоровье — точнее, как правило, нездоровье. Мы читаем, что эта пагуба встречается все чаще и чаще, не щадит ни молодых, ни старых, ни женщин, ни мужчин. Особенности поведения, на которые мы раньше не обращали внимания, теперь требуют диагноза, и мы, и наши родные и близкие принимаем лекарства или ходим на психотерапию. А профессионалы либо критикуют гипердиагностику и клеймят медиализацию повседневной жизни, либо считают корнем зла современное общество. По их словам, во всем виноваты социальные сети, сексуальное насилие, бедность, богатство, патриархат, феминизм, религия, атеизм — этот перечень можно продолжать бесконечно.

Поскольку моя работа — понимать подобные явления, мне представляется, что во всей этой какофонии прослеживаются некоторые закономерности. Многие доводы из списка вполне убедительны, однако все они освещают происходящее с точки зрения политики или социологии. А когда люди делятся своими невзгодами с самыми близкими, они, напротив, от природы склонны

винить во всем исключительно личный опыт, семейные сложности и взаимоотношения. По моему опыту, о физических болезнях, биохимических процессах, генетике и физиологии мозга задумываются несколько реже.

Современная психиатрия сплетает все это воедино — и биологию, и психологию, и социологию — и строит “биопсихосоциальную” модель душевного расстройства<sup>1</sup>. Эта модель — наша гордость. Она показывает, сколь широки наши профессиональные познания и сколь чужды нам всякого рода догмы. Только вот применять эту модель на практике отчего-то не удастся. Каждый раз, когда мы знакомимся с новым пациентом, приходится решать, какая сфера из трех играет самую важную роль — а может быть, какая-то четвертая; иначе нам остается лишь теория, которая объясняет все и ничего.

Чтобы отделить влияние наследственности от воздействия среды, следует, в частности, изучать близнецов, у которых одинаковая ДНК. На другом конце спектра мы имеем возможность анализировать последствия войн, экономического спада, легализации фармацевтических препаратов и внедрения новых методов лечения у целых групп. Кроме того, есть и более “стереотипная” научная работа, которая ведется в лабораториях: опыты на животных, исследования при помощи сканирования мозга и других передовых технологий. Но подобные изыскания, даже высочайшего качества, как правило, дают результаты, применимые лишь на уровне среднего по группе. А когда передо мной отдельная личность, пациент со своей неповторимой констелляцией обстоятельств, даже мощнейшие на сегодняшний день научные методы едва ли позволят ответить на главные вопросы:

почему этот человек так себя чувствует? Что заставляет эту семью так поступать? Почему все это происходит именно с этой женщиной? В крайних случаях подобный пробел в понимании воспринимается как бездна. Недаром Карл Ясперс, философ-психиатр XX века, назвал его пропастью<sup>2</sup>.

Поэтому книга “Глядя в бездну” — не руководство для альпинистов, хотя это как раз отличная метафора для моей работы. Здесь описано то, что можно разглядеть, но до чего невозможно добраться. Здесь описаны опасности и тьма внизу. Пропасть Ясперса — непроходимая полоса, отделяющая “нас” от сознания “безумца”, “сумасшедшего”. Мне представляется, что слово “пропасть” — предостережение и декларация бессилия. Да, это метафизическая бездна, но еще это трудная интересная задача.

Первым моим героем в психиатрии был Р.Д. Лэйнг, радикальный мыслитель шестидесятых-семидесятых, живший в Глазго. Первоначально Лэйнг был горячим поклонником Ясперса, но в дальнейшем пришел к убеждению, что сумеет найти подход даже к пациентам с самыми тяжелыми расстройствами, у которых контакт с реальностью особенно неустойчив<sup>3</sup>. С точки зрения Лэйнга, мы могли бы преодолеть эту пропасть, если бы не объективность, та самая позиция, которая определяет научный метод. Я привык воображать себя радикалом и, вероятно, пошел бы по стопам Лэйнга, но на самом деле оказался не таким. Должно быть, я слишком нежно отношусь к твердой опоре, которую дают эмпиризм и строгие логические выводы. Ведь именно на этом строилось мое обучение в одном из самых известных психиатрических заведений Великобритании — что, впрочем,

ничуть не мешает мне по крайней мере пытаться выяснить, что происходит в сознании другого человека.

Ясперс провел важное разграничение между “психологическим пониманием” и “причинным объяснением” человеческого поведения. Психологическое понимание — это симпатия и эмпатия, рассказывание историй, работа в обратном направлении от настоящего к формирующему опыту, словно они лежат на одной непрерывной дуге. Однако этот крайне полезный и иногда красивый способ рассмотрения нашей жизни тоже может оказаться иллюзорным: наша жизнь постоянно подвергается причинно-следственным воздействиям генетики, болезней и даже случайностей. Иначе говоря, с нами происходит много всего, даже такого, во что мы не верим.

Современная психиатрия поступает совершенно оправданно, когда обращается к нейрофизиологии за ответами на некоторые вопросы, имеющие отношение к природе человека, и именно такова была моя ориентация как нейропсихиатра. Однако к некоторым направлениям нейрофизиологии, в числе которых, например, современная психофармакология, остается много вопросов. Нейромедиаторы, биохимические передатчики мозга, часто называют современным аналогом древних гуморов. Подобно тому как древние греки считали, что кровь и желчь определяют сангвинический и меланхолический темперамент, мы говорим о дофамине и серотонине; нас учат, что первый снабжает нас мотивацией, а второй отвечает за настроение. А есть еще и “приливы” адреналина, и “подъем” от серотонина — и многое другое.

Если говорить о дофамине, то его недостаток приводит к болезни Паркинсона, а избыток — к шизофрении. Но тогда как же быть со случаем из главы 1, когда у пациентки наблюдается и то и другое одновременно? Понять суть ее недуга невозможно, не разобравшись в роли дофамина. При этом нестойкое мировосприятие пациентки, сформированное и искаженное химическим дисбалансом, скорее расширяет, нежели сужает наши представления о ее личности.

У каждого из нас в организме есть ком жирного вещества, уютно устроившийся в бронированной оболочке, подпираемой шейей, и это неизбежная биологическая реальность. Мозг, плотный и при этом нежный, крайне хрупок, и череп обеспечивает ему лишь условную защиту. Скажем, если на вас наедет машина, череп не выдержит. Если вы выживете после тяжелой мозговой травмы, можно надеяться, как было у больного из главы 2, что вы встанете на путь исцеления — как и ваш мозг. Разделять подобным образом организм и “Я” — пожалуй, безнадежно дуалистический подход. Мы не задумываемся, откуда берутся наше восприятие и интуитивные догадки, — мы не осознаем ежесекундно, что за всем этим стоит мозг, что это он занимается мышлением. Философы столетиями изучали иллюзию единства, однако зачастую мы начинаем замечать эту связь лишь при повреждении мозга, когда видим, как “био” и “психо” тянут в разные стороны. Предположения и ожидания больного не всегда полностью совпадают с социальным и материальным миром, а его расстроенный мозг мучительно пытается осмыслить эту разницу. Иногда лишь пристальный взгляд на анатомию мозга позволяет нам разобраться

в индивидуальной реакции на травму у конкретного больного. Так что, может быть, не такая уж это и бездна.

Общая цель этого сборника — сузить брешь недопонимания между человеком с психическим расстройством и человеком без него. Все рассказы объединяет одна мощная, пусть и неявная тема: противоречие между точкой зрения отдельного человека и социума. Например, присутствие сейсмических социальных сил, скажем, расизма и расового самоопределения, может очень громко заявлять о себе и в больнице, и в кабинете психиатра, и за их стенами, как мы узнаем из главы 4. Столкнувшись с предрассудками, человек зачастую переживает экстремальные перепады настроения, пока не обретает некоторую гравитационную точку равновесия, более естественный ритм и знакомые утешительные интонации в терапевтических отношениях. Но разве эти отношения не повторяют ту же самую асимметрию власти? Другая мощная социальная сила — особые требования к женскому телу и этика потребления, что в клинической практике проявляется как “расстройства пищевого поведения”. В главе 5 мы рассмотрим, как эти ожидания, подкрепленные биологическими императивами голода и размножения, наряду с образом тела в сознании определяют весь жизненный цикл человека. Но если общество способно уговорить нас участвовать в этом, есть шанс, что сами мы можем уговорить себя от этого отказаться.

Противоречие между отдельным человеком и обществом в целом проявляется особенно ярко, когда сталкиваешься с самоубийством. Ведь именно изучение связи статистики самоубийств с культурой и демографией знаменовало рождение социологии как научной дис-

циплины в конце XIX века. Если мы вернемся к нашим газетам, то, скорее всего, обнаружим там распространенное заблуждение, будто бы самоубийство, которое мужчины совершают в два раза чаще женщин, вызвано “кризисом маскулинности” и культурным запретом для мужчин говорить о своих чувствах. Более крупные социальные факторы, например безработица, алкоголизм и наркомания, как правило, игнорируются, как и главный, в сущности, фактор риска — психиатрическое расстройство. Самоубийство — обычное дело в сокровищнице нашей литературы. Случаями суицида пестрят трагедии Шекспира — вспомним “Гамлета”, “Макбета”, “Ромео и Джульетту”, “Антония и Клеопатру”. Однако лучшая профилактика самоубийств — отнюдь не вопрос интроспекции, а работа на уровне популяции: переход с каменноугольного газа на природный, установка ограждений на станциях метро и даже ограничение продажи парацетамола в аптеках. Самоубийство возвращает нас с небес на землю, заставляет отвлечься от широкой исторической перспективы и обратить внимание на мелочи одинокой борьбы, которую ведет каждый из нас в отдельности. На самом деле нам никогда не узнать, почему человек лишает себя жизни. Пожалуй, именно поэтому нам приходится рассказывать все новые и новые истории о самоубийствах — как в главе 3.

Когда психологическое понимание и причинное объяснение сталкиваются, неизбежно напряжение, но если они оказываются нос к носу в одной комнате — не миновать настоящей схватки. Было бы проще просто заявить, что, если это происходит в консультационном кабинете, незадачливому психиатру остается лишь пози-



ция стороннего наблюдателя. Но это позволило бы нам слишком легко умыть руки и вместе с тем приуменьшило бы нашу роль. Кто-то заходит еще дальше и заявляет, что отчасти во всем виновата сама психиатрия — рука государства, буквальное воплощение “полиции мыслей”. Слишком громкое обвинение, однако у него есть некоторые косвенные основания: из всех медиков только мы наделены полномочиями задерживать и принуждать. Мы вправе заставлять лечиться тех, кто от этого отказывается (главы 1, 4 и 6), вправе разлучать людей с близкими. В сущности, психиатр стоит на страже норм и ценностей общества, но не должен ограничиваться пассивным их носительством и тем более торговать ими. От нас не требуется быть безликими и анонимными, будто психоаналитик с карикатуры. Точно так же мы не в силах спрятать собственный пол, расу, социальный класс и полномочия, которыми мы наделены. А если мы сами станем прятаться за этими атрибутами, то перестанем различать границу между нами как личностями и уж точно не сумеем навести мосты через пресловутый разлом. Писать о противоречиях и борьбе — своего рода негативизм, и не все истории болезни хорошо кончаются, однако эти слова пробуждают силы, способные преобразовать.

В последней главе (главе 7) собраны воедино все темы, прозвучавшие в книге, и это отражено в историях двух человек, с которыми я познакомился примерно в одно и то же время. Как выяснилось, эти истории — совсем разные — содержат в сжатом виде рассказ о пути, который прошла наука о душевных расстройствах за последние сто лет (а на самом деле со времен античности). Древние греки, помимо теории гуморов, придержива-

лись удивительных представлений о роли различных органов, в частности были убеждены, будто матка способна вызывать у женщин расстройство под названием “истерия”. Именно это заболевание соблазнило Зигмунда Фрейда оставить стабильную респектабельную карьеру невролога и пуститься в странствие по куда более зыбкому, а временами еще и сексуально заряженному царству душевных расстройств. Прошло сто лет, а мы сталкиваемся с теми же дилеммами и той же неопределенностью.

Последние главы посвящены взаимодействию мозга и разума и их, скажем так, борьбе за контроль. Она может приводить к камерным семейным драмам, которые разыгрываются на сцене биомедицины, а может быть ими спровоцирована. Что подводит нас к вопросу о самом мощном и спорном методе лечения, символе психиатрии, наглядно иллюстрирующем разрыв между физическим и метафизическим, — об электросудорожной терапии (глава 6) и ее более мягкой современной родственнице, транскраниальной магнитной стимуляции (глава 7).

Приведенные здесь клинические зарисовки рассказывают о мощном разрушительном воздействии личных и общественных убеждений — но и о том, как они помогают нам меняться к лучшему, можно даже сказать, исцеляют. Я понимаю, что эти истории однобоки, ведь и мои воспоминания, и манера изложения неизбежно предвзяты, к тому же я находился под влиянием других факторов, не позволявших мне увидеть картину в целом ни тогда, ни, бесспорно, сейчас. Но каждый описанный случай — это встреча, буквально заставившая меня учиться на собственных ошибках и позволившая немного лучше понять

самого себя (если не других). Прежде всего некоторые читатели ужаснутся степени моего невежества. С этим я готов согласиться. Конечно, мириться с подобными обвинениями неприятно, но необходимо. На моей стороне — или, по крайней мере, у меня в тылу — постоянно пополняющийся запас знаний о душевном здоровье и болезни. Они содержатся и в учебниках, и в научных журналах, которые опираются и на биологические, и на общественные науки, — и запас этот так велик, что его уже не вместит ни одна физическая библиотека.

Моя цель — найти применение некоторым накопленным данным (по-моему, они лучше любой мудрости), не обременяя читателя избыточными цитатами. Многие книги укоризненно грозят мне пальцем за то, что я их так и не прочитал, зато кое-какие всегда со мной, и это утешительно — ведь если нужно, они окажутся под рукой. Я упоминаю об этом, поскольку мне хотелось бы еще и немножко избавить психиатрию от мистического флера. В ней много загадочного, но мистического — ничего. Впрочем, как не поразиться, если вся психиатрия сводится к тому, что в комнате сидят двое и разговаривают.

# Глава 1

# **Dopamine**



**Я** впервые увидел Дженнифер в палате скорой помощи, где она неподвижно лежала на койке. В буквальном смысле неподвижно. Она лежала на спине, чуть приподняв голову, так что затылок касался подушки, но не опирался на нее. У Дженнифер был целый ряд сложных и даже противоречивых жалоб, а принимать лекарства она перестала. Она стремительно теряла вес, началось обезвоживание. Пришлось экстренно доставить ее в больницу.

Дженнифер было лет тридцать пять. Происходила она из совершенно заурядной семьи среднего класса. Когда она была еще ребенком, родители расстались, и она жила с матерью до подросткового возраста. Потом у матери появились признаки душевного расстройства — болезненная мнительность и религиозный бред, — однако к психиатру она не обращалась. С тех пор Дженнифер проводила больше времени с отцом. Она хорошо училась и получила стипендию в школе искусств. Занималась фотографией, экспериментировала со съемкой движущихся предметов с большой выдержкой (мчащихся поездов, бегущих детей, парящих птиц). Изобра-

жения у нее всегда получались размытые, вызывавшие смутную тревогу. Примерно в середине обучения, когда Дженнифер было около двадцати одного года, у нее возникли бредовые идеи — в точности как у матери: она была убеждена, что кто-то ворует ее идеи и вещи, начала слышать голос известного киноактера, жившего по соседству. Этот голос говорил ей всяческие гнусности и требовал, чтобы она бросила живопись, иначе ей придется плохо. Дженнифер была вынуждена подчиняться этим приказам. Голос утверждал, что читает ее мысли. Был и женский голос, который Дженнифер не узнавала, и эти голоса переговаривались, комментируя все, что она делала: “Только посмотрите — она встает с постели. Кем это она себя возомнила?” Голоса поразительным образом влияли и на физический мир — вторгались в тело Дженнифер и воздействовали на ее половые органы. Подобные странные переживания — диагностические симптомы шизофрении, этого символа душевных болезней.

Дженнифер обратилась тогда к психиатру, однако, несмотря на все попытки лечиться медикаментозно и общую поддержку, так и не сумела завершить обучение в школе искусств. Лишившись главной цели в жизни, Дженнифер все больше отдалялась от людей и жила одна в съемной комнате на государственное пособие. В местную психиатрическую службу она обращалась только в крайнем случае, никому там не доверяла, правда, антипсихотические лекарства все же принимала. Они “приглушали” голоса, но не заставляли их умолкнуть.

В сущности, Дженнифер не доверяла вообще никому. Она была убеждена, что к ней в квартиру кто-то про-

никает, роется в ее вещах, переставляет мебель и крадет ее скудные ценности. Поэтому она начала везде носить с собой рюкзак, набитый всем ее имуществом, в том числе письмами, документами, музыкальными дисками и рисунками, чтобы они точно не пропали. На груди у нее всегда висела тяжелая камера, дорогая, но обшарпанная. Дженнифер вела себя как фотожурналист без темы — лихорадочно снимала всех новых знакомых и новые места. Объяснялось это тем, что она хотела вести хронику своей жизни: это позволило бы ей при необходимости проверять, что с ней произошло, кто там был, где находились те или иные предметы и так далее — фотографии были ей нужны как свидетельства. Свидетельства чего? Защиты? Обвинения? Это оставалось неясным.

Со временем все наладилось. Дженнифер следила за собой, ходила в магазины за самым необходимым, время от времени фотографировала и рисовала пастелью автопортреты. Она тщательно избегала контактов с людьми, но после множества визитов патронажная медсестра из государственной психиатрической клиники более или менее наладила с ней отношения. В следующие несколько лет врачи перепробовали разные схемы медикаментозного лечения, чтобы контролировать симптомы Дженнифер, но их ждал неприятный сюрприз: у нее стали проявляться весьма специфические побочные эффекты. Дженнифер жаловалась на скованность движений, на сильное слюнотечение. Появился тремор, особенно в правой руке, что мешало рисовать. Складывалось впечатление, что антипсихотические лекарства, блокировав важнейшие рецепторы дофамина в мозге, вызвали у Дженнифер симптомы болезни Паркинсона.