

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 всего-навсего 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 имеющихся 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, имеющихся 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 попытается 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, трудно 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 придираться 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 детальнейших 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 — похлопать 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, доктор — 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 букву «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 не 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 настоящие эффективные методы лечения психических заболеваний. В 1918 году Вагнер-Яурегт 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 Медунда 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 болеть, 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 лишний 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?! — поразились 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.

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	68
---------------------------------------	----

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	117
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	129
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 вялотекущую шизофрению	139
--	-----

Глава VIII

ЗАКОН И ПОРЯДОК	145
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	162
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	176
-------------------------	-----

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