



БИБЛИОТЕКА  
ГУТЕНБЕРГА

Александр Граница

# БЕЗ КНИЖИ ЛИ

КАК ПСИХИАТРЫ  
ВЫСТАВЛЯЮТ ДИАГНОЗ?

*Аванта*

Библиотека Гутенберга

Александр Граница

**Безумие ли? Как психиатры  
выставляют диагноз?**

«АСТ»

2018

УДК 616.89

ББК 56.14

## **Граница А. С.**

Безумие ли? Как психиатры выставляют диагноз? /

А. С. Граница — «АСТ», 2018 — (Библиотека Гутенберга)

ISBN 978-5-17-103836-6

Основная цель книги – борьба со страхом и предубеждением к больным с психическими расстройствами. С одной стороны болезни психики, «безумие» рождает необычный и противоречивый интерес, с другой – «сумасшествие» является настолько пугающим, что в общественном сознании рождается желание закрыться, удалить психически больных из жизни общества. С третьей стороны, некоторое невежество, рожденное страхом, приводит к определенным спекуляциям в этой области. Зачастую родственники больных обращаются к неврологам, психологам, а то и вовсе к экстрасенсам и шаманам, а к психиатру боятся идти. Но вовремя не оказанная помощь может привести к более худшим последствиям, чем необходимость числиться на учете. Данная книга поможет взглянуть на все эти проблемы и будет способствовать уменьшению стигматизации и предубеждений перед психическими расстройствами и психиатрией.

УДК 616.89

ББК 56.14

ISBN 978-5-17-103836-6

© Граница А. С., 2018

© АСТ, 2018

# Содержание

Безумие ли?	6
Предисловие от автора или о чем и зачем эта книга	7
Глава 1	14
Заключение	21
Глава 2	25
Заключение	32
Глава 3	43
Конец ознакомительного фрагмента.	46

# **Александр Граница**

## **Безумие ли? Как психиатры выставляют диагноз?**

© А. С. Граница, текст, 2018

© К. К. Хазеева, илл., 2018

© ООО «Издательство АСТ», 2018

## Безумие ли? Как психиатры выставляют диагноз?

Передо мной рукопись молодого врача-психиатра Александра Граница, написанная в стиле научно-популярного рассказа. Автор повествует о начале своей трудовой деятельности в психиатрической больнице, о сложных человеческих судьбах, о родственниках, в семьях которых есть больные, страдающие психическими расстройствами, о сложных вопросах диагностики, лечения «особенных» пациентов, о врачебных сопереживаниях, сомнениях, победах и поражениях.

Молодой врач очень хочет всем помочь, но, к сожалению, это не всегда удается, встречаются и врачебные ошибки. Перед глазами судьбы людей, длительно находящихся в стенах психиатрической больницы, часто обреченные на инвалидность, потерявшие профессию, семьи. Какие слова найти для них?

Автор по-философски рассуждает о специальности. Какой диагноз лучше? Шизофрения или биполярное расстройство? Вопросы дифференциальной диагностики всегда были сложными в психиатрии. А нужно ли вмешиваться? А как не навредить пациенту? Как решить его социальные проблемы? Получить врачебное удовлетворение, докопавшись до истины... а нужно ли это больному? (рассказ «Вечный двигатель»).

Автор живет профессией, через все рассказы проходит любовь к пациентам, желание вылечить, вернуть в семью. В рассказе «Он всегда улыбался» – трогательная история о человеке, жившем в «блаженном неведении» и, наверное, его счастье, что он не мог оценить даже горе, и продолжал улыбаться...

С душевным теплом А. Граница внедряется в вопросы врачебной этики. Как завоевать доверие? Быть чутким, проникательным, уметь подметить, расположить... Как сказать правду, часто горькую? Имеет ли врач право на ошибку?

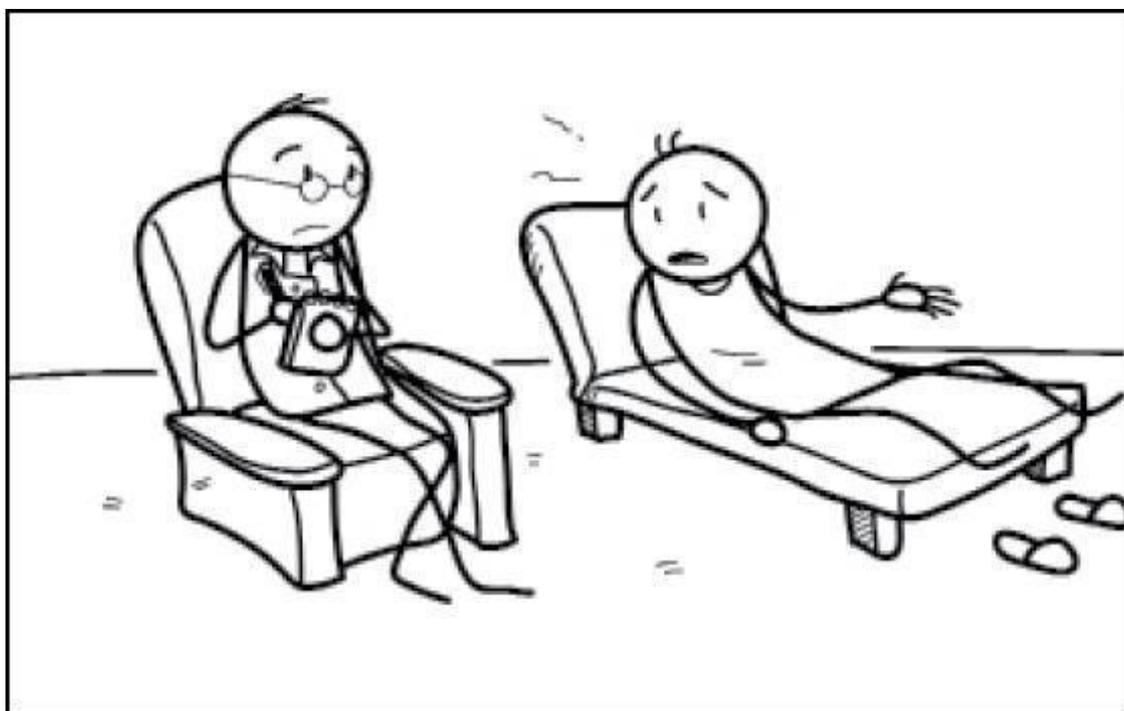
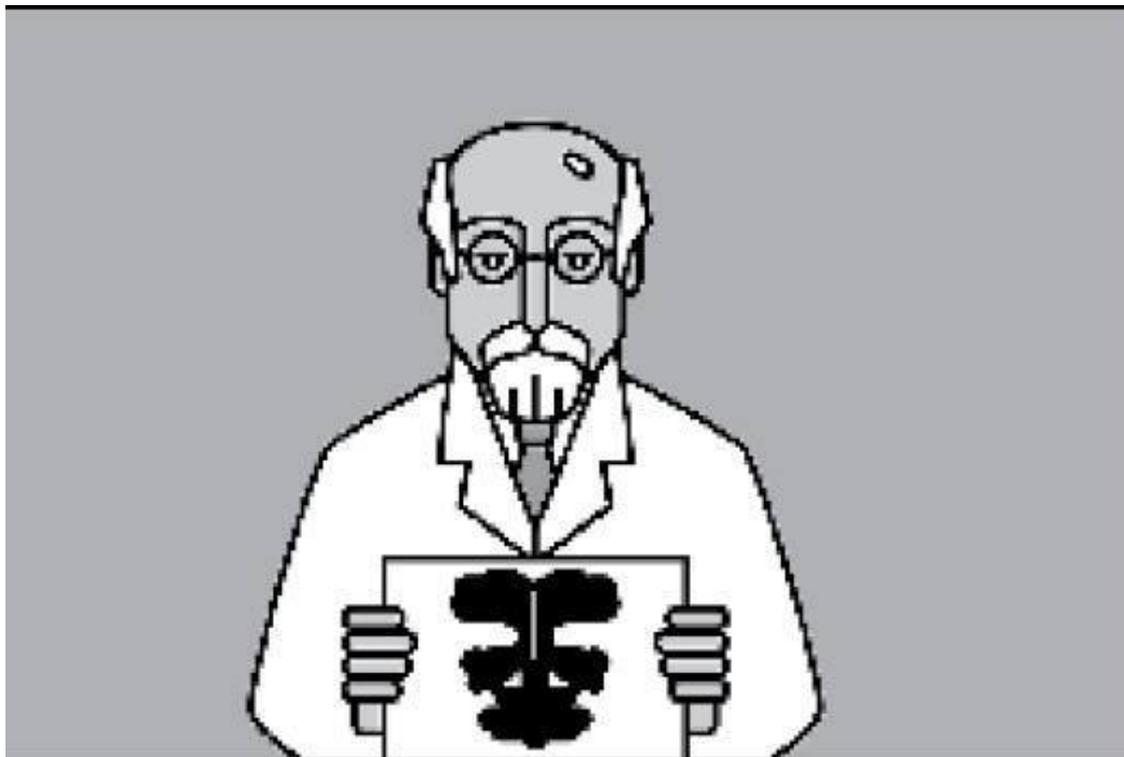
Каждый рассказ делится на две части. В первой автор описывает истории болезни, сложные синдромы рассматривает с психологической и психиатрической точки зрения. Многие жизненные ситуации вызывают сильный эмоциональный отклик, сострадание до отчаяния, часто печаль и даже слезы. Саморазрушение, трагедии... (рассказ «Водомерка»).

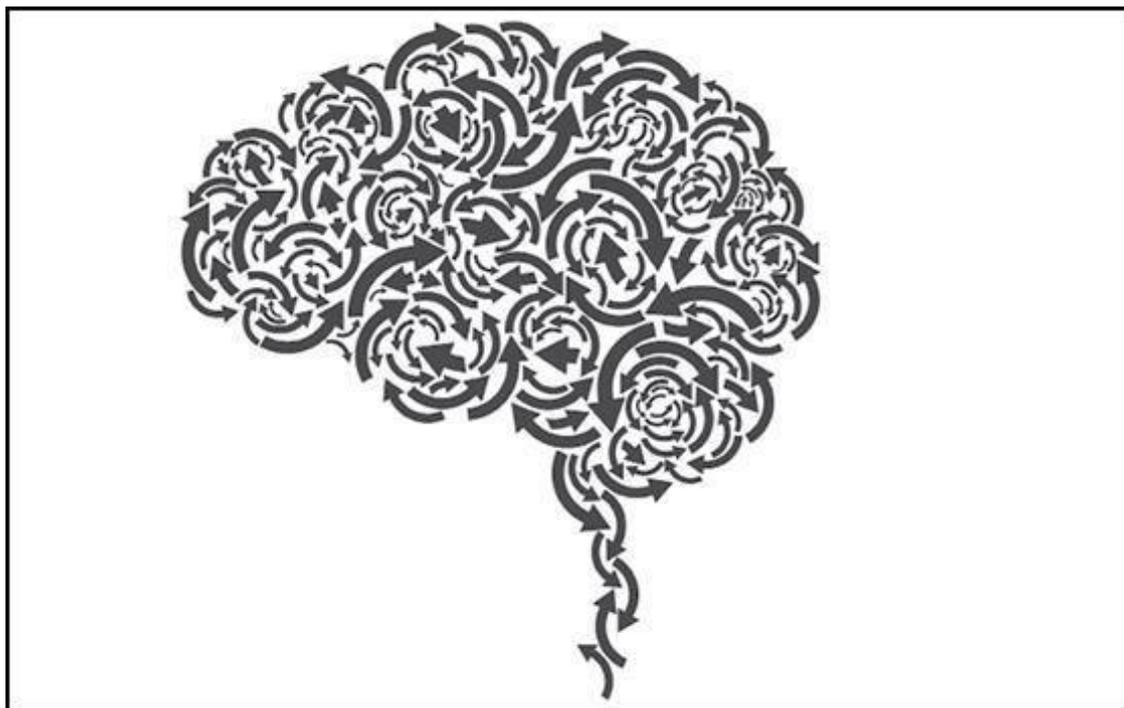
Вторая часть (заключения) – научная, здесь предлагаются определения психических болезней, их классификации, прогнозы. Соответственно меняется авторский стиль языка. Книга дополнена великолепными иллюстрациями молодого художника Хазеевой Камиллы. Они отражают внутренний мир героев и их переживания.

Несомненно, книга молодого автора увлекает легким изложением сложных конструкций психического расстройства, характерами и судьбами пациентов и научными заключениями. Книга будет интересна и понятна как специалистам, так и людям, не связанным с профессией врача-психиатра.

*Заслуженный врач РТ, к.м.н., главный внештатный врач-психиатр  
Республики Татарстан Т. В. Гурьянова*

## Предисловие от автора или о чем и зачем эта книга





Доброго времени суток, уважаемый читатель! Когда мы говорим о психических расстройствах и тех, кто ими занимается, всплывают профессии психиатра, психотерапевта и психолога. И часто происходит путаница. Психиатр – это врач, и он работает с пациентами, то есть людьми с психическими расстройствами, осуществляет диагностику и лечение, в основном медикаментозное. Психолог имеет психологическое образование, и, строго говоря, в процессе лечения он не участвует. Есть особая группа – медицинские психологи, которые помогают врачу-психиатру в диагностике психических расстройств, в психокоррекционной работе. И есть психотерапевты, с которыми тоже не все просто. Существует понятие врача-психотерапевта, который сначала прошел обучение на психиатра, а затем получил специализацию психотерапевта. Такие врачи работают с психическими расстройствами, применяя при этом особый метод лечения – психотерапию. И есть психологи, которые обучались подходам психотерапии, но не осуществляют ее в качестве медицинской деятельности, однако, могут участвовать в рамках психологического консультирования и психологической коррекции. И, конечно же, они не могут использовать лекарственные препараты, а используют особые методы работы с клиентами, которые применяются в выбранной ими школе психотерапии. Чаще всего психологи работают со здоровыми людьми, помогая им в приобретении необходимых навыков, личностном развитии, разрешении внутриличностных конфликтов. У меня два образования – медицинское психиатрическое и психологическое, поэтому я на многие ситуации могу смотреть с обеих точек зрения.

Многие мои коллеги говорят, что с детства мечтали стать врачами, играли в «медсестер» и «операции», а у меня этого не было. Мне хотелось быть полицейским, скульптором, экологом, но я не задумывался о профессии доктора. Все изменилось, когда я был девятиклассником. Мне хорошо помнится тот момент. Тогда мы отмечали с классом Новый год, и вот посреди праздника я заметил одну из одноклассниц, стоявшую в одиночестве и смотревшую в окно. Подойдя к ней, я увидел, что она была печальной, а по щекам струились слезы. Мы долго проговорили с ней, и вот по мере беседы слезы высохли, а на лице появилась улыбка. Я испытал невероятное чувство вдохновения от того, что моя поддержка и беседа помогли ей, и я для себя решил, чем хочу заниматься в жизни: помогать людям, делать так, чтобы у них высохли слезы. И поэтому я пошел в медицинский университет.

После окончания я поступил в аспирантуру на кафедру медицинской психологии, параллельно работая в отделении сочетанной психической и тяжелой соматической патологии. Это отделение нашей клиники является специализированным. В него госпитализируют или переводят в случае, если наряду с психическим расстройством у пациента обнаруживаются серьезные соматические заболевания: травмы, пневмонии, обострения хронических внутренних болезней, онкологические заболевания и так далее. В каком-то смысле все разделы медицины встречаются в нашем отделении, не говоря уже о том, что через нас проходили пациенты всего психиатрического профиля. Я очень рад тому, что мне довелось работать там: я смог практически познакомиться со всеми отраслями работы врача-психиатра, к тому же знания, приобретенные за шесть лет лечебного факультета, не утрачивались, а применялись по назначению. Это было ценнейшим опытом в моей жизни.



Филипп Пинель

Но у работы в таком отделении есть и обратные стороны медали. Мне часто приходилось вести переговоры со специалистами других лечебных учреждений. И, к сожалению, нередко сквозило пренебрежительное отношение к мнению врача из психиатрической больницы. Каждый раз приходилось буквально завоевывать уважение со стороны врачей-соматологов, ведя диалог на близком к их уровню компетенций языке. Это требовало постоянной подпитки знаний, восполнения позабытого и изучения нового. Иначе с нашим мнением просто не считались. И такое отношение, граничащее с непризнанием другими дисциплинами психиатрии, как равной им отрасли медицины, часто давит на молодых психиатров, я наблюдал это у своих коллег и в своем опыте тоже. Это заставляет сообщество психиатров обособляться, закрываться, что лишь замыкает порочный круг.

Есть и другой аспект – отчуждение и страх со стороны общественности перед пациентами с психическими расстройствами. С этим я встретился не только среди обычных граждан, но даже среди коллег-врачей. И эта проблема имеет глубокие корни в стигматизированном отношении к таким пациентам. Хотя еще в 1792 году французский психиатр **Филипп**

**Пинель** (1745–1826) снял оковы с психически больных, а с середины XX века эффективно применяются психотропные препараты, безотчетный страх перед нашими пациентами остается. Психиатрическая больница до сих пор – это полузакрытое учреждение. И это несет определенный символизм того, что общество все еще отгораживается от них. Да, условия содержания и лечения пациентов сейчас соответствуют принципам гуманности, развиты системы социальной поддержки, но сама атмосфера отчуждения сохраняется. Может быть, мое мнение предвзято, но зачастую мои пациенты мне кажутся более открытыми и искренними, чем им приписывается. Да, есть болезнь, но кроме болезни остается и другая часть их личности и их жизни, и эта часть обнажается болезнью, становится уязвимой. В конце концов, именно больные сталкиваются один на один со своими ужасами и страданиями, врач помогает лишь облегчить их состояние, но по-настоящему помочь им может поддержка близких и отсутствие страха со стороны окружающих. И я не говорю об их беззащитности перед обманом, коварством и просто открытым вымогательством, с которыми нам, совместно с социальными работниками и юристами, приходится бороться. Эта стигма, на мой взгляд, проистекает из непонимания того, как и почему возникает расстройство. Чувство неопределенности порождает страх того, что психически больной непредсказуем, а значит опасен. Хотя, если изучить статистику совершенных правонарушений, пациентов с психическими расстройствами будет среди преступников минимальное число, гораздо больше преступлений совершается намеренно психически здоровыми людьми. Единственное, что можно этому противопоставить – это просвещение, придание огласки и большей открытости проблеме психических расстройств. И для этого написана данная книга.



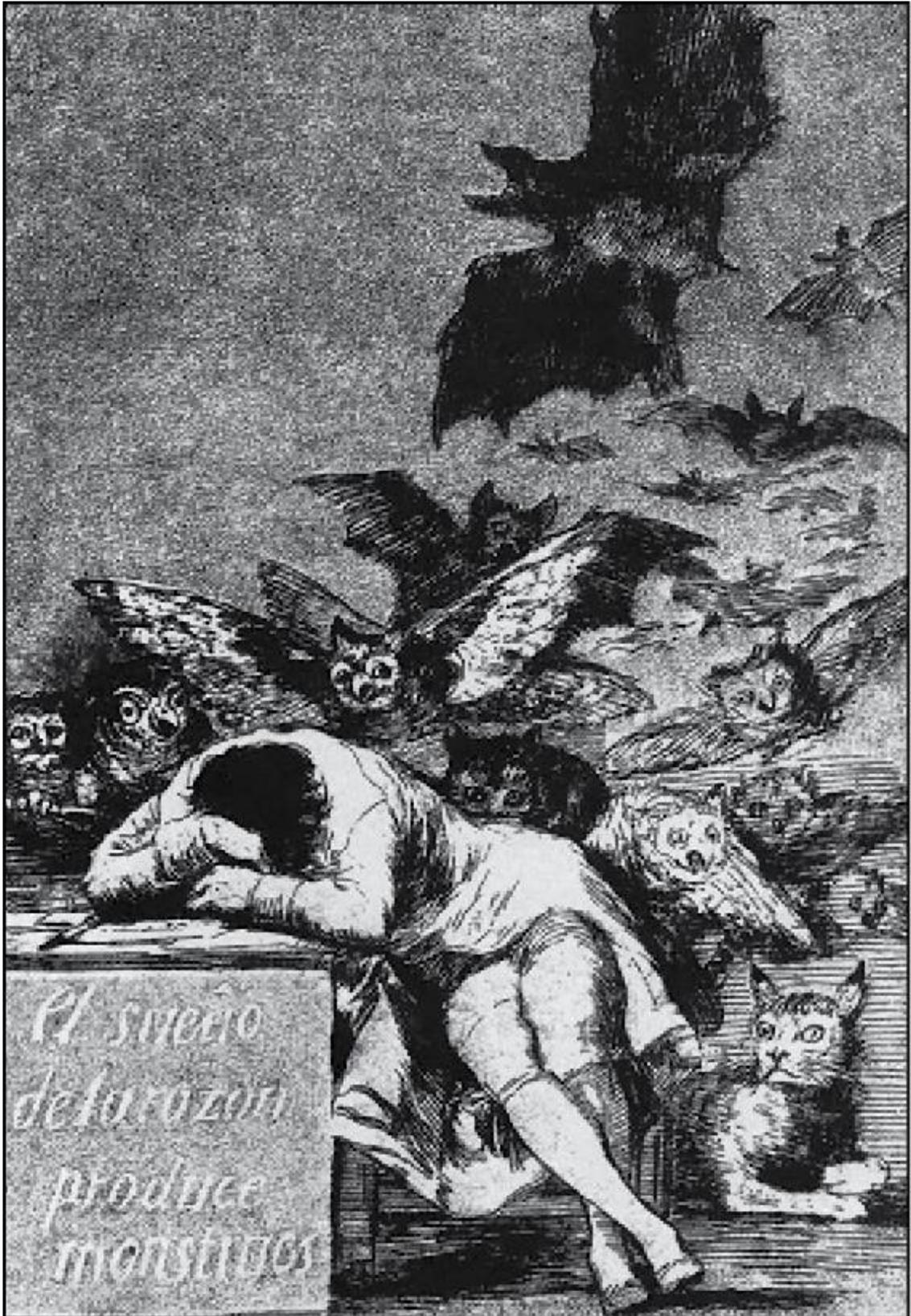
Филипп Пинель снимает цепи с больных  
Художник Тони Робер-Флери

Каждая глава рассматривает особую группу психических расстройств, особенности симптомов, течения и терапии заболевания. Структура глав построена так, что они разделены на две связанные части: художественную и медицинскую. Я очень надеюсь, что смогу показать

читателю мир психиатрии изнутри, чтобы каждый смог через описание клинических случаев, изложенных в несколько художественной манере, посмотреть на болезнь тем же взглядом, что и врач-психиатр. Оговорюсь, что все представленные истории содержат компиляции нескольких близких случаев, встреченных в моей практике, прочитанных в научной литературе и услышанных от коллег, и не являются дословными. Поэтому все совпадения с реальными историями скорее случайны, нежели намеренны. Это было сделано, с одной стороны, для более полного раскрытия ведущей проблематики главы, а с другой – для соблюдения врачебной тайны.

**Также призываю Вас не примерять прочитанное на себя!**

Среди студентов медицинского университета есть особый «синдром третьего курса», когда юные медики сталкиваются впервые с описанием болезней и начинают обнаруживать у себя буквально каждую из них, будь то чума, или шизофрения. В медицине, и особенно в психиатрии, границы здоровья и патологии очень зыбки, так что существует опасность увлечься избыточным поиском заболеваний у себя, даже когда реальных предпосылок для этого нет.



Вторая часть глав начинается со слова «заключение». Вы заметите, как меняется язык в ней. Эта часть более строгая и содержит теоретическую информацию по той проблеме, которой посвящена глава. Там вы встретите научный и исторический взгляд на заболевание, классификацию и признаки смежных состояний, более короткие описания новых клинических примеров, а также детальный разбор заглавного клинического случая так, как это происходит на

диагностических врачебных комиссиях. Такое разделение может вносить определенный диссонанс, но оно призвано позволить читателю самому делать выбор, соглашаться или нет с мнением героя историй – молодого врача-психиатра.

Кроме того, в каждой главе вы встретите иллюстрации, которые помогут вам при формировании внутреннего образа происходящего в этой истории. В книге встречается большое количество научной медицинской терминологии, которая может забываться, поэтому в конце книги можно найти алфавитный глоссарий с пояснениями.

Искренне надеюсь, что книга будет вам полезна и интересна, что она ответит на те вопросы, которые мы вынесли на обложку: безумие ли это, и как психиатры выставляют диагноз?

## Глава 1

### Если у вас паранойя, это не значит, что за вами не следят

*«Психической болезнью признается лишь то, что может быть таковой доказано».*

*К. Шнайдер*





Будучи и психиатром, и психологом, каждого пациента я стараюсь рассматривать с обеих точек зрения. Но вопрос, который очень часто решается однобоко, – психиатрами в пользу болезни, психологами, наоборот, как вариант нормы, – у меня всякий раз вызывает сомнения и внутренний диалог. В этой главе, открывающей данную книгу, мне хотелось бы показать, какие этапы рассуждений проходит врач-психиатр, когда к нему обращается пациент. Здесь и в последующем будут перемежаться истории из практической жизни моего литературного героя – молодого врача-психиатра, на примере которых я постараюсь проиллюстрировать специфику клинической работы, особенностей заболевания и его диагностики, с комментариями научного и клинического характера. И первую историю мне хотелось бы озаглавить так:

«Мне очень нравится работать по субботам. С одной стороны, в субботние дни тихо и спокойно: нет большого количества выписок, консультаций, врачебных комиссий и других медико-социальных вопросов. И потому утро наполнено размеренностью и какой-то доброжелательностью. С другой стороны, порой оно может радовать неординарными случаями.

Пролистав историю болезни поступившего прошлой ночью пациента, первое впечатление о нем у меня сложилось привычное. Соседи вызвали скорую помощь и участкового, жаловались, что пациент их «травит уайт-спиритом», обвиняет в преследованиях и мстит за «надуманное вредительство». Такие истории случаются часто, в основном с возрастными пациентами шестидесяти-восемидесяти лет. Живущие в одиночестве или редко общающиеся со своими родственниками, на фоне снижения возможностей памяти, они становятся подозрительными и могут винить окружающих в попытках причинения им ущерба.

Я пригласил пациента на беседу. В ординаторскую, медлительной и осторожной походкой, вошел высокий, худощавый, седой мужчина (ему было чуть больше шестидесяти). Нос его прикрывали опалового цвета очки, пуговицы пижамы были аккуратно застегнуты. Смотрел он выжидательно и несколько раздраженно. Сев на предложенный стул, он отвечал на мои вопросы, прерывая их собственными замечаниями. Его манера речи выдавала в нем хорошее образование и склонность к интеллектуальному труду. Уже много лет он жил один: родители скончались, и он остался в той же квартире, где началось его детство. У него было два высших образования в сфере инженерии и экономики. До пенсии и еще два года после он работал в разных организациях инженером-экономистом. А последние пару лет подрабатывал тем, что писал обзорные статьи по проблемам экономики и управления для интернет-журналов. Жил он замкнуто и не создавал впечатление конфликтного человека. Все это заставляло задаться вопросом, как же он очутился в психиатрической больнице.

Чего и он до конца не понимал сам. Из его слов выходило, что он вызвал участкового полицейского к себе домой, а вместе с ним «почему-то приехала психиатрическая бригада». Он рассказал, что уже несколько лет у него имеется конфликт с жильцами квартиры нижнего этажа. Предыдущий владелец, с его слов, периодически пытался ему «вредить»: отключал электричество, пускал неприятные запахи через щели в полу. Был период, когда пациент даже видел дым из половых щелей, словно кто-то намеренно накуривал сигаретный дым в них, приходилось заливать пол водой, чтобы это прекратить. У них с соседом были неоднократные конфликты по этому поводу. Но полгода назад наступило некоторое облегчение – тот сосед переехал и вселился другой. Но и с ним, пациент искренне разводил руками в этот момент, началась та же катавасия: стуки в дверь, громкая музыка, инородные запахи в полу.

На этом история не остановилась. В течение двух последних недель начали происходить пугающие вещи. Сначала это были громкие стуки в дверь. Пациент боялся подходить, так как половицы скрипели, а выдавать своего присутствия не хотелось. Затем после таких стуков ему отключили электричество через подъездный щит. «Видимо выманить меня из дома хотели», – прокомментировал он. А однажды на дверном глазке обнаружилась наклеенная жевательная резинка.

«Понимаете, доктор, был бы я моложе или жил не один, я бы может и открыл, но так – мне боязно», – говорил он. Далее он рассказал, что эпизод со жвачкой стал последней каплей, и он решил вызвать участкового полицейского. Но когда тот пришел, а пациент начал ему объяснять текущую ситуацию, полицейский вызвал бригаду скорой помощи.



Такая история заставляет сомневаться. Отчасти это похоже на правду. Уже немолодому, одинокому человеку в таких условиях действительно стоит опасаться открывать двери незнакомцам. Если, конечно, источники стука были реальны. Тогда я спросил про «уайт-спирит» и попытки мести.

«Я затеял ремонт, – ответил он. У меня стены и двери в комнатах покрашены масляной краской. Местами краска облупилась, надулись пузыри. Вот и приходится их оттирать. Я беру «уайт-спирит» и скребком оттираю».

Опять же, бывает и такое. Соседские отношения не всегда доброжелательные. Какие-то мелкие недовольства могут копиться, могут иметь реальную основу, и когда не способны разрешиться самостоятельно – идут обращения к участковому. Мы договорились с ним, что я постараюсь разобраться в сложившейся ситуации, но ему придется потерпеть до понедельника, когда придут заведующий отделением и заместитель главного врача. Он был не против.

Я снова открыл историю болезни. Из рапорта участкового следовало, что его вызвали соседи моего пациента по лестничной площадке. Значит, это не те, на конфликт с которыми грешил он. Причина вызова психиатрической бригады была в «неадекватности поведения и агрессивности». А кому же понравится, когда ты вызываешь полицейского, чтобы он тебе помог, защитил, а он зовет санитаров?

Далее были приклеены два заявления от соседей. Как я понял, с той же лестничной площадки. Из заявлений выходило, что уже несколько месяцев он их «травит уайт-спиритом», а на контакт при просьбах это прекратить не идет. К счастью, в обоих случаях были указаны номера телефонов соседей. Я позвонил по первому из них. Трубку сняла пожилая женщина, отвечавшая с татарским акцентом.

Она рассказала, что знала еще его родителей, когда они переехали в этот дом. Дом был старый, а половицы – и вправду деревянные. По характеру она описывала его замкнутым и необщительным. Особенно после смерти родителей он практически ни с кем из жильцов не разговаривал, а старался отвернуться или прошмыгнуть, если все же попадался навстречу на лестнице. Порой она замечала, что он разговаривал на улице без собеседника. Сквозь тонкие стены иногда слышалась нецензурная брань, но только его же собственным голосом. И в короткие редкие беседы он жаловался на квартиру снизу. Именно поэтому, считала она, пациент разливал «уайт-спирит», пытаясь отомстить. Когда терпение лопнуло, она вызвала участкового полицейского.

Участковый приходил не единожды. Он стучал в дверь, но ему никто не открывал. Он пытался застать пациента дома, но всякий раз наталкивался на запертое и молчаливое дерево. Ему предложили отключить электричество в подъездном щите – выманить из квартиры для разговора. Но никто не вышел, никто не открыл, никто не подходил к порогу. Может быть, уехал? Чтобы проверить эту версию полицейский решил прилепить жевательную резинку на глазок – если он здесь, то отлепит. И правда, жвачки уже не было на прежнем месте – она оказалась в следующий день на дверном глазке соседей снизу. А в квартиру его так и не пустили. В конце концов, сам любитель «уайт-спирита» пригласил участкового принять меры и, наконец, прекратить эти «злоумышленные долбежки» в его квартиру. Вместе с ним-то и приехала бригада.

Я положил телефонную трубку. И смех и грех, как говорится. Выходил каламбурный случай, когда природная мнительность встретила реальные поводы. И что мне было делать? С такой точки зрения делать ему в психиатрической больнице нечего. Однако были небольшие шероховатости, которые требовалось изучить.

С точки зрения феноменологического подхода в психиатрии одно и то же явление можно интерпретировать либо как симптом, либо как вариант своеобразной нормальности. Опасения-фобии, подозрительность-паранойя, грусть-депрессия. С одной стороны, можно усмотреть вполне объяснимые действия и рассуждения в истории моего пациента: одинокий, некрепкий мужчина, склонный к опасениям и страхам, преувеличению конфликтности и злого умысла действий других людей – соседей. И его реакции вполне объяснимы в таком случае. Как однажды сказал заместитель главного врача, который курирует наше отделение: «если у вас паранойя, это не значит, что за вами не следят». Однако его устойчивая настроенность и тен-

денция к объяснению ситуации, как проявления недоброго отношения к нему со стороны жильцов одной и той же квартиры, а также указание на склонность беседовать без собеседника предлагали иную интерпретацию.



Уайт-спирит – бензин-растворитель, применяется, главным образом, для разбавления и удаления краски.

Большую часть жизни он работал по профессии, которая предполагала наличие достатка. Он мог позволить себе приобрести другую квартиру, завести семью. Вместо этого он продолжал замкнуто вести свою жизнь. У него не было друзей, не было стремлений и амбиций к достижению большего. Мир чисел и строительных планов его вполне устраивал. Родители – пока они были живы – видимо, составляли все его социальное окружение. Он сам говорил мне об этом. Необходимости в других людях он не испытывал. Это было связано и с его недоверием к ним. У подобного склада характера часто присутствует убеждение, что другие люди враждебны, хотят причинить вред. Он не мог вспомнить, когда чувствовал сильную привязанность, даже смерть сначала отца, затем матери он перенес достаточно легко. Переживал, тревожился за себя, иногда раздражался, по-тихому радовался. Но все эти эмоции были, скорее, отголоском работы его рассудка. И если его подозрительность и аутичность, относительная «холодность» в отношении других людей и собственных переживаний еще не были проявлением психического заболевания сами по себе, то они вносили вклад в понимание расстройства, так как были и другие симптомы, которые трудно отнести к проявлению нормы.

В беседах он рассказал, что соседи на двух этажах – сверху и снизу – являются «наркоторговцами», что они занимаются производством наркотиков, и дым, который он видел у себя в квартире, на самом деле был от их «производства». С его точки зрения, именно это и стало причиной конфликтного отношения с ним. Он называл их «синдикатом», считал преступной группой. Когда уехал первый сосед снизу, сменивший его человек тоже был включен пациентом в этот «синдикат». Хотя со слов других соседей (я тоже расспросил их по телефону), это были обычные семьи, которые снимали жилье в этом доме. Он считал, что они создали устройство, способное отключать электроприборы. Правда оно было слабым и отключало только его

старый радиоприемник, на компьютер и телевизор «мощности не хватало». «Несколько лет назад я придумал его, написал чертеж, и он был только у меня на компьютере. Они как-то смогли выкрасть и построить его и направили против меня». Наши попытки разубеждения, демонстрации сложности таких действий, нелогичности, вводили его в некоторое замешательство, но все равно от этих идей он не отказывался. В то же время, ответить, почему они делают это именно с ним, а не с другими соседями, в чем его исключительность, он не смог. Это было похоже на бредовые идеи – стойкие ложные убеждения, которые невозможно преодолеть. Такая бедная симптоматика указывает на проявление паранойяльного синдрома.

Дополнительное обследование у невролога, ЭЭГ, ЭхоЭГ не выявили серьезных нарушений. Медицинский психолог обнаружил склонность к формированию латентных связей между явлениями и мнительность как черту личности. Затем мы провели врачебную комиссию, где изучали этот случай с заместителем главного врача и заведующим отделением. Его замкнутость, подозрительность, холодность мы стали рассматривать через призму проявлений болезни. Ложные идеи преследования со стороны соседей, как проявление психотической бредовой продукции. Тем не менее, не было **галлюцинаций**, не было развернутых идей преследования, которые бы поражали своей нереалистичностью и вычурностью (то, что характерно для параноидного синдрома). Это было близкое к границам нормы психическое расстройство – **паранойяльная шизофрения**. И хотя было искажение реальности, все-таки не все события этой истории были вымышленными. Через две недели лечения его негативный настрой в адрес соседей стал меньше. И хотя его мнительность никуда не делась, но теперь он уже не хотел продолжения конфликта».

## Заключение

В этой истории мне хотелось продемонстрировать, что грань между реальностью и болезненным вымыслом пациентов с психическими расстройствами крайне тонка. Особенности работы психики могут приводить к их попаданию в необычные, иногда нелепые ситуации. Но сами по себе эти события не являются проявлением их болезни.



Карл Ясперс

Феноменологический подход пришел в психиатрию из философии конца XIX – начала XX века и для психиатров он связан, прежде всего, с именем немецкого врача и философа **Карла Ясперса** (1883–1969). Основной принцип феноменологии в том, что каждого пациента нужно рассматривать не с позиции выявления симптомов, а стараться проникнуть в суть его переживаний, посмотреть на мир его глазами. Только такой подход – понимающей психиатрии – позволит врачу отличить, что есть симптом заболевания, а что проявление личностных особенностей человека. Психиатрия, особенно в эпоху постмодернизма, часто сталкивалась с тем, что норма и патология могли быть схожими в своих проявлениях, а отличить одно от другого – не простая задача. Попробуем пояснить это на нескольких примерах.

**Иррациональность или бред?** Когда мы (в данном случае речь идет не только о врачах-психиатрах) оцениваем слова другого человека, мы во многом опираемся на внутреннюю согласованность его идей, логичность их структуры и аргументированность доказательств, которые он приводит, чтобы убедить нас. Инструмент логики лежит в основе рационального мышления, и хотя он не общепринят как ведущий способ познания, все же именно он является основой для принятия наших решений. Отсюда вытекает важное отличие при разграничении здорового и больного мышления – у пациентов с психическими расстройствами возникает рассогласованность их логических конструкций.

Они могут наполнять их ненужной детализацией, нарушая процессы выделения главного и второстепенного (такое встречается при **органическом расстройстве личности**). Могут пропускать отдельные звенья цепочки рассуждений или введение доказательств, основывающихся на косвенных, скрытых признаках (такие особенности мышления характерны для шизофрении). Или внешне ненарушенное мышление может быть наполнено иррациональными убеждениями, искажающими реальность (иррациональные верования могут лежать в основе развития невротических состояний). И при работе с психическими особенностями врачу-психиатру приходится отвечать для себя на вопрос – что он перед собой наблюдает? Проявление бреда или своеобразный образ мышления? Иррациональность зачастую является важной частью культурного пространства, суеверия демонстрируют качественное своеобразие семьи, субкультуры или даже целого народа. Даже в XXI веке мы склонны переходить на другую сторону дороги, если ее перебежала черная кошка, стучим по дереву или связываем упавшую ложку с приходом гостей. До сих пор существуют практика обращения к экстрасенсам, боязнь наложения порчи и борьба с призраками. Особенность работы психиатра с точки зрения феноменологии в том, чтобы принять мировоззрение пациента, не осуждая его, но разграничивая культуральное влияние и болезненные изменения. В таком контексте даже самая, на первый взгляд, иррациональная идея не будет расцениваться, как бредовая. Бред – это ложное умозаключение, не поддающееся разубеждению и не свойственное данной культуральной среде. Несмотря на всю бездоказательность с точки зрения научных методов познания, а зачастую и здравого смысла, невзирая на стойкость этих верований, психиатр не имеет права называть бредом боязнь порчи, или черной кошки, или старухи с пустым ведром сами по себе. Так же как и вера детей в Деда Мороза, культивируемая в нашем обществе, не будет считаться проявлением психического расстройства, ведь она является неотъемлемой частью наших традиций.

Но что же тогда считать бредом и как его распознать? Здесь психиатру-диагносту придется столкнуться с несколькими задачами. Во-первых, изучить структуру идеи, те внутренние связи, которые подразумеваются в ходе рассуждений человека, есть ли там внутренние рассогласования, пропуск важных звеньев цепочки рассуждений или необычная логика. Во-вторых, понять, насколько эти идеи и их последствия связаны друг с другом. И в-третьих, оценить возможность их критичной переоценки. Так, на вопрос о том, почему стоит опасаться, если черная кошка перешла дорогу, можно услышать ответ: «мне говорили с детства, что черная кошка предвещает неудачу, если я пойду другим путем, который кошка не перебежала, я смогу избежать неудачи». Основа иррациональности данной идеи находится в убеждении о связи между событием – кошкой – и неудачей. Ведь существенных доказательств этой связи нет, кроме одного – мнения других людей, которое закладывается с детства, воспитывается и сохраняется. Можно и дальше рассуждать о том, насколько достоверна эта идея, и рассуждения будут вводить все дальше в необходимые условия, по которым ей можно было бы доверять. Например, доказать существование универсального закона, что субъективно неблагоприятное стечение вероятностей – невезение – способно подавать сигналы из своего вероятного будущего в прошлое в форме знака – черной кошки – и только ее. Однако для изучения верований нашего исследуемого это не нужно. Достаточно понимания, что оно базируется на простых закономерностях – дети склонны доверять взрослым, люди склонны доверять мнению большинства. И то и другое является проявлением нормальной работы психики, во многом обусловленной нашим биолого-социальным происхождением. Ребенок доверяет взрослым, поскольку они являются его проводниками в изучении окружающего мира. Конформизм важен для обеспечения взаимодействия в социуме. И с этой точки зрения само следование этому иррациональному убеждению о черной кошке нельзя признать рассогласованным или выходящим за рамки нормального функционирования человеческой психики. И действия, которые идут вслед за этим – выбор другого маршрута в попытке избежать неудачи – последовательны и вытекают из этого убеждения. И их можно считать логичными.

Вот иной пример. Пациент утверждает, что за ним следят. Этот вывод он сделал исходя из того, что мимо его дома проехали восемь красных машин. На вопрос, считал ли он другие машины, он отвечает – «нет». Была ли это одна и та же машина? Он отвечает – «разные». Почему именно красные машины связаны с возможностью слежки? Он отвечает: «потому что их было целых восемь». Доказать существование слежки с помощью красных машин возможно, если получится увязать в закономерность, например, что следящие за ним люди выбирают только красные машины. Однако пациенту этого не нужно. Мы можем предположить, что его разум избирательно вычленил красные автомобили (возможно, в силу яркости окраски) и запомнил только их. На основании этого было выведено, что встречи с красными машинами стали чаще. И каждый последующий проезд лишь вносил степень убеждения в этом правиле. Избирательное запоминание и избирательное внимание – это нормальное психологическое явление. Мы обращаем внимание и в последующем запоминаем то, что кажется актуально важным, вызывающим эмоциональные реакции или ожидаемым. Это работает и в случае с пациентом. Та же избирательность. Но его разум был направлен на поиск возможных признаков слежки. И тогда важный вопрос, который задаст психиатр: «Почему за Вами могут следить?». Ответы могут быть разными: «я обладаю уникальной силой, я перешел дорогу не тем людям, я важен для специальных служб и прочее». Мы не будем оценивать здесь каждый из них, отметим только, что именно эти убеждения являются основой для формирования идеи «за мной следят», а доказательством будут машины. Хотя случается и обратная система. Пациент может избирать необычные с его точки зрения явления – например, повышение частоты встреч с красными автомобилями – это будет создавать и укреплять в нем чувство необычности происходящего. И затем уже вторично он будет пытаться объяснить себе это своей уникальностью и преследованием за нее. Здесь психиатр был бы склонен к толкованию идей как бредовых.

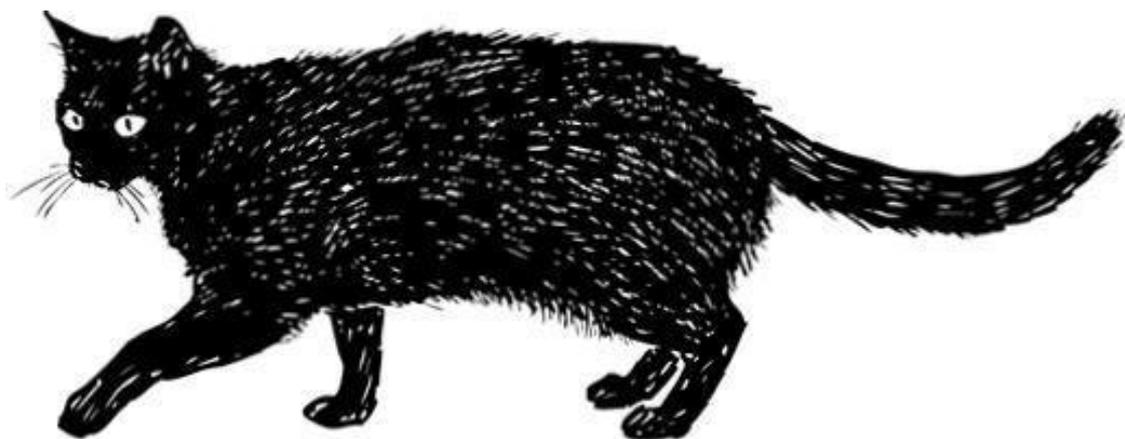
На протяжении книги мы будем еще не раз сталкиваться с тем же извечным вопросом, норма или патология, в разных аспектах. В первой истории мы столкнулись с взаимодействием нарушения мышления – паранойальным бредом – и реальными, хоть и отчасти нелепыми, фактами. Руководствуясь интерпретацией ситуации с позиции поиска психопатологических симптомов, врач-психиатр мог бы пойти по пути гипердиагностики и включить факты из истории в часть проявлений болезни пациента. А если бы заболевания не было вообще? Для разрешения такой ситуации могут быть полезны несколько принципов, которым стараются следовать в психиатрии:

**1. Принцип понимания** – диагност использует свою психику как инструмент для изучения личности пациента, его образа мыслей и чувств. Вместо объяснения врач старается взглянуть на мир глазами пациента и уже из этого делать вывод о болезненности или нормальности переживаний.

**2. Принцип воздержания от преждевременного суждения** – прежде, чем переходить к постановке диагноза, как итогового вывода, врач использует принцип понимания пациента.

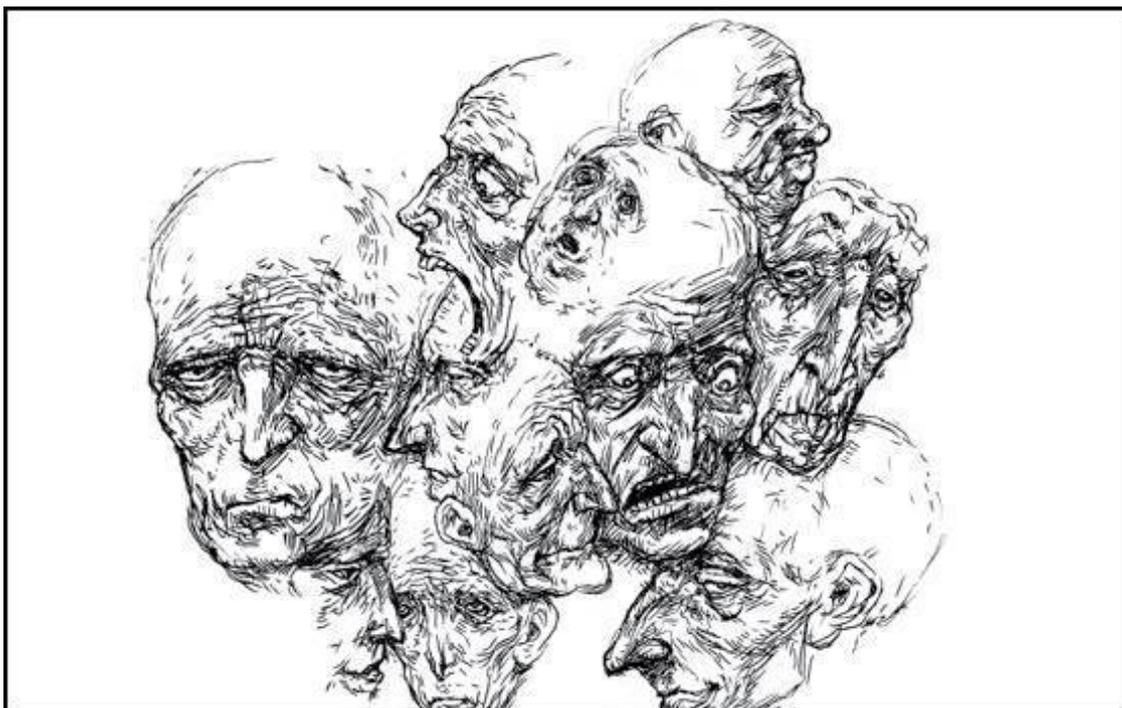
**3. Принцип беспристрастности** – искусство врача-психиатра кроется в возможности максимально абстрагироваться от личного и передать точнее то, что исходит от пациента.

**4. Принцип «презумпции психической нормальности»** – никто не может быть признан психически больным до того, как будет поставлен диагноз заболевания, и никто не обязан доказывать его отсутствие у себя.



## Глава 2 Инструменты





Зачастую психическое расстройство затрагивает большую часть жизни пациента: меняется привычный для него образ жизни, отношения с людьми, особенно близкими, взгляды на мир и его ценностные ориентиры. Но мне всегда казалось правильным уметь разграничивать болезнь и личность человека. Ведь, несмотря на наличие заболевания, остается прежним самое дорогое и важное для человека. И с пониманием этого возможно провести грань между болезненным искажением действительности и реальностью. Это позволяет дать пациенту инструменты для совладания с болезнью. Так же как спортсмен, потерявший конечность, принимает это и движется дальше, становясь паралимпийским чемпионом, так и пациенты могут принимать особенности их психической жизни и принимать осознанное решение, как с этим жить дальше.

«Я вспомнил пациента Л. в это утро после звонка его жены в отделение. Мы расстались с ними в хороших отношениях, и поэтому жена иногда звонила мне, советовалась по лечению и обращению к другим специалистам. Впервые он поступил к нам в отделение ровно год назад. Помнится, его привели поникшего и растерянного, озирающегося по сторонам и ни на чем не задерживающего взгляд. Это был высокого, почти метр девяносто роста, мужчина с короткой стрижкой и гипсовой повязкой на левом предплечье. Он не буйствовал, не вырывался, как это нередко бывает с первичными пациентами. Наоборот, придя в отделение, он сел на кровать, положил голову на руки и погрузился в свои мысли, словно чего-то ожидая.

Я подошел к нему для первичного осмотра, познакомиться, узнать, что с ним произошло, но он не сразу обратил на меня внимание – тягостные мысли одолевали его. Мне удалось достучаться до Л. и пригласить на беседу. В свои тридцать пять лет он имел очень близкие отношения с матерью, но был женат, и скоро они с женой планировали завести ребенка. Работал электромонтером на заводе, сутки через двое, поэтому нам нужно было задуматься о выписке больничного листа. На вопросы отвечал он вынужденно, как будто нехотя, но все-таки говорил, и это было важно. Важно, потому что вчера, находясь в своей квартире, он перерезал вены на левом предплечье, пытаясь себя убить.

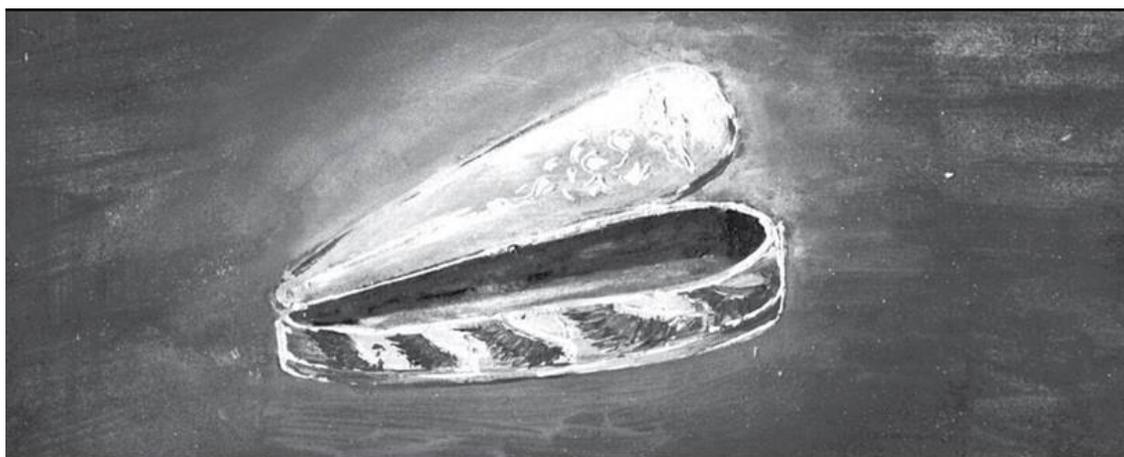
В тот период к нам почти одновременно поступили трое пациентов с попытками суицида, Л. был третьим. Двое других выпрыгнули с балконов и теперь лежали замурованными в гипсовые повязки с металлическими вставками в своих костях. Но у Л. гипсовая повязка была

только на руке – пытаюсь порезать вены, он повредил и сухожилия, а повязка препятствовала лишним движениям кисти. Я спрашивал, не болит ли у него рана, освоился ли он в отделении, нет ли у него каких-то просьб и пожеланий? Он отвечал, в основном кратко, тихим безэмоциональным голосом. И у меня было всю беседу ощущение, что он не здесь. Я медленно подводил его к тому, что его тяготило.

«Вы пытались убить себя?» – мой вопрос словно вывел его из оцепенения. Он поднял на меня свой бледно-голубой, почти серый, взгляд, и впервые я увидел в нем искру эмоций – это был отголосок страха.

«Мне пришлось», – после этого он снова опустил голову на руки, и больше мы с ним не говорили в тот день.

Пациенты, поступившие с суицидальными попытками, очень по-разному себя ведут. Многие замыкаются, стараются уйти в себя. Другие бывают открыты и беспечны. Бывают и те, кто пытается найти возможность повторения. Поэтому за этой группой пациентов устанавливается особый усиленный режим наблюдения. Те двое пациентов, упавших с высоты, открыто говорили о своих действиях. Для одного из них это была уже не первая попытка. Как и прошлые, он совершил ее под влиянием «голосов» внутри его головы. Они кричали, требовали, чтобы он это сделал. И он наконец им сдался и прыгнул с балкона четвертого этажа. Но и тогда они его не отпустили. И лежа на койке нашего отделения, он сам просил делать ему уколы, чтобы «голоса» его не мучили.



Другой, девятнадцатилетний парень, впервые попал в психиатрическую больницу. Он не скрывал причину своего поступка. Около полугода назад ему открылась, как ему казалось, истина. Он был избранным. Но для того, чтобы воплотиться, ему требовалось перерождение. И в тот вечер перед прыжком он наконец понял как это сделать. Ему нужно было попасть в «саркофаг», а этого можно было достичь, только умерев. С улыбкой он рассказывал, что в «саркофаге» он пробудет сотни лет, будет размышлять и писать книги, и тогда очнется перерожденным.

Л. был иным. Он молчал, и это молчание заставляло опасаться, что идея, приведшая его к первой попытке, все еще владеет им, и внешнее спокойствие может усыпить нашу бдительность. Нужно было максимально подробно узнать, что же тогда произошло. Я связался с его женой и матерью, чтобы пригласить их на беседу. Они рассказали, что Л. всегда был тихим и спокойным человеком по своему характеру. У него был круг общения, но близких друзей он никогда не имел. Он не был скрытным, наоборот, многим делился с матерью, а потом и с женой. Но в последние три-четыре недели с ним словно что-то произошло. Стал более задумчивым, чем обычно. Начал больше курить, часто выходил на балкон, выглядывал в окно. На работе стал рассеянным, чаще уставал. Однако не делился переживаниями со своими близ-

кими, уходил от прямого ответа и переводил все на усталость. А последнюю ночь был крайне беспокойным. Не агрессивным, а скорее тревожным, будто чего-то опасался. И очень много курил. Мать жила отдельно, поэтому добавить ничего не могла. Жена же рассказала, что они ушли спать. Но среди ночи Л. проснулся и «вышел снова покурить». Жена уснула. Проснулась она от громкого звука падения. Увидела, что мужа нет рядом, и помчалась на звук. В ванной горел свет, она увидела кровь, но самого Л. не было. Жена нашла его в коридоре на полу, из раны на предплечье медленно вытекала кровь, а Л. был в обморочном состоянии, обессилен и не мог внятно говорить. Она вызвала скорую, попыталась остановить кровотечение. Медики оказали первую помощь на месте и увезли его в отделение неотложной хирургии, а оттуда, уже утром, его перенаправили в нашу психиатрическую больницу. В целом, это соответствовало описанному в медицинской документации. Я постарался их успокоить и заверил, что мы окажем ему необходимую помощь. Попросил лишь поговорить с Л., чтобы он стал более открытым с врачом.

Из рассказа можно было почерпнуть несколько важных деталей. Во-первых, по характеру Л. всегда был достаточно замкнутым, не стремящимся к большому числу привязанностей, и эмоциональным. Это могло указывать на его интровертированность и отчасти шизоидность. Это также и объясняло его реакцию на, по-видимому, тяготящие его переживания в форме отчуждения и погружения в себя. А значит, чтобы он поделился ими, необходимо было заслужить его доверие. Во-вторых, его действие – суицидальная попытка, была результатом как минимум трехнедельного нарастания беспокойства и **тревоги**. К этому он шел постепенно, вероятно, мысль крутилась уже давно, не было полной спонтанности, но он не решался. Значит, в тот вечер либо что-то произошло, либо тревога достигла своего пика. И это предстояло выяснить. Как и предстояло понять, были ли внешние факторы, на которые пациент отреагировал тревогой и саморазрушительными действиями, или это – результат внутренних психических процессов. И необходимо было уже назначать лечение. В клинической картине на первое место пока выходил тревожный синдром, на который можно было воздействовать с помощью **транквилизаторов**. Это могло помочь в раскрытии его состояния, если дать возможность Л. снизить внутреннее напряжение.

От препаратов он не отказывался, как и от формальных бесед. Но на третий день, когда тревога стала менее выраженной, он впервые начал делиться тем, что его волновало. В ординаторской было открыто окно, Л. сидел передо мной за столом, и свет сквозь жалюзи освещал его лицо. Сначала оно было таким же безучастным, как всегда. Он коротко отвечал на мои вопросы – как он сегодня себя чувствует, есть ли жалобы? Но в один из моментов он поморщился. Я ухватился за эту возможность вывести его на более длинный разговор.

– Что-то не так? – он взглянул на меня, поняв, что я застал его легкое раздражение, мгновение подумал, но в итоге решился сказать:

– Да ворона эта уже достала.

– Поясните, пожалуйста.

– Да ну, ерунда, – он махнул рукой. – Просто, как только я начинаю говорить, она каркает.

И дома так было.

– Вы уверены? Зачем она это делает?

– Не знаю я зачем. А когда Вы говорите, синица поет.

Я прислушался. И правда, среди звуков, доносящихся из окна, было карканье вороны и трель синицы.

– А может быть, проведем эксперимент? – предложил я ему. – Вы что-нибудь скажете, и мы посмотрим, начнет ли она каркать, или это совпадение?

Л. согласился. Он начал говорить, но ворона не кричала. Как и не было синицы в тот момент, когда говорил я. Это ввело его в некоторое замешательство.

– Странно, не кричит. Но вот приедете ко мне домой, там точно так они делают!

Л. остался при своем мнении, но стал более открыто со мной разговаривать. На следующую беседу он уже обратился сам. Сначала он хотел поинтересоваться датой выписки и окончания диагностики, но в конце беседы, уже на выходе, спросил:

– Бывает, что я слышу какие-то звуки вечером, словно кто-то оборудование включает. Это мне кажется?

Я уточнил – что именно он слышит? Судя по описанию, было похоже на звук нашей пожарной сигнализации, который она иногда издает. Я спросил – замечал ли он какие-нибудь необычные звуки, на что он ответил положительно. Уже больше месяца его внимание привлекали странные щелчки телевизора, шум лифта, включение сигнализаций автомобилей. Как-то раз на спине своего коллеги по работе он увидел странное свечение, словно на ней появился экран смартфона, но источника света не нашел. Передачи по телевизору порой были подобраны так, чтобы навести его на какую-то мысль. И потому эти «странности» складывались для него в мозаику, в которой он пытался разобраться. И он чувствовал, что все это неспроста, а возможно – проявление слежки за ним. Кто и зачем может за ним следить, Л. не сказал. Я же заметил, что он все равно чего-то недоговаривает. Было ясно, что у Л. формировался бредовый синдром с идеями преследования, а, может быть, уже и систематизированный. Это требовало подключения препаратов антипсихотического действия, помимо сохранения терапии транквилизаторами, и выяснения, что же случилось с ним той ночью.

Две недели после начала терапии антипсихотиками. Все это время состояние Л. постепенно улучшалось. Мы сняли гипсовую повязку, раны его почти зажили, и пальцы возвращали свою силу. Он больше времени проводил с семьей на свиданиях, стал изредка улыбаться. Наши беседы были все продолжительнее. Он рассказывал о своей работе, о своей жизни, о том, как они познакомились с его нынешней женой. О первом браке он говорил редко и неохотно. Видимо, эта тема была ему неприятна. Однако про ту ночь он не добавлял ничего к сказанному. По-прежнему на других пациентов он смотрел в основном с недоверием, выглядывал вечерами в окно и настораживался при неожиданных звуках. Значит, причина его беспокойства еще не отступила. Я пригласил Л. в кабинет на беседу.

– У меня хорошие новости, – начал я, – рука практически зажила и в лечении у хирурга в пределах нашего отделения Вы больше не нуждаетесь.

– Вы меня выпишите? – на его лице отразилось смешанное отношение к этому. С одной стороны, оттенок радости, но основное – это нарастание тревоги.

– Я бы хотел. Но нужно быть уверенным, что то, что произошло с Вами, больше не повторится, – услышав это, Л. слегка поморщился. Я продолжил. – Мы с Вами знакомы уже больше месяца, мы много о чем говорили, но ни мне, ни своей жене, которая нашла Вас на полу всего в крови, ни своей матери, которой пришлось услышать, что Вы в больнице и пытались покончить с собой, Вы так ничего и не рассказали. Я вижу, что Вас по-прежнему что-то тяготит, и я боюсь, что это что-то сможет заставить Вас повторить содеянное, если не сделать хуже. Я не смогу Вам и Вашей семье помочь, если Вы мне не доверитесь.

В какой-то момент моей речи он поднял глаза, смотрел пристально, пытаясь различить во мне оттенки лжи. А потом внезапно я увидел горькую печаль в углах его рта и слезы на глазах.

– Я не могу сказать. Я навлеку на свою семью опасность. И на Вас тоже!

– Все хорошо, Л., – я закрыл окно и дверь в кабинет, сел рядом с ним и понизил голос до шепота. – Никто не услышит, только я. И врачебная тайна не позволит мне рассказать кому-то еще. Что с Вами происходит?

Пациент оглянулся на дверь, на окно, втянул воздух и так же шепотом произнес:

– Они хотят мне отомстить.

Он рассказал, что восемь лет назад на дороге подрался с каким-то пьяным прохожим. Оказалось, что это был – криминальный авторитет. И теперь он его нашел и мстит. Мимо его квартиры часто проезжали странные автомобили, словно выслеживая его. Раздавались стран-

ные звуки – хлопки, шорохи из соседней квартиры, словно устанавливали какое-то оборудование. Прохожие пристально смотрели на него, а когда он отворачивался – смеялись над ним. И еще каждый вечер в последний месяц в кустах около дома собиралась шайка. Громко шепталась, смеялась, но слов он не мог различить. До того злополучного вечера. Тогда он услышал, что они кричат ему – «выходи, мы убьем тебя!». Он не мог ничего рассказать жене. Л. был уверен, что они прослушивают его, и если он проболтается, то они убьют не только его, но и семья пострадает. И тогда он решился. Он решился уйти из жизни сам, потому что они бы сделали это жестоким способом и могли причинить вред еще и жене. В тот вечер, когда жена уснула, а он продолжал слышать, как они в кустах дразнили и угрожали, насмеялись над ним, Л. вышел на балкон в последний раз. Голова его гудела и словно плыла, переполненная страхом и криками. Сигареты не успокаивали. И тогда он решился. А потом уже, лежа на полу, теряя силы, он успел подумать, что так будет лучше.



– Они и сейчас следят за Вами?

– Не знаю. Возможно. Вроде бы сначала, как я попал сюда, они присматривали за мной. Но недели две уже все стало спокойнее. Я боюсь, что когда меня выпишут, они вернуться и доделают то, чего не смог я.

– Вы не допускаете возможность, что это Вам показалось? Это ведь странно и нелогично, что спустя восемь лет Вам начали мстить и использовать такие большие ресурсы. Слежка, разные машины, установка прослушивающих устройств. А потом еще сидеть в кустах под окнами и кричать Вам угрозы, хотя вокруг много людей, которые могли их тоже слышать?

– Ну, другие люди не могли их слышать. Похоже, какое-то устройство у них было, чтобы сразу мне в голову передавать.

– И все же. Какими же возможностями нужно обладать, чтобы такое устроить. И зачем?

– Вот это-то меня и пугает. Я ничего не смогу с этим сделать. А зачем, я и сам не пойму.

– И все-таки, возможно ли, что произошедшее с Вами было не совсем реально?

Л. засомневался. Эта системная картина в его разуме, схема преследователей, существовала уже больше полутора месяцев. Но в последние две недели ее влияние ослабевало. С того времени как он начал получать антипсихотические препараты. Поэтому он решился мне рассказать. Поэтому сейчас возможно было зародить в нем неуверенность в этой системе. И потому же нельзя его еще было выписывать, ведь вера в эту систему была с ним, а значит и усугубление идей преследования и страхов могло вырасти и привести к еще более тяжелым последствиям.

– Л., Вы сами сказали, что последнее время Вас «они» не беспокоят. Может быть, «они» оставят Вас совсем в покое, если Вы пробудете в отделении еще немного?

Л. согласился. Мы продолжили терапию, увеличив дозировку. Его жене и матери я объяснял, насколько важно, чтобы он принимал препараты. В том числе и после выписки. Страх постепенно отступал. Не было звуков и других признаков слежки. И Л. на четвертой неделе антипсихотической терапии наконец успокоился. Все больше крепло в нем ощущение, что пережитое им – плод его психики. И, что самое важное, он переключился с идеи, что можно защитить семью, умерев, на то, что ему нужно жить ради них. Он заговорил о ребенке, о своем будущем, возможности продолжать работу. Мы консультировали его с профессором и пришли к заключению, что пациента можно готовить к выписке, конечно, продолжая прием препаратов в последующем.

Нет, идеи преследования до конца не ушли из него. Мы виделись с ним после выписки несколько раз, он советовался со мной в те периоды, когда снова появлялась тревога. Он сказал, что если не думать о «них», не вспоминать и тем более не говорить ни с кем, то «они» его не беспокоят, словно «им» важно сохранять тайну своего присутствия. Но Л. признавал, что звуки и шорохи ему казались, что у него есть болезнь, которая проявляется тревогой и «всякими галлюцинациями», так он их называл. Подобных приступов у него больше не возникало, он исправно принимал препараты и в целом вел обычную жизнь. С женой они ждали рождение первенца. Хотя болезнь не отступила до конца, но у Л. появились инструменты, как с ней бороться».

## Заключение

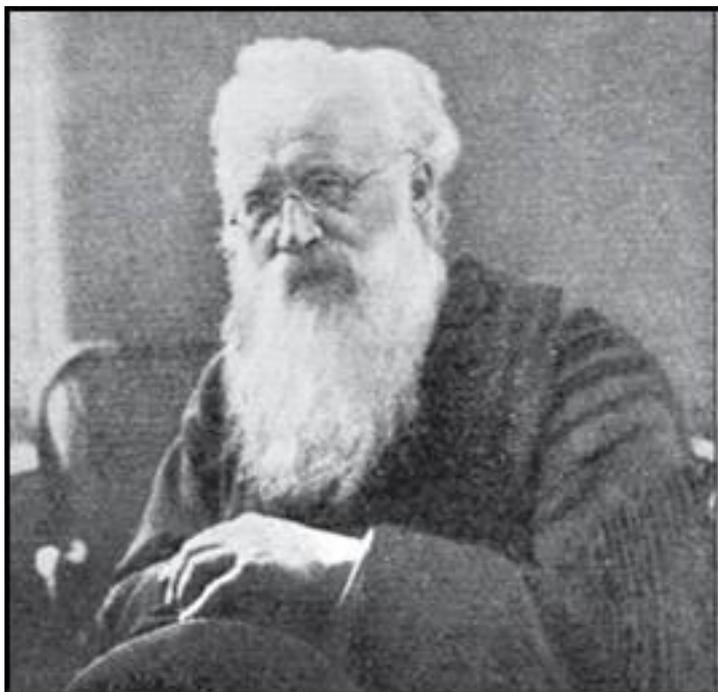
В данной истории мы наблюдали за тремя пациентами, совершившими попытку самоубийства. Во многом их симптоматика была схожей: они испытывали обманы восприятия, и их мышление было искажено бредовыми идеями. Забегая вперед, стоит сказать, что подобная симптоматика характерна, прежде всего, для заболеваний шизофренического спектра и в этой части главы будет уместно разобрать их.



Эмиль Крепелин

Шизофрения относится к группе **эндогенных психических расстройств**. Исходя из действующих причин, традиционно выделяются группы: **экзогенных**, возникающих вследствие органического поражения головного мозга травмирующими факторами (инфекции, черепно-мозговые травмы, токсическое воздействие, нарушение кровоснабжения и др.), **психогенных**, основой которых являются психологические травмы, и **эндогенных**, причину которых в настоящее время полностью выявить не удалось, но предполагается наличие нарушения внутренних взаимодействий клеток головного мозга, в том числе генетически обусловленного. Такая классификация достаточно условна и не общепризнана, но как рабочий вариант применяется достаточно широко. Проявление сходных с шизофренией симптомов описывается давно, предполагается, что человечество на протяжении всей истории сталкивалось с этим заболеванием. Однако как специфическую нозологию ее выделили только в XIX веке. В основе представлений о шизофрении лежит концепция немецкого психиатра **Эмиля Крепелина** (1856–1926) о раннем слабоумии (лат. *dementia praecox*), под которым он объединил несколько описанных до него состояний: **гебефрения** (**Э. Геккер**), **кататония** (**К. Кальбаум**), **параноиды** (**В. Маньян**), **раннее слабоумие** (**Б. Морель**). Он обнаружил, что с течением времени у пациентов с этими диагнозами наблюдаются схожие нарушения психической деятельности – уменьшение продуктивного осмысления окружающего и снижение интеллекта – состояние, близкое к слабоумию, но в отличие от возрастных изменений, оно возникает гораздо раньше и часто наблюдается в детском и юношеском возрасте. Позднее эти взгляды

были пересмотрены. Необходимо также отметить, что в то время набор возможностей терапии был крайне ограниченным, и после прихода эры **психофармакотерапии** (середина XX века) исходные состояния стали наблюдаться значительно реже, выросла вероятность **ремиссий**. Сам термин «шизофрения» был предложен другим немецким психиатром – **Ойгеном Блейлером** (1857–1939) в 1911 году. Название было настолько удачным, что прижилось в научной среде, а второе название шизофрении – болезнь Блейлера. Шизофрения включает в себя два корня: от греческого «шизо» – расщепляю и «френ» – разум, душа. Название отражает важнейшую особенность шизофрении – «расщепление» (диссоциативность) психических функций обуславливает своеобразие психопатологии этого заболевания, поведения больных и психического дефекта, сочетающихся с сохранностью формальных интеллектуальных функций. Так, даже при выраженном дефекте, пациенты могут отлично играть в шахматы, но неспособны ходить в магазин или следить за своим внешним видом.



Эвальд Геккер (1843–1909), немецкий психиатр



Карл Кальбаум (1828–1899), немецкий психиатр



Жак-Жозеф-Валантен Маньян (1835–1916), французский психиатр



Бенедикт Морель (1809–1873), французский психиатр



Ойген Блейлер

С точки зрения симптомов выделяются позитивные (продуктивные) и негативные (дефицитарные). К позитивной симптоматике относятся: бред (разные его виды, включая идеи открытости и отнятия мыслей), галлюцинации, расстройства мышления (**паралогичность**, **амбивалентность**, разорванность, «всплески мышления», отраженные в бессвязных выкриках), изменения поведения (изменение манеры одеваться, изменение сексуального поведения, агрессивноажитированное и стереотипное поведение, кататонические явления). К негативным явлениям отнесены: эмоциональные нарушения (снижение эмоциональной экспрессии, утрата зрительного контакта с окружающими, утрата чувства удовольствия, утрата интонационной окраски речи, бедность экспрессивной жестикуляции, застывшее выражение лица), снижение социальной активности (невнимание к одежде и гигиене, невыносимость работы, школьных занятий, физическая анергия), асоциальность (потеря интересов, избегание развлечений, утрата связей с окружающими). **Курт Шнайдер** ввел понятие симптомов первого и второго ранга, с помощью которых в настоящее время ставится диагноз в рамках международной классификации болезней десятого пересмотра.



Курт Шнайдер (1887–1967), немецкий психиатр и патопсихолог

Традиционно выделяются четыре типичные формы шизофрении: **простая, кататоническая, гебефреническая, параноидная**. Кроме того, обозначаются особые формы: фебрильная, паранойяльная. Бедную на продуктивную симптоматику и близкую по проявлению к пограничным психическим расстройствам шизофрению раньше называли вялотекущей шизофренией, а теперь же чаще применяется понятие шизотипического расстройства. Сейчас авторы склонны рассматривать формы шизофрении не как одно заболевание, а скорее как группу близких психических расстройств. Так Гофман А. Г. определяет шизофрению как «группу распространенных психотических расстройств, характеризующуюся утратой единства психических процессов, связи между мышлением, контактом с окружающей действительностью и эмоциональным откликом на происходящие события с неблагоприятными медицинскими и социальными последствиями».

При гебефренической шизофрении (от имени греческой богини юности **Гебы**) у пациентов наблюдаются симптомы «дурашливости» – они гримасничают, склонны к похожим на детские выходкам, смеются без причины, ломая голос. Хотя это и похоже на регрессию к детским формам поведения, они чаще всего не испытывают тех же эмоций, что эти моменты сопровождают у детей. Все-таки это нарушения именно волевой регуляции поведения и мышления. При кататонической форме в клинической картине наблюдаются явления кататонического ступора и кататонического возбуждения. И в том и в другом случае у пациентов происходит нарушение волевой регуляции двигательных актов – при ступоре в форме замирания, а при возбуждении наоборот – повышенной нецеленаправленной активности. Во время возбуждения пациенты могут куда-то бежать, внезапно вскакивать, ударять окружающие предметы или людей, чаще всего совершенно безэмоционально. При кататоническом ступоре встречаются характерные симптомы – восковой гибкости, воздушной подушки, капюшона, мутизма и некоторых других. Восковая гибкость или катаlepsия проявляется тем, что пациенты замирают в случайных позах, и другие люди могут изменять положение их тела, поднимать и опускать конечности, а пациенты будут сохранять это положение, иногда по несколько часов или даже суток, не обращая внимания на происходящее вокруг. В это время у них может быть помрачено сознание в форме **онейроида** – грезоподобных галлюцинаций с яркими сюжетами. Если у пациента,

во время ступора лежащего на кровати, вытащить из-под головы подушку, то он будет долгое время сохранять позу, будто она осталась у него под головой. Также такие пациенты часто укрывают голову одеялом, словно капюшоном. При этом контакту они бывают недоступны, не отвечают на вопросы, молчат (проявление мутизма). Однако интересна избирательность – на шепотную речь пациенты могут внезапно отвечать. Простая форма шизофрении бедна симптомами. При ней могут встречаться бредовые идеи, мало систематизированные отдельные галлюцинаторные проявления, но на первый план выходит нарастающая негативная симптоматика.



Геба, богиня юности в древнегреческой мифологии

В нашем клиническом примере мы наблюдали за проявлениями параноидной шизофрении. Для нее характерны наличие обманов восприятия, как правило, в форме псевдогаллюцинаций и своеобразных бредовых идей: преследования, реформаторства, величия, в сочетании с другими описанными выше симптомами. В последующих главах мы также будем говорить об обманах восприятия: иллюзиях и галлюцинациях, здесь же хотелось бы осветить псевдогаллюцинации. Это особенная группа расстройств, при которых пациенты испытывают воздействие нереальных зрительных или чаще всего слуховых стимулов, которые ощутимо выделяются из окружающей обстановки. Пациенты могут слышать «голоса», но только внутри своей головы, а закрывая глаза, видеть инопланетян или чудовищ, стоящих позади них.



Один из пациентов так описывал свои переживания: он садился «медитировать» на колени на пол, закрывал глаза, и к нему «являлся демон». Он стоял позади пациента, был с огромными пылающими рогами и мускулистыми руками. В руках он держал огненные цепи, к которым были прикованы мужчина и женщина. Пациент ни разу не видел его перед собой, но «ощущал его присутствие». Он рассказывал это с гордостью, так как такие явления находил признаком своего «величия».

При параноидной шизофрении может возникнуть убеждение, что окружающие их люди изменились. Например, возникает **бред отрицательного двойника** (синдром Капгра), при котором возникает ощущение, что близкие и знакомые люди были заменены их двойниками – близнецами, клонами, роботами, людьми, изменившими свою внешность. Я наблюдал пациентку, которой показалось, что ее родителей подменили, из-за чего она хотела сбежать из дома, испугавшись их. Встречается также **бред положительного двойника** (синдром Фреголи), когда пациенты узнают в окружающих людях одного и того же человека, преследующего их. Это убеждение может распространяться и приобретать черты инсценировки, когда пациенты считают всю сложившуюся ситуацию чьей-то постановкой, а пациентов вокруг них – переодевшимися знакомыми. Один из таких пациентов принимал меня за своего приятеля, который зачем-то «нацепил маску».

Пациенты в данной истории слышали «голоса» внутри головы. Они были уверены, что эти «голоса» существуют, как и были уверены, что они слышны только им. Под влиянием этих «голосов» менялось их эмоциональное состояние и поведение. Одному из них «голоса» приказывали выпрыгнуть из окна, они угрожали и словно управляли им. Он не мог сопротивляться и чувствовал, как «они» (кто именно он не знал) завладевают им. Такое сочетание бредовых

идей и псевдогаллюцинаций называется **синдромом психического автоматизма Кандинского-Клерамбо**. Есть несколько вариантов этого синдрома:

- **идеаторный** (мыслительный) автоматизм, когда у пациентов возникает чувство, будто мысли им «вложили в голову», и влияют на их протекание, а пациенты их не контролируют. Могут возникать обрывы, пропадание (шперрунг) мыслей или наоборот их наплывы, пациенты говорят, что мысли их словно захлестывают (ментизм). Возникает убеждение, что мысли известны окружающим людям (симптом открытости мыслей). Иногда возникает убеждение, что мысли пациенту передаются на расстоянии, телепатически.

- **сенсорный** (чувственный) автоматизм – состояние, при котором ощущения в теле кажутся «сделанными», ненатуральными, специально вызванными в пациентах кем-то.

- **моторный** (двигательный) автоматизм – убеждение, будто некоторые движения больного совершаются помимо его воли, вызваны воздействием со стороны.

Мне ярко запомнилась иллюстрация двигательного автоматизма на плакате в нашей учебной комнате: там был нарисован человек с гримасой страха, ото всех конечностей которого уходили вверх, к чьей-то невидимой руке, нити. Таким образом, человек превращался в куклу-марионетку.



У второго пациента «голоса» были источником знаний, откровений. Они помогли ему выстраивать систему убежденности в собственном величии. Он ни разу не видел тех, чьи «голоса» говорили в его мыслях, однако, доверял им. Голоса «говорили» ему, что он избран и после перерождения в саркофаге его ждет великое будущее. И что только с ним они делятся этой «сокровенной тайной». Несколько недель он слышал эти «голоса», но они запрещали ему кому бы то ни было о них рассказывать «пока не придет время». Поэтому родители пациента даже не подозревали об этом. И он открылся им и окружающим только после прыжка. Эта вера в особое предназначение, как и «голоса», его радовала, поэтому он рассказывал об этом с удо-

вольствием и улыбкой. Его состояние описывалось как параноидный синдром с вербальными псевдогаллюцинациями и систематическим бредом величия.

У Л. также наблюдался систематизированный бред, но это был бред преследования. Он не чувствовал на себе воздействия, хотя при синдроме Кандинского-Клерамбо пациенты могут утверждать, что чувствуют особые волны или лучи, которые с помощью силы мысли или специального оборудования направляют их преследователи. В то же время, Л. был склонен выстраивать систему, и был готов к истолкованию окружающих событий, как части этой системы. Во взглядах прохожих, мимо проезжающих автомобилей, шорохах и щелчках он находил признаки преследования. Его мозг был настроен на формирование таких связей – закономерностей среди случающихся событий, как когда он увязывал совпадающие по времени собственную речь и карканье вороны. Это свидетельствует о мыслительных нарушениях – создание системы собственной логики и доказательств (паралогии), ориентированность на латентные (скрытые, вторичные) признаки. И завершением, кульминацией этой системы было появление близких к галлюцинаторным расстройств, когда он слышал насмешки и угрозы «шайки в кустах». Остается спорным, были ли это псевдогаллюцинации или особенность толкования обычных голосов компании, шумно общавшейся во дворе.

Кроме этих продуктивных расстройств у Л. были и признаки негативной симптоматики. Хотя, ввиду того что это был первый эпизод, выраженный дефект не был сформирован. У него наблюдались признаки **аутизации** – ухода от социального взаимодействия, сравнительная маловыразительность в эмоциональной сфере, определенная сдержанность и холодность в общении с родными. В этом же проявлялся и схизис – расщепление, амбивалентность: его поступок был направлен на их защиту, исходил, прежде всего, из страха за них, и в то же время не наблюдалось большой теплоты при их встречах. Это не было равнодушием, это была скорее малая глубина выражения эмоциональности.

В течение параноидной шизофрении могут проследиваться определенные этапы трансформации бредовых синдромов: **паранойяльного**, **параноидного** и **парафренного**. Проявления паранойяльного синдрома – это систематизированный бред, чаще всего преследования, ревности или величия, без галлюцинаторных расстройств и явлений психического автоматизма. Он может встречаться в начальном периоде развития **психоза**, либо может быть основным проявлением заболевания в длительном периоде при паранойяльной шизофрении (более подробное описание см. в главе 1). Бредовые идеи формируются не на основе обманов восприятия, а вследствие бредового, **паралогичного** толкования фактов и событий действительности. На начальных этапах такой бред может производить впечатление правдоподобия. При шизофрении паранойяльный синдром может развиваться и переходить в параноидный синдром. При параноидном синдроме наряду с бредовыми идеями (чаще всего преследования) возникают галлюцинаторные переживания. Также возникают новые идеи – идеи воздействия. При параноидном синдроме выстроенная на паранойяльном этапе бредовая система может начать распадаться с течением времени, а сам бред приобретать черты вычурности, нелепости. В дальнейшем эти особенности становятся еще более заметными при трансформации в парафренный синдром. При нем возникает сочетание фантастических, нелепых идей величия, благодушного или приподнятого настроения, бреда воздействия и вербальных псевдогаллюцинаций. При параноидной шизофрении парафренный синдром является заключительным этапом течения психоза. Вот пример бредовой системы одного из пациентов:

«1983 год. Год, когда я получил тело. Я плохо помню свою планету, Междуметье, где у нас не было ни тела, ни пола, но слишком хорошо помню, как в КГБ мне пришивали куски мяса. Последними мне приделали гениталии. Эксперименты, иглы, шприцы, тридцать лет они изучали меня. Лезли мне в голову, кромсали. А когда я им надоел, бросили меня в эту больницу. И здесь они смотрят за мной, слушают, притворяются больными. Я не виню Вас, я понимаю, доктор, почему Вы меня не выпустите. Они ведь и Вам угрожают?».

Пациент заболел в 1983 году. В течение своей болезни прошел этапы паранойяльного бреда преследования, параноидного синдрома с вербальными слуховыми псевдогаллюцинациями. Постепенно его изначальная система стала менее собранной, однако черты ее остались – он считал себя уникальным (инопланетянином), говорил об этом благодушно, утверждал, не скрывая, что на «его планете у него скрыты несметные богатства». Высказывал идеи воздействия со стороны преследователей (они лезли мне в голову), редко испытывал обманы восприятия в форме обрывистых фраз. Также он сохранил склонность к бредовому толкованию событий, исходя из своей системы: когда у него случился инфаркт миокарда, он связывал его с воздействием преследователей, что это «они компьютером мне сделали инфаркт». Однако системы доказательств того, что он являлся инопланетянином, он не приводил, для него это было неоспоримым фактом. При паранойяльном же синдроме пациенты могут быть весьма подробны в защите своих идей.

С точки зрения прогноза заболевания у Л. его делать практически невозможно, так как это был первый эпизод. У многих пациентов он может быть и последним. Важную роль занимала необходимость продолжения приема назначенной терапии. Современные антипсихотические препараты способствуют не только купированию приступов, контролю их наступлений и влиянию на социальную сферу пациентов, но также препятствуют развитию негативной симптоматики. Именно эмоционально-волевой дефект: снижение мотивации, замкнутость, безынициативность, охлаждение отношений с близкими в наибольшей степени ухудшает качество жизни пациентов и их изоляцию от общества. В то же время именно поддержка других людей, вовлечение в простую, нормальную жизнь дает таким пациентам порой гораздо больше, чем сейчас могут дать лекарства. Известны методы, основывающиеся на социальном вовлечении: совместная жизнь со здоровыми людьми, выполнение простейших бытовых задач (стирка, приготовление пищи, уборка), совместный просмотр фильмов и т. д., которые приводят к более продолжительным ремиссиям, даже в тяжелых клинических случаях. Не терять социальную поддержку, семейные отношения и работу, – вот то, что им действительно нужно.

## Глава 3 Водомерка





Иногда работа врача похожа на детективное расследование. Она пропитана атмосферой нуара, чашек кофе и дыма от пороха. Это, разумеется, преувеличение, но на втором месяце моей самостоятельной практики к нам поступил пациент с пулевым ранением.

«Серое утро октября встретило переполохом в отделении. В сопровождении полицейских из районной больницы перевели тридцатилетнего мужчину с огнестрельной раной правого бедра. Ему повезло, пуля прошла навывлет, не задев кость, ведущие нервы и артерии. В хирургическом отделении ему оказали необходимую помощь, пролечив пять дней, но затем были вынуждены его выписать, а вернее перевести в психиатрическую больницу. Перевод этот был с полицейским конвоем, который, передав его в руки медсестер нашего отделения, с явным облегчением покинул стены обители «душевных расстройств».

Мужчина, назовем его А., был довольно высок и крепок. Несмотря на свою рану, он мог, правда, хромая, самостоятельно ходить по отделению. Лицо его оставалось напряженно-подозрительным, но агрессии, на первый взгляд, в нем не чувствовалось. Однако явно ощущалось недоверие к нему со стороны медсестер и санитарок. Что, впрочем, довольно скоро сменилось вполне рабочим отношением: за двадцать лет работы здесь видалось и не такое.

Прежде чем идти к нему, я хотел сделать две вещи. Первое – тщательно изучить имеющиеся записи приемного покоя и направления, второе – понаблюдать за ним издали, его реакцией на отделение, свою палату и других пациентов. Первая часть была не очень плодотворной. Общими фразами было указано на его агрессивность, неадекватность в районной больнице, но прямых сведений о том, как он получил ранение, я не получил. В отделении же он часто озирался, присматривался как к пациентам, так и персоналу, но кроме этого себя активно не проявлял. Я не стал приглашать его в ординаторскую. Взяв свой блокнот и бланк информированного согласия, я вышел к его постели.

Я поздоровался и представился первым, спросил разрешения присесть на его кровать. Он встретил меня вежливым приветствием, слегка отодвинувшись. После некоторого разговора, пояснения порядка госпитализации и лечения он подписал согласие, и мы начали клиническое интервью.

Каких-то особенностей в раннем развитии, детстве он не отмечал. Образование у него было средним. Служил в армии. Сейчас он занимался небольшим бизнесом по строительной

сфере. Жена, трехлетний сын, отец, мать, старший брат. Ни у кого не было зарегистрированных психических расстройств. Характеризуя, он считал себя временами несдержанным, но в целом спокойным человеком, разве что он не переносил несправедливость и как мог с ней боролся. В одной из следующих бесед он описал случай, когда у него покупал доски мужичок, явно нуждающийся в деньгах, которому он продал их гораздо дешевле и в подарок дал саморезов.

Далее мы начали говорить о наличных и перенесенных заболеваниях. Серьезных травм головы, с его слов, у А. не было. Операций и переливаний крови тоже, кроме связанных с его настоящим ранением. У него была гонорея – продукт опрометчивой молодости, девушек у него было много, но после женитьбы, с его слов, он изменился. Жену и ребенка очень любил, и сама мысль об измене ему претила. А. признал, что курит, довольно много, по две пачки в день, но спиртное не употребляет. Употребление наркотиков он также отрицал.

– Расскажите, как Вы попали к нам?

А. сказал, что плохо помнит все произошедшее. Помнит, что они поехали в гости к родителям жены в загородный дом. Потом туда зачем-то прибыл наряд полиции, и он попытался спрятаться в бане. А потом были выстрелы, один из которых попал ему в ногу. Отрывками он помнил потолок скорой помощи, плохо помнил боль и медиков. Потом он попал в районную больницу, в которой его все время охраняли полицейские. А затем его «почему-то» послали в «психушку». На этом его рассказ окончился, оставив больше вопросов, чем ответов. Однако я заметил, что на меня он смотрел иначе, чем на других. Так, словно ко мне он присматривался и еще не решил с окончательным мнением, а в отношении окружающих его мнение уже было составлено.

Мне требовалось больше информации.

Через два часа приехали его жена и тесть. Тесть был хмурым и неразговорчивым. По всему было видно, он здесь ради дочери. Жена же была очень взволнована и не находила себе места. Пациент встретился с ними весьма сердечно. Позже мы остались с его женой в ординаторской одни.

Она подтвердила многое из его биографии. Но оказалось, что он утаил свои прошлые проблемы со злоупотреблением алкоголем и что даже ездил пять лет назад в другой город «кодироваться». После этого, однако, с ее слов, он действительно не пил. Охарактеризовала она его совестливым и в меру импульсивным человеком. Потом мы перешли к странностям.

Получалось так, что они начались около двух недель назад. Он стал замкнутым. По ночам спал мало, прерывисто. Начал подолгу уходить на прогулки. С одной из них вернулся с синяком под глазом. Особенно странно он вел себя в последний день. Почти не спал ночью. Утром они должны были поехать в загородный дом к ее родителям. Всю дорогу А. был какой-то молчаливо-отстраненный. Отвечал короткими фразами и часто озирался. Дома он тоже долго не задерживался, суетился, выходил на улицу. Потом решил затопить баню.

Внезапно, находясь в бане, стал кричать, звать их с сыном к себе. Он боялся, что произойдет что-то плохое, и в бане рассчитывал защитить жену и ребенка. С ним пытались договориться, пытались успокоить, но все было без толку. В один из моментов он вернулся в дом, и там произошел конфликт, в котором он сцепился с братом жены. Кое-как их разняли, и тогда он с топором убежал в баню и заперся там. Семья позвонила в полицию и параллельно родителям пациента, которые приехали почти в одно время. Приехавший наряд вывел семью из дома, и дальше жена уже ничего не видела. Но услышала выстрелы, а потом его в крови втащили в дом. Затем она повторила про скорую помощь, отделение хирургии и как им сообщили о его переводе сюда.

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.