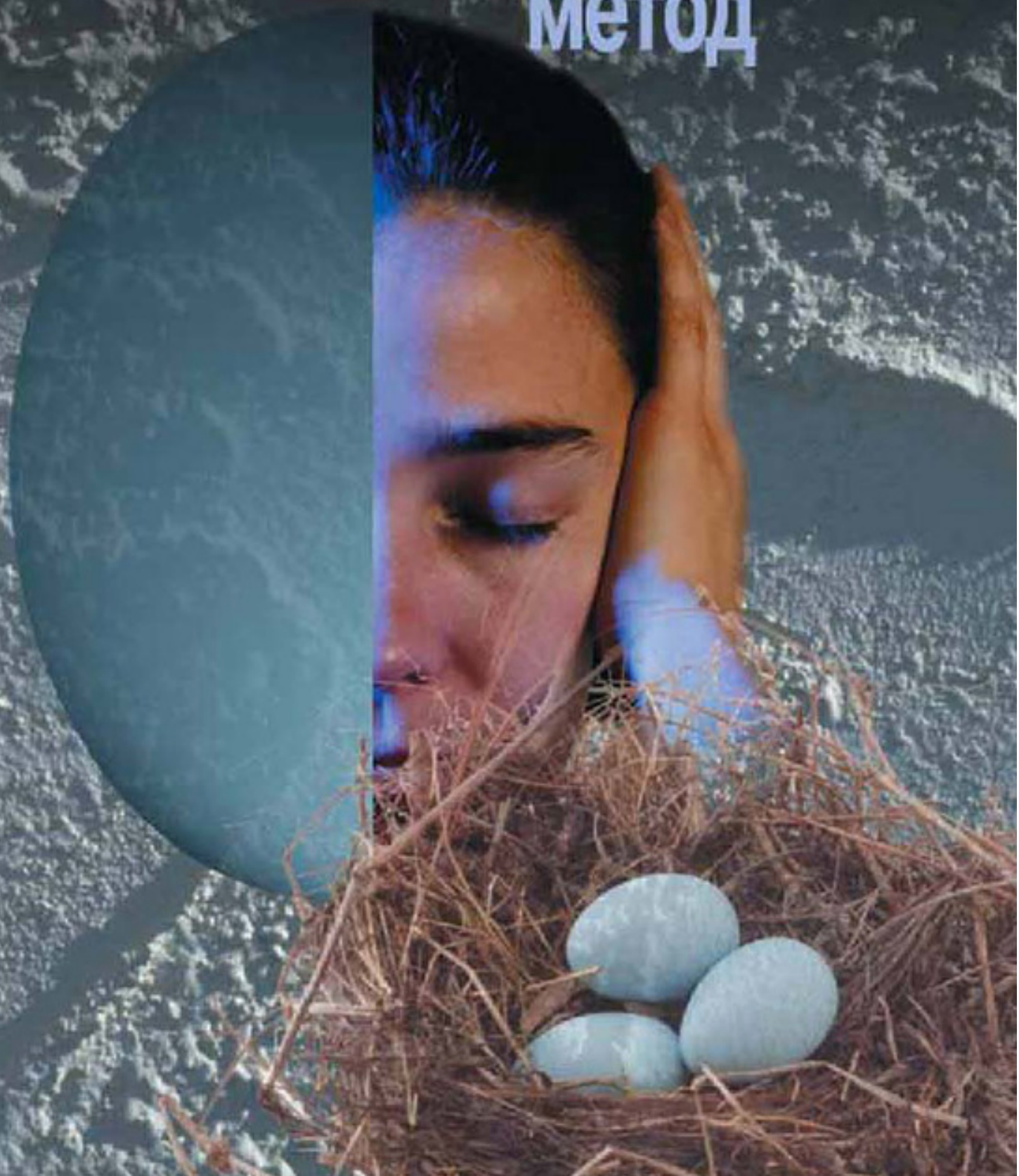


Гагик Назлоян

Концептуальная психотерапия: портретный метод



Гагик Назлоян

**Концептуальная психотерапия:
портретный метод**

«Когито-Центр»

2002

УДК 159.9
ББК 88

Назловян Г. М.

Концептуальная психотерапия: портретный метод /
Г. М. Назловян — «Когито-Центр», 2002

Монография Г. М. Назловяна подводит итог многолетней работы автора в области методологии и методики психиатрии. На основании критического анализа наиболее значимых направлений в клинической психиатрии предлагается ряд новых принципов к пониманию и лечению душевнобольных. Теоретические и экспериментальные исследования способствовали формированию оригинальных методов психотерапии, сущность которых заключена в синтезе науки и изобразительного искусства (концептуальная психотерапия). Книга рассчитана на специалистов в области психиатрии, психологии, студентов высших учебных заведений соответствующего профиля.

УДК 159.9
ББК 88

© Назловян Г. М., 2002
© Когито-Центр, 2002

Содержание

Предисловие	6
Введение	7
Глава 1. Современное состояние практической психиатрии	13
1.1. В отсутствии новой парадигмы	14
1.2. Эндогенный процесс и «синдромы-мишени»	20
1.3. Естественнаучная парадигма	26
Глава 2. Патологическое одиночество	36
2.1. Аутизм. Границы понятия	37
2.2. Одиночество и концептуальная психотерапия	47
Конец ознакомительного фрагмента.	51

Гагик Назлоян

Концептуальная психотерапия: портретный метод

Никакое предположение не кажется мне более естественным, чем то, что не существует протекающего в мозгу процесса, связанного с мышлением

Людвиг Витгенштейн

* * *

Автор: Назлоян Г. М. – врач-психиатр, науч. рук. Моск. ин-та маскотерапии, канд. психол. наук, почет. д-р Ин-та майевтики в Лозанне.

© Г. М. Назлоян, 2002

© ПЕР СЭ, оригинал-макет, оформление, 2002

Предисловие

Еще в студенческие годы я заметил, как мало спорят врачи других профессий о способах медицинского вмешательства и какое значение они придадут исполнительскому мастерству специалиста, его компетенции. В психотерапии же ученик не превзошел еще своего учителя, что косвенно свидетельствует о привязанности терапевтического ритуала к его создателю. У каждого из известных психотерапевтов прошлого есть несколько случаев, которые переходят из книги в книгу, иллюстрируя миф о великом мастере. Будущий аналитик, принимая знания «из первых рук», до конца не преодолевает смятение и комплекс собственной неполноценности. Поэтому в целях самоутверждения психотерапевты нередко создают собственную точку отсчета при лечении пациентов.

Можно провести аналогию с развитием живописи, где тоже существуют два подхода: создание техник (темпера, акварель, масло, пастель) и реализация исполнительского мастерства художника, его стиль, манера. Однако здесь не говорят, что, к примеру, изобретатель масляной живописи Ван Эйк при всем его величии значительнее других художников – Босха, Джотто или Сезанна. Он создал масляные краски не потому, что был изумительным художником, а потому, что увлекался алхимией. Некоторые искусствоведы даже укоряют Леонардо, что он пытался (не совсем удачно) создавать новые пигменты, а его привычка вместо кисти пользоваться иногда ребром ладони никак не отражается на нашем эстетическом восприятии «Дамы с горностаем».

Настоящее издание основано на публикациях разных лет. Оно объединяет критические и конструктивные идеи, сформулированные нами часто независимо друг от друга. Книга создавалась с учетом замечаний и пожеланий наших читателей – психологов, психиатров, психотерапевтов в процессе расширения темы предыдущей монографии (Назлоян 2001).

Несмотря на критическую направленность, работа примыкает к интегративным тенденциям в современной психотерапии. Критические замечания касаются лишь тех деталей и нюансов, которые препятствуют объединению существующих методов психотерапии в единый концептуальный узел. Ибо цель научной публикации – лучше понимать других специалистов и быть понятым ими. В своей практической деятельности мы учитывали лишь самые доказательные идеи наших коллег и предшественников, а также их пожелания другим врачам. Соединив в одно целое науку и искусство, мы выдвинули достаточно много перспективных приемов психотерапии, которые теперь уже ждут своего мастера.

Введение

Клиническая психиатрия – особая область медицины. Будучи «нравственно отягощенным» знанием, она развивается несколько иначе, чем другие науки о человеке. Ее развитие во многом определяется тесными связями с общественными и государственными структурами, необходимостью решать судьбу пациента постановкой адекватного диагноза. В то же время, будучи наукой эмпирической, клиническая психиатрия ориентирована не на теорию, а на классификационные принципы с их определениями и ярлыками, которые периодически уточняются психиатрическим сообществом (*Жариков, Тюльпин*, с.20). Она также не лишена субъективности и часто зависит от вкусов, культуры, обаяния лидера той или иной школы в пределах страны или города, большого или маленького учреждения.

Критический анализ общих проблем нашей науки должен быть конструктивным, здесь нельзя огульно отрицать общепринятые стандарты или высказывать слишком смелые идеи, проводить эксперименты методом проб и ошибок: «теории всегда замолкают у постели больного» – говорили первые клиницисты (*Фуко*, с. 166). Клинические испытания новых гипотез длятся порой многие годы. В то же время психиатрия как дисциплина, возникшая на границе естественных и гуманитарных наук, нуждается в постоянном обновлении. Она не может подчиняться уже устаревшим и отвергнутым в смежных науках представлениям, пусть даже фундаментальным.

Полтора столетия клиническая психиатрия развивалась на естественнонаучной основе, что было связано с открытиями в области нейрофизиологии и психологии (*Гризингер; Кречмер*, 1998; *Ярошевский*, 1985). «Отправным пунктом ее служит научное познание сущности душевных расстройств» (*Крепелин*, с.1). Ее недавние успехи вызваны интенсификацией обмена опытом между разными школами, повышением качества параклинических и патопсихологических обследований, появлением психофармакологических препаратов различной направленности, выделением и развитием психосоматики, геронтологии, наркологии, сексологии, значительным расширением реабилитационной службы.

Эти и другие факторы привели к обеспечению стойких «ремиссий» у пациентов, к быстрому и эффективному преодолению функциональных и других расстройств, к серьезной либерализации опеки психически больных, условий их быта, к популяризации психиатрии как социально значимой науки, а также идей гуманного отношения к душевнобольным. Но в последние два десятилетия наметились признаки застоя, простого воспроизведения опыта наших непосредственных предшественников. Психиатрия не только уступает передовые позиции в медицине, но и теряет свою значимость в общественном мнении.

Объектом настоящего исследования является душевнобольной, в частности его патологические переживания, известные своей резистентностью к психотерапевтическому воздействию. Трудности лечения обусловлены тем, что психотерапия, как и лекарственная терапия, направлена на преодоление расстройств, декларируемых самим пациентом, т. е. на следствия, а не на их причину (*Бурно* 1985; *Жислин; Констрорум; Роджерс; Fromm-Reichmann*). Психотерапия, как об этом свидетельствует история становления психоанализа и других известных школ, успешна лишь тогда, когда она концептуализует психическую же причину патологического явления, определяет патологическое начало, «почву» произрастания невротических, психических и психосоматических расстройств.

Отсутствие такой концептуализации – главная особенность клинической интерпретации психических нарушений, здесь доминируют «авторитет чистого взгляда», традиция и соматическая каузальность (*Фуко*, с. 166–190). «В психиатрии, – пишет известный историк науки М. Г. Ярошевский, – господствовала ориентация (обусловленная укорененностью ее понятий в естественнонаучном подходе к этиологии заболеваний) на выявление органических причин

патологических процессов. Психоанализ же, исходя из принципа психической причинности, искал эти причины в сфере бессознательной психики безотносительно к физиологическим (нейрогуморальным) механизмам, которыми обусловлено ее функционирование» (Ярошевский, 1991, с. 443). Хотя Фрейд сомневался в успешности глубинной психотерапии психозов (из-за проблем переноса), именно он, в отличие от представителей соматогенеза психических нарушений, положил начало психотерапии душевных заболеваний.

Тем не менее в вопросах диагностики и лечения душевнобольных мы не видим альтернативы клиническому направлению, вобравшему в себя опыт многих поколений теоретиков и практиков. Всем остальным концептуальным направлениям (психоанализ и его ответвления) свойственна выясненная еще Фрейдом избыточная дифференциация неврозов и психозов (Фрейд, 1991, с. 154–162). По его мнению, «невроз не отрицает реальности, он не хочет только ничего знать о ней; психоз же отрицает ее и пытается заменить ее» (Овчаренко, с.190). Развитие клинической (медицинской) психотерапии значимо не только в исследовательской сфере, оно нужно и в прикладной области (Бурно, 1993, с. 213–220).

Клиническая беседа давно уже соседствует с другими арт- и психотерапевтическими техниками, но уступает им из-за ограниченности в методологическом плане. Клинические принципы «видеть и знать», «спрашивать и анализировать» недостаточны для последовательного избавления пациента от психического недомогания. Проблема расширения клинического мировоззрения, создания на его базе новых эффективных методов психотерапии стимулировала настоящее исследование. Это, на наш взгляд, единственный путь сохранения психиатрической культуры и культуры сострадания душевнобольным, в отличие от всякой известной психотерапии, которая так или иначе игнорирует наблюдения и факты, известные психиатрической науке и систематизированные нашими предшественниками.

К 70-м годам, когда началась наша клиническая практика, основная масса душевнобольных во всем мире уже прошла интенсивную медикаментозную терапию и принимала амбулаторные (в лучшем случае) дозы нейролептиков или их пролонгов. Уже получила известность большая часть современных, в высшей степени активных препаратов, были разработаны и внедрены существующие до сих пор стандарты их применения. Лекарственный патоморфоз и бурный рост атипических форм фактически разрушил классификацию Э. Крепелина во всех ее вариантах способом «от противного», причем произошло это за короткое время. Каждый случай, попадавший в поле нашего внимания, выходил за пределы книжных описаний, нуждался в индивидуальном подходе, чего нельзя было достичь в условиях стационара, где терапия напоминает конвейер, а многие врачебные функции отданы на откуп младшему и среднему медицинскому персоналу.

Это обусловлено, думается, тем не учтенным еще фактом, что категориальный аппарат клинической психиатрии формировался в середине XIX века, на почве грубого физиологизма и вульгарного материализма (Дубровский, 1974; Каннабих; Ярошевский, 1961). Он сохранился до нашего времени, препятствуя внедрению новых масштабных идей и мировоззрений, в отличие от развития психологии, педагогики, лингвистики, этнологии. Чрезмерная ортодоксальность представителей клинической психиатрии обусловлена тем, что многие из них не до конца осознают уникальность своего предмета в системе медицинских наук.

Когда исследователь находится в трудном положении, он обращается к истокам своей дисциплины. Так и мы совершили экскурс к началам клинической психиатрии, пытаясь найти предпосылки для формирования новых методологических позиций, изобретения эффективных способов воздействия на патологическое начало. Это было важно не столько в порядке «чистого творчества», сколько ради помощи каждому из пациентов, доверивших нам свою жизнь. Цели настоящего исследования формировались в гуще клинической практики, а отдельные догадки обсуждались не только с консультантами и коллегами по работе, но и с опекунами наших больных – представителями различных профессий. Новая, *концептуальная*

психотерапия возникла на фоне разочарования в традиционных методах лечения душевнобольных, – от суггестивных до психодинамических.

Из всех конструктивных идей, сложившихся в клинической психиатрии, наиболее перспективна, на наш взгляд, теория патологического отчуждения, аутизма. Ее выдвинул швейцарский психопатолог, один из классиков психиатрии Ойген Блейлер. Выдвинутая позитивно, она осталась во многом незавершенной и нераспознанной современниками; она явно опередила свое время, как и близкие по смыслу идеи М. М. Бахтина, М. Бубера, Л. С. Выготского, О. Розенштока-Хюсси, С. Л. Франка, Ф. Эбнера. Эвристический потенциал понятия аутизма мы попытались, как и наш предшественник, раскрыть в клинической практике, выразить то, что, мы полагаем, не договорил выдающийся ученый.

В настоящей работе мы пытаемся впервые систематически изложить наш более чем двадцатилетний опыт лечения душевнобольных в неординарных для врача и пациента условиях (отношения художника и модели). Дается новое решение задач нелекарственного воздействия на патологическое начало, имеющее существенное значение для психотерапии психозов, неврозов, а также проявлений судорожного синдрома. В работе обоснованы теоретические, экспериментальные, технические разработки, обеспечивающие решение важных прикладных задач.

В наши задачи входило создание методов воздействия на психические расстройства, строго соответствующих завету «не навреди». За первые десять лет работы в стационарах, диспансерах, кабинетах, комиссиях возможности официальных лечебных учреждений были для нас исчерпаны, и мы основали психотерапевтическое учреждение, свободное от бюрократической опеки и контроля. Такие не зависящие от государственной системы здравоохранения структуры создаются для того, чтобы расширить диапазон возможностей врача, освободить его от рутинного труда.

Институт маскотерапии – учреждение альтернативной психиатрии. Последние десять лет мы, пользуясь большей, чем у наших коллег, степенью свободы, стремились преодолеть стереотипы лекарственного воздействия на патологию, развить концепцию клинической психиатрии, добавить недостающее научному подходу звено. В то же время, ощущая свою связь с обычными психиатрическими учреждениями, наши специалисты-психиатры тяготеют к сотрудничеству со своими коллегами, порой работая по совместительству в этих организациях.

Пересмотр важнейших постулатов клинической психиатрии произошел не сразу, он развивался на основе принципиально новых наблюдений и самонаблюдения, критического взгляда на действующие правила опеки и лечения. Такая возможность появилась благодаря предельной индивидуализации лечебного процесса, длительному (до сотен часов) ненормированному общению с душевнобольным в удобной для него и для врача обстановке. Кроме возникновения совершенно новых техник психотерапии, формировался видоизмененный способ применения уже известных лекарственных средств, в целях большей их эффективности и безопасности для больного. В частности, мы отказались от излишней опеки пациентов и курсового назначения шоков и больших нейролептиков – последнего оплота карательной психиатрии.

Портретный метод психотерапии разрабатывался в психиатрических отделениях, где мы искали подтверждения некоторых идей, возникших в период нашей работы над проблемами психологии научного творчества в ИИЕиТ АН СССР под руководством М. Г. Ярошевского. Нас интересовало не только творчество душевнобольных, но и различные формы нарушения творческих функций. Общий корень всех этих нарушений мы нашли в феномене патологического отчуждения. Нас привлекло к нему то место книги А. А. Ухтомского «Доминанта как фактор поведения», где автор дает суммарные образы нетворческих людей – аутиста и схоласти (Ухтомский, с. 311).

Но умозрительные представления, внесенные в клиническую практику, преломляются своеобразно и приводят к самым неожиданным результатам. Психиатрическое отделение отличается от экспериментальной базы других наук тем, что здесь выводы и наблюдения фор-

мируются при оказании медицинской помощи. Другими словами, обнаружение и изучение феномена патологического одиночества мы сочетали с его лечением. И поскольку стандарты психофармакологического воздействия на аутистические расстройства не определены, возникла необходимость в усилении психотерапевтического компонента терапии психозов.

Психотерапию душевных болезней и практикующие врачи и теоретики отечественной психиатрии до недавнего времени считали невозможной. Это убеждение было основано на том несомненном факте, что большинство принятых в здравоохранении техник терапии психических расстройств не приводило к убедительным результатам. До 1985 года, когда была установлена профессия психотерапевта (приказ Минздрава СССР № 750 от 31 мая), мы были вынуждены, подчиняясь инструкциям стационара, сочетать психотерапию с назначением психотропных препаратов, а после этого стали применять наши методы неограниченно. Главным среди них остается портретная психотерапия, особенность которой в том, что скульптурный портрет создается не профессиональным художником, а самим лечащим врачом. Это полностью меняет атмосферу психотерапии душевных заболеваний, структуру взаимоотношений врача и пациента.

Концепция патологического одиночества, основанная на диалогическом мировоззрении, дает возможность использовать принципиально новые идеи и методы в области психотерапии душевнобольных. Она позволяет соединить разные жанры портретного искусства с клиническими представлениями. Возникшие на границе науки и искусства, наши методы диагностики и терапии обладают высокой степенью гуманности, сохраняя научные достоинства клинического метода. Они дают возможность подчинить терапевтическому процессу искусство портрета.

Предлагаемые методы исследования распространяются на пять уровней: мировоззренческий, теоретический, экспериментальный, прикладной и психопедагогический. Мировоззренческий уровень сформировался в противостоянии монологической (манипулятивной) парадигме с выдвиганием на первый план понятия о патологическом одиночестве, обозначающего единственный в клинической психиатрии феномен, имеющий отношение к диалогическому мировосприятию. Теоретический уровень – благодаря критическому пересмотру понятия об аутизме, привязанного к одной нозологии (четыре «А» шизофрении Блейлера) или к детской психиатрии (аутизм Каннера). Это позволило концептуализовать гипотетическую причину возникновения нервных и психических расстройств, определить перспективы развития клинической психотерапии.

Выдвинутая нами идея об одиночестве как нарушении образа «я» и диалога человека с самим собой обусловила экспериментальные исследования с использованием техники интервью «зеркальные переживания». Этот тест подтвердился на сотнях пациентов и вместе с методикой диагноза пространственно-временных нарушений оказался достаточно точным критерием аутистических расстройств.

Прикладная часть нашей работы – самая обширная и ценная в познавательном плане, она порождена применением авторских методов психотерапии, направленных на реконструкцию образа «я». Здесь зафиксирован и проанализирован опыт терапевтического контакта с душевнобольными, иногда в течение сотен творческих часов. Этот опыт излагается не только в научных статьях и докладах, но и передается непосредственно – врачам, психологам и определенной категории больных посредством разработанных нами психопедагогических методов и приемов.

В первой главе анализируется состояние современной психиатрической науки в стационаре и в амбулаторной практике. Прослеживается отрицательное влияние ортодоксальных идей на судьбу конкретных больных, характерные методологические ошибки, допускаемые практическими врачами. Излагается многолетний опыт наших сотрудников по преодолению укоренившихся догм и предрассудков в реальной практике, попыток либерализации психиат-

рической помощи и опеки пациентов. Дано критическое рассмотрение одной из главных парадигм клинической психиатрии, имеющей отношение к линейному, процессуальному видению психических явлений. Анализируются последствия сциентистского клише в клинической практике, определяются пути преодоления этой, по нашему убеждению, устаревшей методологии. Обосновывается необходимость равноценного использования научного и эстетического методов при лечении душевнобольных.

Во второй главе исследуется понятие аутизма. Выявлено тесное родство этого понятия с клиническими представлениями о других формах социальной дезадаптации, выдвинута принципиально новая концепция патологического одиночества. Мы не отказались от устоявшегося понятия об аутизме, но лишь расширили сферу его приложения, пытаюсь охватить весь спектр изложенных в литературе и встречающихся в текущем опыте психопатологических расстройств. Классическое определение аутизма, как и детского аутизма, стали в нашем контексте частными случаями более широкого круга явлений, объединяемых под названием патологического одиночества – ключа к личностным расстройствам психики.

Патологическое одиночество, по причине его присутствия в каждом психическом расстройстве, возводится нами в основополагающую категорию; это некоторая инварианта, с распознавания которой и начинается терапия психозов в Институте маскотерапии. Такое одиночество для нас не только распространенный патологический признак, но и критерий психической болезни. Разработка этой проблемы перевела практику диагностики и лечения психических расстройств в русло другой, более плодотворной парадигмы – представления о диалогическом характере мышления. В этой же главе впервые дается новая концепция патологического одиночества с опорой на представлении человека о его зеркальном «я».

Глава третья посвящена методу психотерапии скульптурным портретированием душевнобольного. Проводится сравнение этого метода с известными техниками арт- и психотерапии. Обосновываются психотерапевтические приемы и правила проведения сеансов скульптурной психотерапии. Характеризуются современные направления психотерапии неврозов и психозов, различаемые нами по признаку концептуализации психической причины болезни.

Рассматриваются актуальные и недостаточно исследованные проблемы пространства и времени психотерапии. Выявляются различные формы подчинения психотерапевтического сеанса часовому, измеряемому времени. Определяется времеобразующая функция лечебного портрета, дается характеристика качества портретного времени, его интервалы и разметки. Описана структура портретного пространства, атмосфера творческой мастерской, манера лепки лечебного портрета, материал и инструменты. Проведена жанровая идентификация создаваемого врачом-психотерапевтом скульптурного портрета. Критически рассмотрено представление о терапевтическом альянсе, обосновывается необходимость двойного договора с опекуном и пациентом.

Исследуются особенности психотерапевтического диалога, структурные элементы которого создают условия для равного партнерства врача и пациента. На конкретных примерах описаны множественные идентификации больного с портретом и с врачом, а также врача с больным и с портретом. Показывается, как благодаря фактору идентификации удастся пробить брешь в аутизме, трансформировать основной синдром заболевания в направлении его поэтапного упрощения, редукции и дезактуализации.

Нами также рассмотрена проблема завершения лечебного портрета, так называемая постаналитическая фаза. В этой связи исследуется феномен самоидентификации, дается критический анализ понятия катарсиса. Наряду с клиническим критерием утверждается эстетический критерий завершения психотерапевтического процесса.

Главе четвертая содержит описание других авторских техник, в частности техники лечебного *автопортрета*. Рассматривается также группа других авторских методов психотерапии, объединенных под названием *бодиарттерапии*, – лепка и живопись по живому лицу.

Анализируются трудности и преимущества использования этих методик, их значение для модернизации традиционных техник психотерапии (психоаналитической, рациональной, суггестивной терапии), а также для реализации метода *параллельного лечения* родственников душевнобольных. В этой же главе даны краткие характеристики других применяемых техник: усовершенствованная техника арттерапии (рисунок, живопись, гобелен), ритмическая пластика, другие формы двигательного диалога, групповая психотерапия «беседы у костра», принципы сочетания лекарственных и нелекарственных форм воздействия на патологическое начало, способы обучения техникам маскотерапии. **Список литературы** сведен к необходимому минимуму, – к тем авторам, труды которых были наиболее влиятельными в нашей практической работе и при составлении данного текста.

Автор приносит благодарность всем специалистам, которые в частных беседах и на конференциях, помогали прокладывать путь к новым методам лечения. Наша особая признательность философам Д. И. Дубровскому и В. М. Розину, К. Чаликяну, психологам П. Г. Белкину и М. Г. Ярошевскому, психиатрам Р. Г. Голодец, А. И. Белкину, М. Блейлеру, М. И. Рыбальскому и В. П. Самохвалову, психотерапевтам Т. В. Снегиревой, М. Е. Бурно, Ф. Е. Василюку, В. П. Колосову и В. Е. Рожнову, этнологу Л. А. Абрамяну, арттерапевтам Ж. П. Клайну, Дж. Мastroпаоло и Сукину Ю, художнику Р. Хачатряну, кинорежисерам Н. Верховскому, М. Ляховецкому, А. Пелешяну, Д. Сендрикову, фотографам А. Морковкину, А. Полякову, искусствоведу Г. Ельшевской, филологам Т. В. Цивьян, Ю. Акопяну, В. Айрапетяну, сотрудникам Института маскотерапии.

Глава 1. Современное состояние практической психиатрии

Психиатрическая практика совершенно необоснованно отдана на откуп сугубо естественнонаучному знанию. В игнорировании гуманитарного мышления – одна из коренных причин того кризиса, который переживает сегодня психиатрия. Выход из этого кризиса, по нашему убеждению, следует искать на путях не только еще большего сближения психиатрии с биохимией и нейрофизиологией, но и, в частности, обращения ее к эстетике и искусству как такому методу постижения человека, который содержит в себе огромный психотерапевтический потенциал. Однако это пожелание, высказанное задолго до нас многими видными психопатологами, должно непременно ответить на вопрос: как? Необходим способ сближения науки и искусства, нужна концепция, опирающаяся на глобальный, охватывающий личность феномен, патологическое явление, которое имеет не только клиническую ценность, но которое представлено также в гуманитарных науках.

1.1. В отсутствии новой парадигмы

Массовое применение психотропных препаратов изменило традиционное восприятие душевных заболеваний, обусловило упрощенный, прагматический подход к их диагностике. На базе текущего опыта и катamnестических сведений возникли новые наблюдения, которые во многом противоречат концепциям долекарственной психиатрии. Психофармакотерапия, развиваясь и расширяя сферу своего приложения, фактически подрывала основы клинического подхода, тормозила развитие психотерапии душевных заболеваний. Догматизация классических воззрений, отсутствие новых идей и наблюдений способствовали кризису в тех областях гуманитарных наук, для которых кий опыт является некой «питательной средой»¹. Нарушился механизм обратной связи между теоретическими изысканиями и практикой.

Изменилась также объективная картина психических болезней. Так называемый лекарственный патоморфоз коснулся подавляющего числа лиц, зарегистрированных в амбулаториях и стационарах². Доступность психотропных препаратов, их неограниченное и бесконтрольное применение оказали также деформирующее влияние на относительно легкие и распространенные расстройства: неврозы, реактивные и соматически обусловленные состояния. Можно сказать, что в результате роста атипических форм количество болезней приблизилось к количеству больных, а критерии идентификации отдельных случаев стали формальными.

Преобразился не только тип течения, но и структура болезни, резко снизились возможности прогнозирования. Нарастает тенденция к превращению приступообразного проявления психических расстройств в непрерывное, а вероятность спонтанных улучшений приблизилась к нулю. Отныне попытка осмыслить каждое патологическое изменение с позиций систематики Кальбаума – Крепелина или соотнести их с международной классификацией в последнем пересмотре (МКБ-10) представляется ввиду быстрого развития новых форм психических заболеваний все более абсурдной (см.: *Чуркин, Мартюшов*). А это значит, что клиницисты оказались заложниками собственной фармакотерапевтической практики, т. е. результатов применения нескольких десятков наиболее употребительных транквилизаторов, нейролептиков и антидепрессантов.

Сегодня трудно назвать какое-либо альтернативное лечение, которое могло бы заменить практику применения психотропных препаратов. Их интенсивное действие на мозг больного освобождает врача от трудоемкого, многолетнего процесса расшифровки переживаний и поступков наших пациентов. Мы приобрели некий новый способ сдерживания патологической активности и потеряли интерес к образу мысли и образу жизни душевнобольных. Основная

¹ Если проанализировать формулировки психических нарушений и болезней в глоссариях и руководствах последних десятилетий, то мы не увидим расхождений между ними, и серьезных изменений в процессе переиздания (*Ануфриев* и др., 1990; *Блейхер, Крук*, 1996). Эти определения различаются лингвистически. Создается впечатление, что авторы описывают истину в последней инстанции, а не клиническую и научную проблему, решение которой далеко впереди. Мы также не встречали ни одного фундаментального исследования, какими были труды многих клиницистов за сто довоенных лет. Особенно показательна судьба «Руководства» А. В. Снежневского и его учеников (Руководство по психиатрии, 1983), главной книги практикующих врачей, явившейся продолжением его популярных «Валдайских лекций» (*Снежневский*). Переизданное через 18 лет, это руководство в части клинической психиатрии практически не изменилось. Более того, некоторые главы, отражающие целые направления в нашей области, написаны выдающимися авторами, жизнь и творческая деятельность которых остановилась много лет назад, а другие находятся в столь преклонном возрасте, что можно сомневаться в революционно новых решениях (Руководство по психиатрии, 2001). Особенно поучительна судьба известных в мире кафедр, которые мы посещали в разные годы, – Цюрихского университета, Сорбонны, Ягеллонского университета в Кракове, где возникает ощущение того, что время остановилось.

² «Более 50 % стационарных и амбулаторных пациентов получают медикаментозную терапию», – считает В. Я. Гиндикин (*Гиндикин*, 1997, с. 372). Здесь нужно уточнить, что остальные пациенты – это те, кто нарушает режим приема лекарств. Мы не встречали в нашей практике пациентов, которым лечащий врач отменял бы медикаментозную терапию, за исключением случаев лекарственной идиосинкразии.

часть психиатрических учреждений осуществляет лишь охранительные, карательные функции, так как голый эмпиризм и суеверия пришли на смену научному поиску.

Таким образом, можно утверждать, что почти полувековой путь, который иногда называют «эпохой нейролептиков», видоизменив психические болезни, не привел к ожидаемому решению проблемы. Хотя поиск новейших средств воздействия продолжается, уже ясно, что клиническая психиатрия испытывает новый кризис. По-прежнему остаются актуальными проблема личности пациента, его возвращения в общество, критерии психического здоровья. В связи с этим объективация и стандартизация лечебного процесса менее предпочтительна, чем ее индивидуализация. Вместо дистанцирования участников психотерапевтического сеанса делается желательной эмпатия, предельная близость до полного слияния в творческом процессе мыслей и переживаний врача и больного. По мнению многих видных психопатологов, «единственным „действенным началом“ психотерапии являются тесные эмоциональные связи, аффективные отношения между больным и терапевтом» (*Ротенберг*, с. 112; Психотерапевтическая энциклопедия, с. 984–985; *Мишара, Шварц; Rogers*). Этих целей можно достичь на пути комплексного использования лекарственных и нелекарственных форм лечения.

Психологическая атмосфера большинства лечебниц обусловлена не только поведением душевнобольных, но и многими другими факторами:

- архитектурой, интерьером больниц, диспансеров, дневных стационаров;
- распределением палат, кабинетов, вспомогательных помещений, прогулочных дворов, спортивных площадок;
- защитой дверей, окон, территории;
- иерархией ролей сотрудников – врачей, научных консультантов, персонала;
- режимом прихода, ухода, дежурств медицинских служащих;
- проведением внутрибольничных конференций, комиссий, консилиумов, докладов дежурных врачей;
- режимом сна, пробуждения пациентов, приема пищи, лекарств, гигиенических процедур, досуга, свиданий с родственниками, трудотерапии, арттерапии³.

Все это сложное образование приходит в движение благодаря столкновению двух основополагающих принципов, двух противоположных тенденций: максимальной эффективности лечения и завета «не навреди». Поиск оптимального соотношения этих мотивов и определяет развитие практической психиатрии. Технически это осуществляется, с одной стороны, посредством расширения знаний о предмете, с другой – посредством разработок новых приемов психо- и фармакологического воздействия на патологическое начало. Анализируя работу психиатрических учреждений в разных странах, мы замечаем, что между ними больше сходства, чем различий. А это значит, что, при всем своем разнообразии диагностические критерии имеют единую точку отсчета, скрытую в основе психиатрической практики парадигму, выявление которой представляется очень важным.

Между тем долгосрочные катamnестические сведения свидетельствуют о том, что психозы, изрядно видоизмененные, не перешли в другой, более легкий регистр мозговых расстройств; что внушительная часть современных препаратов все более напоминает средство контроля, а не лечения душевных болезней. Понятия «нейролептической смирительной

³ Перечисленные особенности быта пациентов формировались на протяжении многих лет – в подражание соматической медицине, под влиянием текущего опыта и насущных потребностей, наконец, в результате развития идей и представлений о психической патологии. Может быть, поэтому в стенах современной больницы врач более всего находится под властью диагностических штампов. Анахронизм в организации психиатрической помощи был замечен многими специалистами у нас и за рубежом. В частности, один из ведущих отечественных клиницистов Р. А. Наджаров писал в 1969 г., что «архитектура и внутренняя планировка наших больниц не отвечает стоящим задачам», однако ошибочно предлагал приблизить их к условиям соматического стационара (*Наджаров*). О «публичном одиночестве» в соматических стационарах, где болезнь теряет свое истинное лицо, знали еще в XVIII в.; тогда же появились обозначения больничных осложнений – «тюремная» или «больничная» лихорадка (*Фуко*, с. 43–44).

рубашки», «нейролептической шизофрении» давно утвердились в психиатрическом лексиконе⁴. Все чаще можно услышать, что ни одно, даже самое сильное лекарство не влияет на структуру личностных расстройств, не затрагивает ядра больной души⁵. Клинический подход, основанный на научном методе, фиксирует лишь повторяющееся, типовое, стандартное; он в принципе не ориентирован на создание средств воздействия на индивидуальное, неповторимое, в конечном счете, на личность. В то же время взгляды и установки среднестатистического психиатра не обязательно совпадают с идеями известных психиатров и психопатологов. Критический анализ этих взглядов представляет значительный интерес. В связи с этим можно выразить сомнение в необходимости для практической психиатрии широты и разнообразия наименований, представленных в международной классификации психических болезней. Достаточно просмотреть статистические карты архивов обычной больницы, чтобы убедиться, что большая часть нозологических единиц там не представлена⁶.

Мы утверждаем, что нет такого лечащего врача, который мог бы свободно пользоваться всеми диагностическими формулировками типичных и атипичных форм заболеваний. Во-первых, это невозможно по причине внушительного объема вариантов и толкований психических расстройств; во-вторых, назначая одни и те же лекарства при разных нозологических единицах, ни один врач в подобной эрудиции не нуждается. Но даже если бы ему удалось осуществить такую «компьютерную» работу, то она не отразилась бы на конечном результате лечения. Для врача-психиатра или психотерапевта важно другое – развитие и накопление собственного живого опыта, интуиции и умения, необходимых человеческих качеств, гуманитарной культуры. «Не увлекайся частными проблемами, – писал Л. Витгенштейн в своих дневниках, – но всегда старайся ускользнуть туда, где можно свободно обозреть, пусть и недостаточно ясным взглядом, некоторую большую проблему в целом...» (*Витгенштейн*, 1987, с. 107).

Хотя некоторые наши идеи находят опору в работах других исследователей (М. М. Бахтина, О. и М. Блейлеров, О. фон Вайцекера, Э. Кречмера, Э. Крепелина, З. Фрейда, К. Юнга, К. Ясперса, многих современных авторов), приходится констатировать, что они так и не были востребованы практической психиатрией. Поэтому, не теряя из виду первоисточников, мы будем исходить из собственного опыта и опыта наших коллег, работающих в различных психиатрических учреждениях у нас и за рубежом.

Над практической деятельностью современного психиатра (отсутствие госпитальной адвокатуры, четких критериев целесообразности назначений) почти нет контроля, цензуры, он монопольно владеет судьбами своих пациентов, особенно когда занимается частной практикой. Можно предположить, что в такой ситуации не существует особых преград для проявлений субъективизма, экспериментаторства, шарлатанства. Значит, речь идет о вполне узнаваемом, самом распространенном случае насильственного вторжения врача-психиатра в мир переживаний душевнобольного. То, что мы называем экспериментаторством, чрезвычайно распространено в психиатрических стационарах, меньше – в амбулаторной практике, см.: МПЖ, 2000, № 3, с. 11). Символичным является пример, который переходит из учебника в учебник, а

⁴ Известный клиницист Р. Г. Голодец, с которой нам посчастливилось работать в психиатрическом отделении, однажды во время обхода в доверительной беседе сказала, что смиренная рубашка была гуманнее больших нейролептиков. В это время возбужденному больному давали инъекционный галоперидол. Заметим, что первая половина врачебной деятельности нашего профессора проходила в донейролептическую эпоху. Любопытно, что даже специалисту такого уровня не удалось преодолеть вето больничных инструкций: она рекомендовала лекарство, в целесообразности которого глубоко сомневалась. Что же тут говорить о простых врачах, находящихся под прессом изошренных форм административного контроля?

⁵ Лекарственная терапия, считают Р. Дж. Уолдингер и А. Ф. Фрэнк, не действует на «ядерные личностные проявления» (*Waldinger, Frank*).

⁶ Сотрудник нашего института В. С. Шаверин просмотрел несколько сот архивных женских и мужских историй болезни в Хотьковской психиатрической больнице № 5 Московской области, где не проводят тематического выбора пациентов. Диагноз шизофрении параноидной присутствует в подавляющем количестве статкарт, на второе место претендует диагноз органической болезни головного мозга. Несколько десятков других наименований в сумме составили небольшой процент. Большинство нозологических единиц на протяжении десяти последних лет не встречается.

именно случай ученика Блейлера *Klaessi*, когда застывшего кататоника бросили в бассейн с водой (Клиническая психиатрия, с. 53). Никто из авторов не заметил, что этот опыт был самым настоящим произволом по отношению к пациенту и научной или клинической ценности не имеет.

Очевидно также, что практикующий врач старается в первую очередь «ликвидировать», искоренить бред, галлюцинации, психомоторное возбуждение и пр., минуя носителя этих переживаний – душевнобольного. Лечение, как правило, проходит в дуальной структуре с чрезвычайно жесткой иерархией: врач – больной. Наших коллег мало интересует обстановка, в которой они работают, собственные состояния: настроение, физическая кондиция, загруженность сознания другими проблемами, характер отношений с опекунами, возможности памяти, интеллекта, творческих функций на момент назначения лекарств. Можно считать удачей, если мы заметим признаки сострадания, сочувствия к больному. Эмоции практикующего негативны – это эмоции отторжения от пациента с его бреднями как от какой-то заразы, наваждения. Активность медперсонала питается энергией нежелания оказаться вовлеченным в мир «кривых зеркал», энергией выхода из психотерапевтической атмосферы⁷.

Отсюда масса отвлекающих маневров в клинической беседе, от ее регламентирования до соглашательских жестов, мимических масок, лицемерных вопросов, не влияющих на решение проблемы, – своеобразных «громоотводов» в наэлектризованном воздухе между врачом и пациентом. И не оттого, что первый относится к душевнобольному без добрых чувств. Типичный клиницист отстранен ради некоей научной «объективности» и стремится еще больше отстраниться в надежде опереться на конкретную систему знаний о законах психики, о механизмах действия препаратов⁸. Он избегает всякой терапевтической интриги с пациентом и в этом отношении холоден, интеллектуален, стоит над своим больным, соблюдает «высокомерную дистанцию» между собой («знающим истину») и пациентом (*Цивьян*, с. 10). Подобный путь представляется нам совершенно бесперспективным, особенно если речь идет о шизофрении, само понятие которой весьма многозначно и не конкретизировано настолько, чтобы стать руководством к действию.

Вот уже двадцать лет мы наблюдаем у наших коллег два противоположных отношения к этой проблеме – или глубокий скепсис и уныние, или странный оптимизм и ожидание, что вот-вот обнаружатся физико-химические механизмы психозов, а может быть, сразу найдутся и

⁷ Состоянию психотерапевта, обстановке, в которой он работает, мы придаем первостепенное значение. Заметное место в лечебной работе мы уделяем опекунам душевнобольных – метод «параллельного лечения». Считаем недопустимым постановку диагноза и назначение лекарств в считанные часы, а также ведущими специалистами на лекциях, конференциях, консилиумах – здесь неизбежны субъективизм, тенденциозность и, как следствие, гипердиагностика. Мы отрицаем виртуозность в постановке диагноза, отвергаем варианты молниеносного решения проблемы – *grasess gefühl* Рюмке (*Rumke*). Говоря об «интуиции шизофренической личности», мы не можем не выразить недоумения по поводу того, как выдающиеся ученые (Я. Вирш, А. Кемпински, К. Шнайдер и др.) не видели последствий внедрения столь сомнительной идеи для практической психиатрии. Только благодаря детальной критике философом-позитивистом Карлом Гемпелем этого понятия как не являющегося независимым от наблюдателя признаком, симптомом чувства шизофрении (*Блейхер, Крук*, с. 215) не был официально включен в DSM-III. Из наших современников эту линию последовательно проводит А. Краус (*Kraus*), но о нем мы будем говорить в другом месте.

⁸ Почти на каждой конференции в многопрофильной аудитории нашим сотрудникам задают вопрос о механизмах маскотерапии. Чаще всего он исходит от философов и психологов, которые, как видно, не знают, что психиатры придерживаются принципов клинической медицины, а преимущества последней заключаются как раз в том, что она не создает спекулятивных объяснений причин того или иного расстройства. Каждый врач помнит свое первое участие в клинических разборах, когда ведущий специалист резко обрывает: «Не психологизируйте!» Здесь речь, конечно, не идет о науке психологии, эту реплику можно перевести так: «Не спекулируйте!» Подчас считается безвкусицей даже использование квалификационных терминов – бред, депрессия и т. п. В том-то и особенность клинического анализа, что он острым скальпелем дает молниеносный срез текущего состояния пациента, где есть место только фиксации патологических знаков и строгому упорядочению их в синдром. Это действительно искусство, требующее опыта и мастерства. Тем не менее мы благодарны нашим интерпретаторам – философам, психологам, антропологам, культурологам, искусствоведам, которые в границах собственных наук, дают убедительные толкования методов маскотерапии (*Абрамян*, 1988; *Акопян*, 1998; *Горбовский*; *Данин*; *Кузник*; *Розин*, 1996; *Самохвалов*, 1998; *Ярошевский*, 1994).

средства от этих болезней. Подобные мысли удостаиваются популяризации (см.: МПЖ, 2000, № 3, с. 13).

Таким образом, одна из важнейших функций лекарственной терапии психических заболеваний сводится к преодолению отдельных симптомов и ликвидации переживаний (пусть даже патологических) данного индивида, то есть признаков, которые находятся в секторе жалоб пациента и его опекуна. Происходит подспудное подчинение диагностической мысли врача основному мотиву заболевания. Можно с уверенностью говорить, что такой упадок психиатрической мысли, ее паралич возник именно в эпоху психофармакотерапии – химического воздействия не на причину, а на следствие, на сигнал болезни.

Комплекс проблем, с которым приходит к нам пациент, на чем настойчиво фиксирует наше внимание, похож на описание душевной боли, душевного дискомфорта. Здесь выявляется еще одно весьма недвусмысленное значение нейролептиков. Они служат психиатру средством устранения нежелательных для пациента или его окружения признаков, а не воздействия на причину самой болезни⁹. Все, кто работал в стационаре, знают категорию недовольных опекунов душевнобольных, которые после многих лет мытарств называют нейролептики наркотиками, говорят, что больных не лечат – только «оглушают»¹⁰.

Здесь возникают вопросы одного и того же порядка. Почему в то время как подавляющее большинство больных недовольны определенными препаратами, а опекуны разочарованы результатом лечения, врачи без тени робости и сомнения продолжают насильственно назначать их? Мог ли такой массовый протест быть игнорирован в соматической медицине? Сколько пользы принес бы опыт хотя бы недельного приема нейролептиков будущими психиатрами во время прохождения интернатуры! Скольких пациентов они впоследствии уберегли бы от лекарственной инвалидизации! Напомним, что однократный прием нейролептиков вызывает у здорового человека оглушенность, апатию, ослабление внутренних импульсов – «расстройство инициативы», а, скажем, паук сначала перестает ткать паутину, затем, когда приходит в себя, начинает ткать в уменьшенном виде (Клиническая психиатрия, с.47). Ряд ведущих отечественных авторов еще в 60-х годах также отмечал вредное «дезадаптационное» влияние аминазина и других нейролептиков (Авруцкий, Недува). Обезболивающие и устраняющие дискомфорт препараты в соматической медицине представлены в сложном комплексе терапевтического и хирургического вмешательства, в клинической же психиатрии последних десятилетий они становятся центральной, часто единственной целью лекарственного воздействия. Более того, поиск новых препаратов ведется именно в данном направлении. Хотя нейролептики считаются лечебными, а не наркотическими препаратами, нам часто приходится признавать правоту опекунов пациентов.

«Охота» за отдельными признаками болезни (чаще всего – теми симптомами, которые декларировал пациент или его опекуны) началась с момента возникновения основного набора нейролептиков, когда, по нашему убеждению, значение личности как «носителя» болезни перестало интересовать психиатров. Причем содержание этих признаков обесценилось в представлении врача – его уже не интересует тонкая структура бредаво-галлюцинаторных расстройств, он разучился идти вглубь и путем детального анализа искать причины патологических знаков, пытаться снять завесу с больной души. Наши коллеги почти лицемерно спрашивают: женские или мужские голоса, внутри или вне головы и т. п., но даже форма

⁹ Первые пациенты производили на нас особенно сильное впечатление. Высокий, сутулый, чудаковатый Н. все время повторял: «Вы знаете, что такое аминазин? Это как дубиной по голове!» Больной С., которому мы отменили нейролептики, сказал: «Я из гроба вышел». А тонкий, изящный, умный, некогда психиатр, Ж., который впоследствии покончил с собой на улице во время прогулки с пятилетней дочерью, утверждал, что все это множество нейролептиков и даже шокос оставляло нетронутой его личность, его «Я». Это мнение часто высказывают пациенты в беседах.

¹⁰ Большинство рекомендуемых для стационаров и диспансеров техник психотерапии также направлены на преодоление (ликвидацию) определенного фрагмента психозов. Исходя из этого можно считать Фрейда, Юнга, Лакана, Фромм-Рейхман и некоторых других авторов истинными мудрецами в области психотерапии.

болезни уже не имеет практического значения – примерно одни и те же лекарства дозируются «на глаз». Ведь все равно цель одна – ликвидировать (а не трансформировать) указанные патологические явления, мешающие больному или его окружению. Остальное имеет отношение к любознательности самого врача или к его добросовестности, «школе» и др.

Любопытно, что, обращаясь в наш институт, родственники пациентов требуют только выздоровления, а не купирования симптома, дезактуализации и т. п., потому что все это было в многолетних мытарствах по больницам и диспансерам. В их последней надежде скрыто напряжение уже отчаявшихся людей. И если мы принимаем решение лечить, то должны идти ва-банк – «все или ничего». Любовь и вера опекунов вынуждают брать всю меру ответственности на себя и находить решения по ту сторону рациональной медицины.

1.2. Эндогенный процесс и «синдромы-мишени»

Главная задача лекарственной терапии – «прервать эндогенный процесс» – один из самых распространенных и едва ли не столь же нелепых в современной психиатрии мифов. Достижение этой сомнительной цели возможно при крайне рискованном, близком к хирургическому вмешательству – шоковой терапии. По опыту многих лет работы в различных больницах мы знаем, что шоковые методы терапии применяются довольно регулярно. Верная, на наш взгляд, концепция В. фон Байера об искусственно вызванном органическом синдроме парадоксально соединилась в умах практиков с мнением А. Майера о внезапном разрыве непрерывного потока переживаний, на основе чего и родился указанный миф (Клиническая психиатрия, с. 44).

В остальных же случаях происходит медикаментозное заигрывание с мифическим «процессом», якобы в целях ненанесения вреда больному шоками. Считается нравственно допустимым как бы «обстругать» этот процесс, лишить его остроты, внешних атрибутов, вызвать по возможности стойкую «ремиссию» – еще одно понятие, занесенное из соматической медицины. Типичный практик понимает, что с эндогенным процессом ничего не поделаешь, что даже при отсутствии внешних атрибутов болезни – это уже навсегда, на всю жизнь! Подобное лечение проводится из псевдогуманистических соображений. Та же цель преследуется при гипогликемических формах воздействия инсулиновой терапии.

Итак, прервать «скрытый» процесс, которого, возможно, и нет, потому что его существование не доказано, с помощью шоков (на манер «малярияшока» при прогрессивном параличе), подавить его максимальными дозами нейролептиков, а затем многие годы держать в узде пролонгами или малыми дозами нейролептиков – вот терапевтическая цель современного психиатра. Гегель в своей «Философии духа» высказал мнение, что душевнобольного можно вылечить, если незаметно подойти к нему и ударить. Это ли не прообраз шоковой терапии? Подобного рода «гегельянство» в психиатрии не только наносит колоссальный ущерб развитию всей нашей области, но и ощутимо вредит людям, попавшим в сферу влияния психиатра. Стоит также вспомнить, как до последнего времени пугали больных внезапными трюками, – кататоников бросали в бассейн с ледяной водой, инсценировали «кровавые» сцены ужасов и т. п. Сейчас эти техники «лечения» отданы на откуп санитарам некоторых загородных больниц. Если объединить указанные меры и затем попытаться понять логику их происхождения, то ничего кроме слепой агрессии, жестокости, проявляемой к непонятному явлению, выявить невозможно. Но шоковая терапия – многовековая традиция лечения душевнобольных, к которой достаточно серьезно относятся специалисты. Именно она считается нозотропной. В истории этого метода отмечен даже определенный прогресс.

Современная тенденция к возвращению *синдромологического подхода* показывает разочарование врачей в нозологическом. Появилось даже понятие «*синдромов-мишеней*». Это некий самообман, светлая надежда, через которую проходят все начинающие психиатры, испытав первые разочарования в себе, запутавшись в распознавании нозологических единиц. Рост новых форм болезней и невозможность «объять необъятное» во многом обусловили и сдвиг гипердиагностики в сторону одной из нозологий, в частности шизофрении¹¹. Это своего рода завуалированный переход к *концепции единого психоза*, хотя бы потому, что тип течения болезни, основа основ нозологического подхода, по существу давно уже не учитывается.

¹¹ Указанная тенденция достаточно характерна для всей медицины как опытной науки. При разработке новой удачной идеи ученые-медики, способствуя все более широкому ее распространению в самых разных областях, начинают относиться к ней как к некоей панацее. Затем наступает разочарование («дряхление клиники», по Фуко), обретенное было единство распадается, новые упования уходят в историю, а препарат либо исключается из употребления (как пресловутый красный стрептоцид), либо занимает более скромное место (гормоны, антибиотики).

Но на самом деле все гораздо сложнее. Как известно, синдром – *структурно организованная единица*. Он может встречаться при разных болезнях. Синдромы подробно описаны в общей психопатологии, это одно из выдающихся ее достижений. Преодоление патологического синдрома происходит путем его *перестройки*, а не «ликвидации». Мы утверждаем, что не существует психофармакологических препаратов, которые трансформируют болезненное структурное образование в здоровое вне непосредственного участия врача. Осуществить эту цель можно только *психотерапевтически*. Известные нам лекарства имеют отношение лишь к подавлению отдельных признаков болезни или всех вместе *без учета ее структуры*, самое большее – к снятию душевной «боли», душевного дискомфорта. Соматические и неврологические побочные действия больших транквилизаторов подробно описаны в литературе; что касается психических последствий, то они освещены недостаточно полно.

Понятие о терапевтической «мишени», актуальных расстройствах, тесно связано, как отмечалось, с внедрением антипсихотиков – препаратов, способных кардинально влиять на мозговую активность. Оно возникло в результате несоответствия теории практике лечения душевнобольных. В то же время практикующий врач заранее лишает себя шанса увидеть феномен психического выздоровления в стенах больницы. С годами он вообще перестает ориентировать пациентов с психическими расстройствами на существующее в них здоровое начало. Почти анекдотичные случаи госпитализации здоровых людей известны на опыте каждому врачу и в изобилии встречаются в литературе, хотя со времени эксперимента Раппопорта с рассылкой психологов в качестве пациентов в психиатрические учреждения различных штатов прошло более трех десятилетий.

Если следовать общепринятой медицинской деонтологии, *неназначение* больному больших нейролептиков и шоков может принести значительно больше положительных результатов, чем назначение таковых, а степень риска, количество потерь уменьшатся¹². Подчеркнем, что речь идет не о самих препаратах, а о способах их назначения – синдромологизации или нозологизации симптоматических препаратов. Нейролептики, как известно, не являются нозотропными препаратами (Клиническая психиатрия, с. 43), нозотропным является способ назначения лекарств. Это еще один признак избыточности современной систематики болезней.

Здесь есть существенное отличие от соматической медицины, где знание нюансов имеет отношение к этиологии и патогенезу болезни. В этой области даже незначительная деталь может изменить тактику терапевтического или хирургического вмешательства. Когда диагноз строится на позитивных признаках, эрудиция врача, его умение распознавать симптомы, известная технологизация обоснованны, а изучение физико-химических, анатомо-физиологических механизмов позволяет устранить причину и проявления болезни.

Обобщая сказанное, надо признать, что в погоне за мнимой эффективностью практическая психиатрия почти не соблюдает принципа «не навреди». А это означает полную ее беспомощность в собственно медицинском плане. Она гораздо больше занимается сдерживанием, своего рода жесткой опекой патологической активности людей, попавших в сферу ее влияния, нежели действительно лечением, забывая слова Минковского о том, что «идея, преобладающая в психозе, не является производящей» (Аккерман, с. 32). В этой связи следует отметить однотипные и порой роковые ошибки, которые допускали психиатры, приехавшие в зону Спитакского землетрясения. На фоне успехов представителей других областей медицины можно констатировать полный провал их работы с людьми, испытавшими посттравматический стресс.

Итак, бытующую среди психиатров-практиков точку зрения можно выразить следующим образом: что бы врач ни делал, на какие бы ухищрения ни шел, процесс психической болезни продолжается, он скрывается где-то в глубине человеческой личности, представляя

¹² Показательно интервью, взятое нами у опытного психиатра Р. А., который за двадцать лет клинической и частной практики (сотни пациентов) имел лишь несколько случаев ремиссии в течение 5 лет и один за 10 лет (Назлоян, 1999, с.121).

собой враждебное, разрушительное начало¹³. Этот процесс способен привести к слабоумию, особенно если возник в раннем возрасте (еще один предрассудок, так как, по нашим наблюдениям, как раз ранние проявления болезни лечатся гораздо легче поздних) или лечение начато слишком поздно (как при запущенной онкологии)¹⁴.

Когда из области функциональных психозов были выведены прогрессивный паралич и другие экзогенно-органические и сомато-психические заболевания, осталась группа психических расстройств, биохимическая основа которых не выявляется. С тех пор выдвигаются гипотезы соматического процесса, который обуславливает психотические расстройства. Поиск в этом направлении безуспешен. К тому же термин «шизофрения» абстрактен и, по нашему убеждению, не является собственно медицинским понятием, так как не обладает скрытым планом терапевтических действий. Это только обозначение некоторого феномена, или, как сказал бы Блейлер, группы явлений, некий классификационный «ярлык». А в нашей стране – приговор. В знаменитую клинику Блейлера Бургхельци под Цюрихом поступало 29 % мужчин и 39 % женщин, больных шизофренией (Клиническая психиатрия, с. 26); в наш институт – более 90 %. Впрочем, диагноз, как правило, не подтверждается. К. Ясперс совершенно справедливо считал, что шизофрения – не просто определенный процесс, но прежде всего *«способ переживания, постижимый в психолого-феноменологическом плане, целый мир своеобразного психического существования (Dasein), для выражения отдельных моментов которого найдено много тонких понятий, но которое в своем целом не получило удовлетворительной характеристики»* (там же, с. 22). Налет шизоидности как нечто преходящее мы наблюдаем у многих из наших больных, причем и у здоровых людей. Здесь главный, на наш взгляд, принцип – не относиться к эфемерному явлению, как к чему-то постоянному, не культивировать в себе мнительность в отношении личности и судьбы пациента. Справедливости ради следует отметить, что в «руководствах» старых психиатров (Блейлер, Корсаков, Крепелин и др.) данной нозологии отводится незначительное место, чего не скажешь о современных учебниках и монографиях. В реальной же практике удельный вес этого диагноза сравнительно с другими многократно увеличивается.

К. Юнг первый, еще работая ассистентом у О. Блейлера, высказал мнение о психогенезе шизофрении и о психических же причинах этого заболевания (Зеленский, 1996, с. 236). Его идея не стала популярной среди клиницистов во многом потому, что психотерапия шизофрении в практике самого Юнга и других терпела неудачу. Оставалась надежда создать биохимическую концепцию «эндогенных» психозов, воздействуя на них также биохимическим способом. Но при отсутствии физико-химической концепции ортодоксальный психиатр невольно встает на точку зрения Юнга.

Когда появились нейролептики, механизмы химической активности которых (при очевидных изменениях психики) оставались неизвестными, клиницисты вынуждены были судить о влиянии этих препаратов по динамике психического состояния больного. Происходила подмена патофизиологического процесса психопатологическим. Казалось вполне возможным, поскольку все происходящее в организме своеобразно отображается в нашей психической сфере, говорить о каких-то новых, еще не выясненных физических изменениях, которые сопровождаются теми или иными психопатологическими явлениями, например галлюцинациями. Ведь используют же нейролептики и транквилизаторы в соматической медицине. Можно перечислить десятки соматотропных лекарственных форм или токсических веществ, которые

¹³ Уже в старости такой независимый мыслитель, как К. Юнг, сделавший очень многое для преодоления узко научного взгляда на психические болезни, в своей итоговой работе трактовал шизофренические расстройства в линейном, процессуальном русле (Юнг, 1998, с. 337–354, особенно 343).

¹⁴ Психиатры получают общемедицинское образование и пользуются терминологией и представлениями соматической медицины. Глубокого осознания уникальности своей области у них нет даже через много лет работы. Именно поэтому психиатр становится объектом критики со стороны университетских психологов, которые в свою очередь, по выражению А. Эйнштейна, «ученые и утонченные, но без интуиции».

тоже влияют на психическую сферу, хотя и не носят названия психотропных. И наоборот, мы знаем, сколь ощутимы изменения в организме, вызванные теми или иными социально обусловленными душевными переживаниями.

Повсеместно в клинической психиатрии происходит разрушение тонкой грани между психическими и физиологическими функциями мозга. Многие психиатры принимают желаемое за действительное, питаюсь иллюзией прошлого столетия, когда считали, что душу можно «препарировать» и исследовать наподобие тела лабораторных животных. А между тем не психиатр, а теоретик литературы, философ М. М. Бахтин справедливо замечал: «Чужие сознания нельзя созерцать, анализировать, определять как объекты, как вещи, – с ними можно только *диалогически общаться*» (Бахтин, 1963, с. 92).

Таким образом, созданная в далеком прошлом классификация душевных заболеваний, в основу которой положен принцип неизлечимости и отрицательного «прогрессирования», в эпоху сильнодействующих средств получила новый, достаточно абсурдный смысл, вызвав появление списка якобы психотропных лекарств. Однако упомянутые сильнодействующие препараты являются по существу не психо-, а *нейротропными* или *соматотропными* средствами.

Будучи восприняты в качестве психотропных, они способны извращать картину болезни и даже формировать новые расстройства, особенно в условиях их тотального и непрерывного приема (атипичные, нейролептические формы шизофрении, широкий спектр диэнцефальных, нейроэндокринологических, соматопсихических расстройств). Их действие можно сравнить разве что с хронической интоксикацией. Сегодня можно с уверенностью сказать, что, стремясь предупредить мнимое развитие болезни, поставить перед нею шоковые и нейролептические заслоны, мы никогда не увидим тех психопатологических явлений, которые описывали наши предшественники. Так происходит постепенная утрата психиатрической культуры, созданной многими поколениями врачей. Нанесен ущерб многовековой традиции понимания душевнобольных. Только пересмотр принципов применения некоторых групп фармакологических веществ, принятых на ошибочном пути теоретизирования, может восстановить связь нашей психиатрической науки с ее прошлым.

Мы не согласны с простой идентификацией клинического и естественнонаучного методов. Здесь есть существенные отличия, нуждающиеся в специальном рассмотрении, как показывает замечание Леви-Строса о том, что наука «не выдвигает на первый план практическую пользу. Она отвечает интеллектуальным побуждениям, прежде чем или вместо того чтобы удовлетворять нужды» (Леви-Строс, с. 120). Напротив, клинический метод направлен на извлечение этой самой «пользы» и «удовлетворение нужд». Здесь простой совет врача, основанный на обыденном здравом смысле, который может послужить точкой опоры для пациента, и сложная длительная процедура терапевтического изменения внутреннего мира душевнобольного в рамках концептуальной психотерапии – явления одного порядка, равного значения. Еще невролог Мёбиус сказал, что «патология» – это ценностное понятие (Юдин, с. 34).

Излечение от психического заболевания в современной психиатрии связывается с научным прогрессом вообще, с раскрытием сложных психофизических механизмов, с синтезом новых сильнодействующих препаратов. Все это дело будущего. Однако такое положение находится в нравственном противоречии с тем, чего ожидают больной и его родственники от медицины, от врача, ибо потерявшие душевное здоровье люди требуют выздоровления сейчас и отнюдь не утешаются тем, что наука когда-нибудь решит эту проблему. Отсюда неуверенность врача в своих возможностях, вынужденная экономия сил (к чему тратить их зря?), поневоле возникает фальшивый тон в беседе с больным и опекуном. Врачу приходится с грустью видеть повторные поступления больных с симптоматикой, которую он уже пытался преодолеть всеми возможными средствами. Поскольку научный прогресс в этой области пока непрогнозируем, психиатр начинает робеть перед неким «темным», трудноопределимым патологическим про-

цессом (в кулуарах его называют «эндогенным»), начинает повторяться в своей работе, не пытаясь углубиться в картину болезни. Отсюда отчаянная вера некоторых родственников больных в шарлатанов, обещающих скорое и окончательное выздоровление¹⁵.

Привыкание к нейролептикам категорически отрицается, это убеждение может считаться господствующим (см. *Кабанов*, с. 47–50). «Антипсихотические препараты относятся к наиболее безопасным из всех применяющихся в медицине лекарств», – утверждает американский специалист Р. Дж. Бальдесарини; к сожалению, он представляет здесь мнение большинства практикующих врачей. Ему вторит его популяризатор Э. Фуллер Торри: «Антипсихотические препараты действительно относятся к наиболее безопасным лекарствам. Практически невозможно совершить самоубийство, используя большие дозы этих лекарств, очень редко они дают и серьезные нежелательные побочные эффекты» (*Торри*, с.254). Однако наш собственный опыт позволяет считать привыкание к нейролептикам несомненным фактом (*Назлоян* в МПЖ, 2000, № 3). Толчком к формированию подобной точки зрения послужил случай больной Т. Ш., 27 лет.

Несколько лет она неизменно получала монолечение галдолом. Лечащий врач то уменьшал, то увеличивал дозы препарата в зависимости от текущего состояния пациентки. Начав работу над портретом по нашей методике, мы по привычке отменили этот препарат, назначив дезинтоксикацию и витамины. Однако через некоторое время у пациентки возник тяжелый приступ агрессии с выраженной галлюцинаторно-параноидной симптоматикой. «Голоса» говорили ей о враждебных намерениях пожилой регентши, проживавшей, как и больная, на территории храма. Так как условия не позволяли переждать этот приступ, мы решили остановить его равноценными дозами фенотиазиновых препаратов и транквилизаторов, но безрезультатно. Однако стоило один раз вернуться к приему галдола, и приступ прекратился.

С этих пор мы стали расценивать многие «обострения» как проявления абстинентного синдрома. Они с успехом купировались кратковременным назначением малых доз привычного нейролептика с последующими процедурами отвыкания¹⁶.

У нас есть претензии не только к побочным действиям самих лекарств, но и к режиму их назначения. На большом доступном нам материале – отчетах самих пациентов и их опекунов – можно сделать вывод, что нейролептики, в частности бутирофеноны, способны формировать галлюцинации у пациентов с навязчивостями, фенотиазины – бред, а тактика назначения этих и ряда других препаратов – в прогрессивной форме параноидную шизофрению. М. И. Рыбальский, много лет посвятивший изучению продуктивных расстройств, считает, что подобные явления могут иметь место при назначении малых доз галоперидола, а М. Блейлер говорил нам об опасности применения средних и больших доз (устные сообщения).

Нейролептики способны вызвать грубые расстройства мышления, снижение критики, ослабление памяти и обеднение ассоциативных процессов. Агрессия и аутоагрессия применявших нейролептики пациентов протекает нередко с особой жестокостью. Эти лекарствен-

¹⁵ Любопытно, что, обращаясь в наш институт, родственники пациентов требуют только выздоровления, а не купирования, дезактуализации и т. п., потому что все это уже было в многолетних мытарствах по больницам и диспансерам. Всякие попытки разумно застраховаться, ссылаясь на здравый смысл, отменяются. В их последней надежде скрыто напряжение уже отчаявшихся людей. На нас совершается моральное давление с первого дня лечения. И если мы принимаем решение лечить, то должны идти на риск – «все или ничего». Любовь и вера опекунов, за которыми стоит опасная интрига, вынуждает нас брать всю меру ответственности на себя, находить решения по ту сторону рациональной медицины.

¹⁶ Увы, это открытие породило другое явление. Опекуны пациента, обнаружив «благотворное» действие препарата, назначенного предыдущим врачом, прерывают лечение и возвращаются к старому. Они даже покоряются приговору о неизлечимости болезни. Правда, такие случаи составляют не более 15 %. Большинство же опекунов принимают нашу версию и просто держат в домашней аптечке лекарство, вызвавшее привыкание.

ные средства способны формировать шизофреноподобные болезни, особенно стадию дефекта, переводить легкие рекуррентные формы шизофрении в прогрессирующие. Любопытно, что в судебно-психиатрической практике симуляция удается именно тем испытуемым, которые перед экспертизой принимают нейролептик, т. е. *лечащее* средство (устное сообщение судебного психиатра А. В. Арутюняна). Но важнее всего для нас – усугубление личностных расстройств, грубая аутизация больного. Она наступает в результате непрерывного приема большим пролонгов или других форм нейролептиков. Такая практика приводит к ужесточению лечения, назначению хемио-, инсулино-, электрошоков. Все это приводит к лекарственному дефекту психики и быстрой инвалидизации пациентов.

М. Блейлер еще в 1941 году опубликовал одну из наиболее достоверных статистических сводок, основанную на анализе сотен случаев, квалифицированных как шизофрения. При остром начале – 25–30 % самопроизвольного излечения, 30–40 % излечения со стойким дефектом, 5–15 % с исходом в слабоумие. При хроническом простом течении – 10–20 % с исходом в слабоумие, 5–10 % со стойким дефектом, остальные – с исходом в выздоровление (Клиническая психиатрия, с. 21). Эти данные, конечно, хорошо известны психиатрам. Мы повторяем их потому, что никаких выводов из них за минувшие годы сделано не было. Учет приведенной статистики мог бы коренным образом изменить стиль лечения душевнобольных и благотворно повлиять на их судьбы, если только соблюдался бы завет «не навреди».

Кажется странным, когда наши коллеги «просвещают» родственников, а то и самих больных, прибегая к упрощенным формулам, касающимся весьма проблематичного с научной точки зрения эндогенного процесса, и к другим не менее сомнительным понятиям, отдаляя близких от пациента, лишая их возможности своей любовью и заботой о нем помогать лечению. Опекуны, как правило, начинают углубляться в проблему, читают специальную литературу и приходят в лучшем случае либо к полному недоумению, а в худшем – к еще более категоричной формуле болезни. Существуют наработанные штампы для родственников, для представителей правоохранительных органов. В результате больной на протяжении многих лет остается как бы в вакууме. С ним уже не говорят о простых вещах, от него напряженно ждут только внезапных проявлений болезни.

Значит, типовой врач, «просвещая» родных и близких и тем самым лишая их возможности участвовать в судьбе пациента, монополизирует лечебный процесс, а это приводит к потере и без того не очень больших шансов на выздоровление. Он также отвергает все остальные подходы к душе, кроме научного метода, а по большому счету – псевдонаучного. «Ибо человеческая душа, – писал Юнг, – это не психиатрическая, ни физиологическая, ни вообще биологическая проблема, а исключительно психологическая проблема. Душа есть самостоятельная область со своими особыми закономерностями» (Юнг, 1998, с. 285). Здесь великий психотерапевт, безупречно выделив объект своего исследования, на наш взгляд, не договорил того, что всегда хорошо чувствовал. Ведь психология традиционно мыслится в системе естественных наук, как это определил один из крупнейших специалистов – Ж. Пиаже (см.: Кедров). Такое недостаточно полное определение сказалось на всем творчестве Юнга – и там, где он размышляет о психозах, и там, где пишет о методах и принципах психотерапии. Эту неточность почти в тех же выражениях, как бы отвечая Юнгу, убедительно преодолел другой выдающийся мыслитель минувшего столетия. «Проблема души, – пишет М. М. Бахтин, – методологически есть проблема эстетики, она не может быть проблемой психологии, науки безоценочной и каузальной, ибо душа, хотя развивается и становится во времени, есть индивидуальное, ценностное и свободное целое..., то индивидуальное и ценностное целое протекающей во времени внутренней жизни, которое переживается нами в *другом*, которое описывается и изображается в искусстве словом, красками, звуком...» (Бахтин, 1979, с. 89).

1.3. Естественнаучная парадигма

Клиническая психиатрия является прикладной наукой. Она подвержена влиянию идей, которые проникают в ее атмосферу из пограничных областей знания. Наряду с биохимическими, нейрофизиологическими представлениями, особой активностью обладают концепции чрезвычайно разветвленной и быстро развивающейся экспериментальной науки психологии. Идеи психологов преломляются в области клинической психиатрии, выполняя новые функции и обретая новый смысл. Порой они не сохраняют прочных связей со своими истоками и действуют автономно. Конструкции общего плана выполняют здесь роль некоего клише, дающего направление психиатрическим поискам. Немалая часть актуальных в психиатрии представлений давно уже принадлежит истории психологии (ассоцианизм, гештальтпсихология и др.). Эти идеи называются у разных авторов моделью, структурой, контекстом, парадигмой, категориальной сеткой; они создают систему ценностей в психиатрических отделениях и имеют колоссальное влияние на формирование перспектив каждой семьи, связавшей свое будущее с тем или иным психиатрическим учреждением.

Как известно, Т. Кун коренным образом пересмотрел позитивистское понятие нормативной методологии и вложил в него другой смысл. Парадигма, согласно Куну, определяет некую эпоху в развитии системы научных идей, «дисциплинарную матрицу», как он позднее выражался, творчества ученых. Она призвана настолько прочно детерминировать то или иное направление в развитии естественных наук, что ее смена протекает революционным путем. По Куну, «открытие начинается с осознания аномалий, то есть с установлением того факта, что природа каким-то образом нарушила навешанные парадигмой ожидания, направляющие развитие нормальной науки» (Кун, с. 78).

В истории научного познания Кун выделяет допарадигмальный период развития, когда на основе смутно осознаваемых общемировоззренческих представлений собираются и систематизируются определенные фактические данные. Этот процесс проходил в разных науках с разной скоростью; в психиатрии – до середины XIX столетия. Затем наступает эпоха зрелой науки, когда теория развивается и детализируется, она находится в непротиворечивых отношениях с практикой. Под давлением новых накоплений возникает экстрапарадигмальная фаза – эпоха научной революции, «банкротство существующих правил означает прелюдию к поиску новых» (там же, с. 95).

Парадигма, на наш взгляд, отражает присутствие мировоззренческой идеи в границах той или иной научной дисциплины и в этом смысле максимально конкретна. В то же время она является наиболее общей категорией этой самой науки. Часто парадигмы возникают спонтанно, «снизу», как некий продукт коллективного соглашения ввиду многократного подтверждения опыта, например геоцентрическая картина мира. Ниже мы собираемся рассмотреть не теоретические клише отдельных школ в клинической психиатрии или в психотерапии, а то, что их объединяет.

Эти вопросы наиболее подробно обсуждаются в работах отечественных теоретиков Ю. Л. Нуллера и Ю. С. Савенко. Рассмотрим основные доводы этих авторов, поскольку наша практическая деятельность тоже осуществлялась под знаком пересмотра установившихся догм, действующей в клинической психиатрии парадигмы (Назлоян, 1978; Наука и религия, 1998, № 8; Назлоян, 1994; многочисленные интервью в периодической печати с 1987 г.). Точки зрения, которые мы вкратце рассматриваем, довольно ярко иллюстрируют частую методологическую ошибку – идеологизацию той или иной медицинской дисциплины, хотя некоторые итоги расширения зоны действия рефлексной теории И. П. Павлова ученый мир подвел недавно. Еще в 80-х годах мы слышали от старших коллег в коридорах психиатрических отде-

лений блиц-объяснения состояния пациентов с опорой на понятия первой и второй сигнальных систем.

Этические мотивы и критический взгляд на состояние современной практической психиатрии в работах Нуллера и Савенко не вызывают сомнений. Мы, как и они, исходили из идей гуманного отношения к пациентам и наряду с другими авторами понимали, что обстановку в психиатрических отделениях следует улучшать не только борьбой за права наших больных путем создания альтернативных служб, но и структурно, теоретизируя. Таких попыток было довольно много, особенно в довоенную эпоху; само существование психодинамического и феноменологического подходов, наконец, антипсихиатрического направления – яркое тому подтверждение.

Ю. Савенко подходит к проблеме весьма основательно – с анализа понятия о парадигме. Он присоединяется к авторам, считающим понимание парадигмы Т. Куна устаревшим, достаточно девальвированным, и пытается придать ей новый смысл, поскольку это «принятый в нашей стране термин». Он считает более удачными формулировки других авторов: смена «научных мировоззрений» (В. И. Вернадский), смена «глобальных предпосылок мышления» (А. Койре), смена «типов рациональности» (С. Тулмин), смена «стилей мышления» (Л. Флек). «Нам представляется продуктивной, – пишет он, – позиция не тех авторов, так называемых экстерналистов, которые акцентируют и тем более абсолютизируют в генезисе научных революций политические, социологические, экономические факторы, а позиция интерналистов, которые отдают приоритет собственно научным и общемировоззренческим факторам, то есть собственной логике саморазвития научного знания» (Савенко, с.16). Данная позиция не выдерживает критики. В качестве опровержения достаточно вспомнить идею эволюционизма, принятую в середине XIX века.

Другой вопрос, что Савенко как теоретизирующему психиатру нет нужды в таком глобальном охвате и он может ограничиться интерналистским фрагментом этого понятия. Если не ставить перед собой науковедческих целей, то позитивистское понятие парадигмы, как «дисциплинарной матрицы» (Философский энциклопедический словарь) представляется нам вполне удобным и емким для обращения к основам такой прикладной области науки, как психиатрия. Еще одна особенность трудов рассматриваемых авторов заключается в том, что они не определяют конкретно и ясно, какие идеи сформировали контекст развития клинического метода, в чем суть парадигмы практической психиатрии. Именно эта неточность обусловила шаткость выдвигаемых ими альтернатив.

Оба автора предлагают некий способ реанимации клинического метода. Первым это сделал Ю. Нуллер, он считает, что необходимо заменить существующую систематику новой, с опорой на теорию стресса Г. Селье (Нуллер, 1993). А Савенко призывает заменить ее классификацией, основанной на философии Э. Гуссерля и К. Ясперса. Причем эти призывы во многом прогностические, поскольку неизвестно, как технически это должно состояться, они даже носят некий просветительский характер.

Далее авторы допускают методологическую ошибку, предлагая принять новую парадигму взамен старой, «сверху»; предполагается прийти к мировому соглашению, т. е. сообщество психиатров должно не только отказаться от старой классификации, но и игнорировать все другие направления в психиатрии и психотерапии. Представляют ли авторы масштабы подобных

перемен? Даже форма отрицания систематики нозологических единиц выбрана неверно, потому что приводит к отрицанию всех остальных школ и течений. Они считают главной парадигмой клинического мышления второстепенное для практической психиатрии учение о регистрах, уровнях психических нарушений и противопоставляют ей собственную точку зрения. Хотя мировоззренческая позиция Савенко близка нам по выбору авторов, предпочтение необходимо отдать Нуллеру. Повторная попытка внедрения нейрогуморальной теории Селье методологически более верна, так как существует некий позитивный опыт и можно представить, что автор в своей практической деятельности помогал больным с постстрессовой травматизацией, не прибегая к жесткому ортодоксальному лечению. Однако и Нуллер не всегда чувствует недостаточность предлагаемых им решений – «надлом» как причина психической патологии взамен существующей полиэтиологичности, сопоставление одной из гипотетических причин психических расстройств с перечнем этих расстройств.

Возвращаясь к трудам Савенко, заметим, что мы так и не смогли найти в них более точных признаков действующей в клинической психиатрии парадигмы, аналогичных категориям других наук (химии, физики, биологии), а также собственной парадигмы автора. Не приводит он и сведений об опыте внедрения своих идей в практической области (клинические испытания), как это делали истинные реформаторы – Крепелин, Фрейд. Ведь глобальные изменения клинического мышления автора должны были привести к новым, эффективным приемам при лечении психически больных.

Однако надежда обнаружить формулировку авторской парадигмы все же появилась, когда в самом конце одной из его статей мы обнаружили следующую фразу: «Сразу можем сказать, что солидарны с помещенной в этом выпуске работой Альфреда Крауса, которую и считаем воплощением новой парадигмы в психиатрии» (Савенко, с. 22). Заинтересованность была настолько велика, что мы внимательно прочитали работу профессора из Гейдельберга, где, как известно, и появилась систематика Э. Крепелина.

Автор проекта новой парадигмы не менее тенденциозен, чем его последователь, и тоже отрицает современную систематику психических болезней (DSM-IV b и ICD-10), поскольку она не учитывает интуитивный компонент в постановке диагноза, «интуитивный диагноз» (Краус, 1997, с. 10). Но, заметим, она не учитывает и дискурсивный способ постижения диагноза. Это определенная типология диагнозов, или, говоря гастрономически, меню. Вопрос, видимо, заключается в том, что лежит в основе этой систематики. Как пришли ученые к принципу классификации психических болезней, какой смысл они вкладывали в обозначение каждой нозологии (причем скорее всего интуитивно), должно интересовать не психиатров, а исследователей научного творчества.

Однако Краус идет дальше и претендует на изменение существующей типологии. Поэтому обратимся к его определению интуиции. Он пишет: «Под интуицией мы здесь понимаем – в отличие от дискурсивного, объяснительного мышления – непосредственное восприятие смысла или комплекса связей, восприятие значений и осознание сущностей, ... интуиция – это особые акты понимания» (Краус, с. 10–13). В первой части этого определения не трудно узнать определение Декарта, а во второй – Ясперса. «Понятие ясного и внимательного ума» Декарта, как известно, легло в

основу картезианской гносеологии с характерным для нее психофизическим параллелизмом. К психологии же творчества оно не имеет прямого отношения – там другая традиция в интерпретации рассматриваемого понятия, другой (психологический, а не гносеологический) аспект проблемы. О невозможности и непродуктивности смешения этих двух плоскостей знания мы подробно писали в историко-научной работе (Назлоян, 1978).

Судя по первой части определения, источники Крауса ограничиваются толковым словарем, вторая часть является отсылкой к «субъективно-понятным» сочетаниям Ясперса. Последний был современником таких интуитивистов, как А. Пуанкаре и А. Бергсон, но об интуиции он в этом месте своего труда по психопатологии не пишет. Общее впечатление можно выразить одной фразой: врач-психиатр может игнорировать нозологическую классификацию, но должен иметь развитую интуицию (в обыденном понимании этого слова). Мы бы добавили, что врач должен быть еще и самоотверженным, добрым, порядочным, талантливым и т. п.

Но дальше Краус допускает явное противоречие: отказываясь от дискурсивного элемента в классификации болезней, он становится чистым интуитивистом, но безосновательно. Он говорит об интуиции истерии, интуиции шизофрении – понятий, имеющих отношение, согласно автору, к «дискурсивному» подходу. Автор не заменяет их новыми, интуитивными. И здесь он без комментариев переходит на психологический уровень анализа проблемы интуиции.

Психологические идеи тоже не оригинальны, они представляют собой простое расширение (истерия, маниакально-депрессивный психоз, даже бред) «чувства шизофрении» А. Рюмке. Речь идет о психологических, иррациональных механизмах постановки диагноза, а именно шизофрении. Это была попытка решить проблему личности пациента через определение креативных функций врача, учитывая роль наблюдателя, – попытка интересная, очень важная в плане исследования личностных расстройств у больных шизофренией, но не оправдавшая себя как диагностический прием. Краус же говорит об интуиции как о диагностическом приеме, свободно распространяет представление о безотчетном, иррациональном восприятии пациентов не только на нозологические единицы, но и на «безличностные» симптомы и синдромы. С деонтологической точки зрения подобные рассуждения, на наш взгляд, являются безответственными. Достаточно представить, какие последствия для душевнобольного имеет «интуитивная» постановка и без того во многом субъективного диагноза, особенно в случае шизофрении. «Но будем осторожными, – писал Эйнштейн, – и постараемся дать строгие определения, так как мы знаем, как опасно переоценивать интуицию» (Эйнштейн, Инфельд, с. 470). Об опасности для пациентов распространения этого представления в практической психиатрии мы подробно писали в разные годы. Создается впечатление, что любые концепции или выдвинутые точки зрения, гипотезы, имеющие общий характер, можно называть парадигмой и противопоставлять вековой традиции распознавания психических болезней.

Понятие о парадигме хорошо представлено в историко-научной литературе, однако нас интересует мало изученный тип парадигм, который чаще всего встречается в истории развития биологических знаний. Речь идет о тех глобальных идеях, которые ввиду внутренней противоречивости или недостаточной основательности лишь частично отвергаются в научном сообще-

стве за неимением хорошей замены. Феномена научной революции в этих случаях не наблюдаются, а сама наука постепенно догматизируется.

Устаревшая идея вытесняется на второй план и продолжает подспудно воздействовать на прикладную область. Она становится похожей больше на архетип, чем на парадигму. Такое положение типично для современного психиатрического сообщества. Было много призывов преодолеть классификационный принцип психических болезней, но радикальных решений этой проблемы за последние десятилетия не выдвигается. «Крепелиновская систематика, конечно, поколеблена – считают немецкие клиницисты, – но заменить ее пока нечем, да и нет еще даже признаков того, что готовится вместо нее нечто лучшее» (Клиническая психиатрия, с.27). В этом отношении чрезвычайно интересна структура одного из лучших отечественных руководств под редакцией А. В. Снежневского (Руководство по психиатрии, 1983). Подвергнутое в исторической части формальной критике линейное восприятие душевных заболеваний произвольно возрождается и пронизывает все главы общей и частной психопатологии, будучи опорой описания нозологических единиц.

Представление о душевном мире как о направленном, линейном, «неодновременном», процессуальном неизбежно возникает, как только исследователи пытаются создать строгую науку о душе. «Они раздробляют опыт на единицы, достаточно элементарные для того, чтобы воспринимать их по очереди, одну за другой» (Yomc, 1993, с.30). Закономерность подобного подхода впервые дала о себе знать в середине прошлого века, когда несколько выдающихся физиологов, добившись существенных успехов в своих лабораториях, бросились наперегонки создавать основы новой науки психологии – по образу и подобию естественных наук¹⁷.

Грандиозные проекты неминуемо привели к разным версиям линейной интерпретации душевных явлений. Вот что пишет один из радикальных представителей этой группы И. М. Сеченов: «Мысль о психическом акте, как процессе, имеющем определенное начало, течение и конец, должна быть удержана как основная, должна быть принята за исходную аксиому...» (Сеченов, 1995, с. 205). Вслед за великими нейрофизиологами стали осваивать просторы науки исследователи-врачи, проделавшие колоссальную работу по созданию новой области клинической медицины – науки о психических болезнях. Они руководствовались все тем же линейным видением психической патологии. Но если психологов линейный подход привел к обычному в истории научной мысли тупику (как, например, в попытках решения проблемы творчества), то в области психиатрии, медицинской науки результатом был прямой и осязаемый ущерб.

Тем не менее процессуальное видение психических заболеваний и есть та скрытая парадигма, которая объединяет многие школы и подходы как при диагностике, так и при лечении психозов. Эта идея позволила не только соединить разрозненные факты и наблюдения, но и разрешить противоречивость опытных данных. Возникновение процессуальной парадигмы имело черты научной революции. В этом отношении показателен известный диспут И. М. Сеченова с К. Д. Кавелиным, имевший заметный общественный резонанс на протяжении десятилетий (Назлоян, 1977, 1978). Не меньшие трудности испытали Э. Кальбаум, а за ним Э. Крепелин при внедрении этого понятия в области клинической психиатрии. «Можно сказать, – замечает Ю. Каннабих, – что „процессы“ (Verblodungsprozesse) – было тем словом, которое сосредоточило на себе внимание во всех отделениях Гейдельбергской психиатрической клиники» (Каннабих, с. 420–421). Профессором и главным специалистом этой клиники был Крепелин – ученик В. Вундта, автора «Физиологической психологии».

¹⁷ Впрочем, Н. Г. Алексеев и Э. Г. Юдин отсылают нас к «Трактату об ощущениях» Кондильяка (Алексеев, Юдин, с. 159). Эти же авторы полагают, что «акцент на процесс полностью определяет возможные категориальные структуры этих схем, а через них и „инструментальную“ часть – направленность и методики исследования» (там же).

Картина психических заболеваний, не имеющих соматической основы (инфекционной, интоксикационной, эндокринной и др.), строилась на симптомах с отрицательным знаком. Эти негативные признаки расшифровываются в конечном счете как отсутствие нормальных психических функций (нет правильного восприятия, нет адекватной интерпретации, нет нормального настроения). Важно, что эти признаки не имеют и своего соматического позитива, скажем опухоли или атрофии головного мозга, атеросклероза сосудов, интоксикации и других органических причин нарушения психических функций.

Процессуальная интерпретация психопатологических явлений была «делом» недостаточно обоснованным и даже вредным ввиду ее неспособности охватить мир душевных переживаний. *Dementia praecox*, расширенная и облагороженная О. Блейлером благодаря введению термина «шизофрения», и другие так называемые эндогенные заболевания интерпретировались на языке соматической медицины (здесь-то процессуальность как нечто позитивное, развивающееся во времени как раз вполне уместна).

Истинно процессуальное развитие сифилитической инфекции в организме во многом способствовало вхождению психиатрии в ряд медицинских дисциплин – за счет описания и лечения прогрессивного паралича, распространенного в те годы. Вместе с тем характер протекания прогрессивного паралича послужил основой для неоправданного обобщения представлений о процессуальности, которое отныне стало распространяться на психические заболевания в целом. «Примером течения и исхода болезни является прогрессивный паралич», – писал Крепелин, следуя Кальбауму (*Каннабих*, с.421).

Эти авторы энергично содействовали укреплению в психиатрии указанной тенденции. В разное время они встречали упорное сопротивление: достаточно отметить двадцатипятилетний бойкот Кальбаума психиатрами (*там же*, с. 416). Тем не менее этот подход стал господствующим. Это была настоящая интервенция естественнонаучного (монологического) мышления в гуманитарные науки, когда человек изучается как подопытное животное, как «безгласная вещь» (*Бахтин*, 1979, с. 363). Но если Кальбаум еще допускал возможность излечения от психического заболевания, то Крепелин категорически ее отрицал. Принцип неизлечимости лег в основу крепелиновской классификации. Он даже игнорировал собственные 8-12 % выздоровления при *dementia praecox*. «Получается слабоумие без слабоумия», – недоумевает по этому поводу его современник В. П. Сербский (*Каннабих*, с. 435). Даже сообщение Паппенгейма, что большая часть больных, которым Крепелин в Гейдельбергской больнице поставил диагноз раннего слабоумия, т. е. шизофрении, выздоровела, не поколебало его твердости. Чтобы не терять из виду процессуальность психических расстройств, он искал патологические признаки у здоровых людей и утверждал, что они существуют, жертвуя фактами ради идеи. Потом этот прием будут повторять многие современные психиатры.

Однако было бы несправедливо отвергать систематику Крепелина, как это делают представители антипсихиатрического направления. Нельзя забывать, что до него господствовали идеи призрания душевнобольных, а не лечения, то есть психиатрия не была медицинской наукой. Сделав шаг в определении предмета психиатрии (особенно после удачного различения шизофрении и маниакально-депрессивного психоза), он использовал достижения современной ему науки. Став в один ряд с другими медицинскими дисциплинами, новая область диагностики и лечения человеческих недугов впитала достижения смежных областей, выработала свой язык, свои методы клинического и параклинического исследований. Ее слабой стороной была необъясненность так называемых эндогенных психозов, подрывающая единство предмета.

Следующий шаг мог бы сделать Ойген Блейлер при описании феномена аутизма. Расширив сферу приложения этого понятия, он мог бы прийти к единой теории психических расстройств. Несколько поколений психиатров не видели перспективности понятия аутизма, огра-

ничивая его рамками учения о шизофрении как процессуального, эндогенного, не имеющего соматической основы (по формуле К. Шнайдера) заболевания.

Понятие процессуальности с годами расширялось за счет гипердиагностики и стало за пределами учения о прогрессивном параличе некоей отмычкой для современного психопатолога. Представление об эндогенных заболеваниях бурно развивалось в науке, объединяющей психоневрологию, психосоматику, наркологию, психозендокринологию и другие дисциплины, а «эпоха психофармакологии» поставила экзогенные расстройства в один ряд с эндогенными.

Итак, выслушав жалобы, собрав анамнез, описав текущее состояние пациента с учетом данных параклинического обследования и консультаций (этого вполне достаточно для соматической медицины), психиатр в отличие от своих коллег должен еще понять, что именно он будет лечить. На первое место выходит текущее состояние – психический статус начинает преобладать над анамнезом. В картине текущего состояния врач должен по собственному усмотрению, выбрать главный признак или группу признаков, которые он назовет «мишенью». Значение анамнеза сохраняется в части прогнозов, экспертных оценок, переписки, учета. Поэтому многие врачи недовольны отсутствием четко обозначенной «мишени», по которой, как выразился один психиатр, можно «бить» (Сборник статей по прикладной психологии, с.124). Между тем нозологическим единицам, которые мыслятся в качестве «мишеней» (наподобие панкреатита, сыпного тифа или псориаза), около ста лет. Нельзя ли считать их в чем-то устаревшими? Если можно, то в этом необходимо признаться, чтобы не получилось так, что на деле практикующий врач лечит одно, а в историях болезни фиксирует другое.

Врач ждет от теоретиков определения некоей универсальной «мишени», которую можно обсуждать, избавившись от груза историко-научной информации. И здесь он совершенно прав, ведь количество патологических расстройств гораздо больше ограниченного круга лекарств, а также возможностей их целесообразного сочетания. Он невольно хочет вырваться из книжной части своей науки и войти в контакт с живым человеком.

Мы тоже шли этим путем, остановив свой выбор на хорошо известном в психиатрии признаке патологического отчуждения. О. Блейлер ограничил его строгими рамками аутизма, и никто после него не пользовался возможностью пересмотреть и расширить этот симптом. Каким-то загадочным образом он оказался привязанным к шизофрении, хотя наблюдается при многих других психических и даже соматических заболеваниях. Например, известный исследователь феномена одиночества Р. С. Вейс, ссылаясь на статистические данные о лечебницах соматического профиля, писал, что «больницы – юдоль одиночества, несмотря на полное отсутствие возможности побыть там одному» (Вейс, с. 121).

Разработка этого понятия, вовлечение в него все новых групп расстройств, интерпретация феномена одиночества с опорой на представления человека о его зеркальном двойнике позволили нам преодолеть описательный уровень. Благодаря нацеленности на преодоление аутизма нам удалось обеспечить широкий доступ психотерапевтических техник к лечению психозов. В своей практической деятельности мы старались не попадать под влияние идей и представлений, способных нанести малейший вред нашим пациентам. Оказалось, мы лишь упорно сопротивлялись представлению о линейном характере психической активности и постепенно перешли в другую систему координат, где можно было более продуктивно работать с душевнобольными. Наш опыт показывает, что практическая психиатрия способна преодолеть монологическую (манипулятивную) парадигму и развиваться в русле более перспективной диалогической парадигмы. Об этом мы будем говорить в следующей главе.

В заключение попытаемся суммировать вопросы, которые остались открытыми в изложенном материале, а именно: как на деле преодолеть существующие правила общения с больными, оставаясь при этом в рамках клинической традиции? Мы выбрали следующий путь. По нашим наблюдениям, творческое время типичного психиатра уходит на диагностику, а лечение в виде накатанных схем нейролептиков, транквилизаторов и антидепрессантов приплюсовы-

вается почти автоматически. В некоторых загородных стационарах такие схемы в виде списка висят на стене ординаторской, ими может воспользоваться даже дежурная медсестра. Коррекция этих схем симптоматическая, в виде дополнения или изменения схемы, здесь также нет нужды в творческом осмыслении переживаний пациентов.

Понимая, что диагноз психического заболевания строится на минус-симптомах и в этом главная причина их безуспешного лечения, мы стали воспринимать наших коллег как диагностов, и никак иначе. Это означало, что врачи-клиницисты пребывают в пространстве выяснения диагноза и его соответствия международным стандартам. Мы же стали думать о том, как соразмерно расширить пространство врача как целителя. Сам факт нахождения в этой системе координат привел бы к методологически верному приему – отрицанию данного диагноза у конкретного больного, отрицанию отрицания. Таким образом, врач отрицал диагноз психического заболевания не вообще, а только у данного пациента, что очень принято в медицине. Такое опровержение должно было быть поступательным и доказательным, врач не решает проблему глобально, а двигается в сторону определения диагноза с позитивным знаком, например к выявлению соматического расстройства у ипохондричного пациента. На этом пути возможны также варианты спонтанного излечения. Этот способ верен и при сугубо лекарственном лечении душевнобольных.

Приведем один из самых ранних случаев в нашей практике, когда лечащим врачом пациента был выдающийся диагност А. В. Снежневский. Досье пациента было похоже на небольшой учебник соматической и психиатрической практики. До обращения к психиатрам он прошел десятки обследований у кардиологов, гастроэнтерологов, эндокринологов, невропатологов. Психиатрические же назначения были похожи на трудный пасьянс, который исчерпывал всю нашу фантазию. Мы отказались от лечения, так как вердикт авторитетов о юношеской злокачественной шизофрении и прогноз о близком слабоумии больного не вызывал у нас сомнений. Но через год под влиянием обстоятельств мы были вынуждены приступить к работе.

Это был А. П., 1960 года рождения, математик. Высокий, худой, молчаливый, с иронической улыбкой и жалящими собеседника замечаниями; его довольно изысканные манеры, скупые жесты, неподвижное лицо создавали в общении с ним атмосферу напряжения и холода. Тихий, послушный подросток, он уже в школьные годы стыдился своей худобы, много ел, но не поправлялся; страдал от частых запоров; мучился тем, что не может быть лидером. В будущем он воображал себя «солидным человеком с брюшком». С той школьной поры А. относился с повышенным вниманием к своему телесному здоровью. Целыми днями он мог размышлять о деятельности своего желудка. Чувствовал некий дискомфорт в подложечной области – горение, сжатие, стягивание. Женитьба и учеба в аспирантуре совпали. Вскоре один из крупнейших математиков высказал мнение, что теоретическая задача, над решением которой бился А. П., неразрешима. Он тяжело переживал это: у него пропал аппетит, появилось отвращение к еде, ежедневно мучила тошнота. Ему казалось, что в желудке некие краны «заржавели», что стенки желудка и кишечника «склеены дегтем». Он просыпался очень рано, и чаще всего утро начиналось безрадостно (боли, газы и другие нарушения функций кишечника); обращался к специалистам, лечился, но состояние ухудшалось. После нескольких госпитализаций в психиатрические стационары (с диагнозом шизофрения) он однажды закрылся в своей комнате, прервав общение со всеми на два года. Только его матери – врачу-кардиологу по профессии удавалось покормить сына (жидкую пищу из чайной ложечки). Когда это не удавалось, больного кормили принудительно в условиях стационара. К этому времени его семья фактически распалась.

Последние четыре месяца он подвергался в одной из ведущих клиник страны массивному лекарственному лечению и психотерапии. На телефонный вопрос о больном его лечащий врач ответил: «Стена молчания». После выписки без ремиссии было принято решение о применении скульптурного портрета.

Мы были вынуждены отказаться от всех лекарств, – за годы больной принял (в нашей стране и в Венгрии) несколько сот отдельных лекарств и их сочетаний, десятки физиопроцедур, прошел подробнейшие параклинические обследования. Массивное лекарственное лечение не дало положительных результатов, даже можно было говорить об отрицательной суммарной динамике. Уступая многочисленным родительским просьбам о помощи, мы начали работу над портретом. Цели были весьма конкретные – достичь полноценного диалога и, чтобы облегчить страдания матери пациента, попытаться подкормить его. Мы даже не допускали мысли о возможности полного излечения больного.

Курс лечения уложился в четыре сеанса – по двадцать четыре часа с интервалами в одну неделю. Для доработки деталей мы встречались каждый день на час-полтора. Уже в конце первого сеанса больной стал общительнее, проявил интерес к пище, в последующем уменьшилась фиксированность на своих переживаниях, возникла редукция бредовых и сверхценных идей. Однако сказался инфантилизм больного, выявились также скудные представления о собственном лице... Первый катарсис наступил к концу третьего сеанса – после многочасового конфликта с врачом в присутствии тестя и жены. К концу четвертого сеанса он снова был напряжен, агрессивен – главной его «мишенью» на этот раз стали родители жены. Все это привело к тяжелому скандалу между двумя семьями, собравшимися выяснять отношения («здоров» – «нездоров»). Больной был сильно возбужден, оскорблял родственников, ударил тещу (она не верила в возможность его выздоровления), получил ответную пощечину от жены. Но поздно вечером А. внезапно очнулся, он просил прощения, обнимал жену и плакал. В последующие три года рецидивов у него не было. Семья воссоединилась, появился второй ребенок. В настоящее время А. П. работает в научном учреждении (Техасский университет), написал ряд серьезных статей по прикладной математике, защитил диссертацию. Родственники жены только через год после завершения портрета признали свою ошибку, а точнее – ошибку нескольких маститых психиатров.

В заключение отметим, что типичные клиницисты относятся к психотерапии душевнобольных как к чему-то второстепенному, околосклиническому и по времени назначения и по результату. По-своему они правы, потому что нет и не может быть психотерапии, направленной на лечение бреда, галлюцинаций, тем более эндогенного процесса, без учета *личности* больного. Сомнительно, чтобы практикующий врач мог одновременно проводить психотерапию и давать лекарства, оставаясь на ортодоксальных клинических позициях. Такое сочетание чаще всего порождает среди психотерапевтов эклектизм в худшем смысле этого слова, а среди клиницистов – дилетантизм. Применение в рамках стационара техник психотерапии исключено уже потому, что они возникли в русле неких психотерапевтических концепций, а здесь традиционно, по заранее продуманной схеме назначаются препараты (нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты), которые также являются продуктом определенной концепции, но другой. Концептуальную психотерапию откладывают «на потом», на период ремиссии, как способ доработки разных «мелочей» при реабилитации пациентов.

Нечто подобное нам довелось наблюдать во время работы в психиатрических больницах Шони и Премонтре в 1990 г., где врачи, психологи, психотерапевты принадлежат к школе Ж. Лакана, одному из сложнейших направлений психоанализа. В ходе лечения душевнобольных психиатры рано или поздно начинали действовать как обычные ортодоксальные врачи, назначая большие нейролептики, вызывающие порой грубый лекарственный дефект. То же

самое можно сказать о клинике профессора Шина в Сеуле, одной из лучших частных клиник, где большое значение придают музыкотерапии.

Глава 2. Патологическое одиночество

Многообразие форм, уровней, степеней социальной дезадаптации психически больных превосходит объем и значение внедренного в 1911 г. О. Блейлером и фрагментированного в последующие годы понятия «аутизма» (греч. *autos* – сам)¹⁸. «Аутизм – крайняя форма психологического отчуждения, выражающегося в уходе индивида от контактов с окружающей действительностью и погружении в мир собственных переживаний» (Психология. Словарь, с.32).

Это патологическое явление хорошо известно психиатрам и достаточно часто фиксируется в клинической практике. Можно также отметить тенденцию к подмене слова «аутизм» близкими по содержанию, но не идентичными обозначениями. Очевидный терминологический казус возник в результате снижения темпов разработок «блейлеровской» проблемы и усилению позиций исследователей раннего детского аутизма Каннера. Известны различные толкования рассматриваемого понятия – «пустой и полный, бедный и богатый аутизм» (*Минковски*), «аутизм и отгороженность», «аутизм наизнанку»¹⁹, «аутистическое мышление», «аутистический бред» и др. Однако принципиальных изменений оно с тех пор не претерпело и продолжает оставаться в пределах учения о шизофрении.

¹⁸ Постепенное сокращение первоначального содержания произошло, скорее всего, произвольно – под воздействием текущего клинического опыта.

¹⁹ Этот термин также предложил в 1927 г. Е. Минковски – «аутистическая активность», своеобразная гиперконтактность внутренне отстраненного больного (*Minkowski*). Однако оно появляется еще в «Аутистическом мышлении» О. Блейлера, там, где он пишет о «шизофренике-реформаторе» (*Блейлер*, 1981, с.113).

2.1. Аутизм. Границы понятия

Хотя Блейлер рассмотрел понятие аутизма в рамках личностных содержаний, он сделал, на наш взгляд, важное научное открытие. Мы стали видеть то, что до него никто не замечал: ушедшего в свои грезы и мечты душевнобольного, а не жестокого, экспрессивного, опасного для общества безумца²⁰. Так с внедрением в психиатрию нравственной категории возник и собственно профессиональный подход к лечению душевнобольных. Заслуга Блейлера состоит также в том, что он сумел корректно переформулировать сугубо метафизическое понятие, увидеть в феномене одиночества квинтэссенцию психической патологии.

Однако сам Блейлер не воспринял еще аутизм как собственно патологическое явление. В своем изложении он делит переживания душевнобольных на аутистические и реалистические, что, на наш взгляд, не выдерживает критики. Более того, по мнению автора, в аутистическом мышлении нет ничего такого, чего бы не было в переживаниях нормального человека. Разница между нормой и патологией в рамках этой концепции чисто *количественная*: «Существуют степени аутистического мышления и переходы к реалистическому мышлению, однако в том лишь смысле, что в ходе мыслей аутистические и реалистические понятия и ассоциации могут встречаться в количественно-различных соотношениях» (Блейлер, 1981, с.116). И уже неясно, как подобное определение может обозначать специфический признак, «*осевой симптом*» (наряду с диссоциацией)²¹ одной из самых загадочных болезней – шизофрении. Не стоит также забывать, что эти понятия, – аутизм и шизофрения – при жизни автора были синонимами (Каннабих; Dein).

Сопоставляя эти две разновидности мышления, Блейлер замечает: «Аутистическое мышление и в будущем будет развиваться параллельно с реалистическим и будет в такой же мере содействовать созданию культурных ценностей, как и порождать суеверие, бредовые идеи и психоневротические синдромы» (Блейлер, 1981, с. 124). Последнее утверждение, констатирующее, что аутизм способен порождать другие расстройства, осталось на бумаге, и не было использовано даже самим автором. И произошло это благодаря склонности автора считать, что аутистическое мышление продуцирует «культурные ценности», что предполагает восприятие одиночества одновременно и как добровольной и как вынужденной изоляции («полезный и вредный» аутизм). Подобная романтическая «добавка» к представлению о психических заболеваниях, свойственная современникам Блейлера в целом (тема гениальности и патологии от Ч. Ломброзо и Т. Манна до издателей журнала «Эвропатология»)²², нанесла непоправимый ущерб разработке столь продуктивной идеи. На этом стоит остановиться подробнее.

Начало XX века – время зарождения глобальных психологических, антропоцентристских теорий. Заглавие философского труда французского биолога и гуманиста П. Тейяра де Шардена «Феномен человека» свидетельствует о тенденции к концептуализации природы чувств и мысли. Потребность в исчерпывающем научном описании и интерпретации психофизиоло-

²⁰ Говоря от лица одной из российских политических партий «здравого смысла», Ю. М. Лужков мимоходом произнес в телепрограмме «Время» 12. 04. 1999 г.: «Слишком много „шизанутых“ здесь проявляют сверхактивность». Самый древний предрассудок – недопустимая избыточность активности, количественная характеристика психоза, упорно держится в сознании большинства. Многие врачи, знакомые с такими явлениями, как апатия, абulia, редукция энергетического потенциала и другие дефицитарные симптомы, продолжают назначать пациентам сдерживающие препараты. Один из видных теоретиков психиатрии, Л. Кемпински, весьма сомнительно определяя одержимого из «Евангелия от Марка» (5, 3-10) как больного шизофренией (Кемпински, с. 3-10), приводит следующую цитату: «И никто не мог его связать даже цепями, потому что многократно был он скован оковами и цепями, но разрывал цепи и разбивал оковы, и никто не в силах был укротить его; всегда, ночью и днем, в горах и гробах, кричал он и бился о камни...».

²¹ «Расщепление» и «аутизм» в блейлеровской интерпретации, на наш взгляд, во многом идентичны или взаимозаменяемы. Но это – предмет изучения генезиса понятия о шизофрении.

²² См.: Ломброзо, с. 8-214; Клинический журнал гениальности и патологии; Назлоян, 1978.

гических функций была столь велика, что на роль первооткрывателей наряду с известными исследователями претендовали весьма заурядные, даже дилетанты²³. На всемирных научных форумах свои идеи излагали крупные неврологи, математики и простые инженеры, любители словесности, доморощенные философы. Замечателен и тот факт, что группа маститых ученых подвигла одного из своих коллег к созданию полной картины душевного мира в том ракурсе, в котором он был наиболее компетентен. Достаточно вспомнить, какие мыслители (Ф. Нисслъ, З. Фрейд, Х. Груле, В. Майер-Гросс и др.) направили творчество К. Ясперса к созданию самой объемной и насыщенной дефинициями «Общей психопатологии» (Ясперс, 1997, с. 19, 21). Характерно, что даже такой конкретный и точный исследователь, как Э. Кречмер, свою «Медицинскую психологию» начинает с энциклопедического вопроса: «Что такое душа?» (Кречмер, 1998, с. 13). А его физиогномический труд «Строение тела и характер» предваряется подробнейшим протоколированием всех деталей «оболочки» души – лица и тела (Кречмер, 2000, с. 9–18). Эта работа, как и многие другие исследования того времени, выходит за пределы профессиональной деятельности автора, стремящегося охватить феномен не только человека, но и человечества в целом. На фоне нарастающей атеизации общества иллюзия близости подобной теории была настолько ощутима, что даже представители конкретных областей наук – математики, физики, биологии, химии, физиологии, медицины, филологии – создавали свои проекты. Причем многие исследователи опирались на категориальный аппарат собственной науки, где имели неоспоримые достижения и непререкаемый авторитет. Следующее поколение, находясь во власти очарования той или иной теории, увлеклось уже идеями репродукции, моделирования, копирования, клонирования, тестирования человека и продуктов его творчества²⁴.

Чаще всего новые теории создавались в спешке, без строгих правил, и отличались внутренней противоречивостью. Они заведомо были рассчитаны на доброжелательный прием со стороны научного сообщества: сама попытка разгадки феномена человека считалась достойным и нужным делом. В исходе читателю предлагалась некая система доказательств универсальной формулы души («бессознательное» З. Фрейда, «архетипы» К. Юнга, «структуры» М. Вертгеймера и В. Кёлера, «поле» К. Левина, «доминанта» А. А. Ухтомского, «сигнальная система» И. П. Павлова, «установка» Д. Н. Узнадзе и др.). В основу этих теорем, как правило, закладывались удачные наблюдения, самонаблюдения и даже многолетние экспериментальные разработки. Однако вытекающие из контекста глубокие идеи порой обрастали множеством шаблонных, недостаточно убедительных умозаключений. Сегодня многие из этих трудов принадлежат уже истории науки. Некоторые же были настолько тщательно продуманы и сбалансированы, что сохранили свое значение до наших дней.

Теория Блейлера, по нашему мнению, принадлежит, увы, к первой обширной группе и по внутренней противоречивости, спорности отдельных тезисов, неразберихе в образующих понятиях сравнима разве что с рефлексологией В. М. Бехтерева. Однако загадочным образом она все же сохранила свою актуальность. Удивительно и то, что эта теория была воспринята современниками без какой бы то ни было цензуры, как будто Блейлер выполнял некий социальный заказ. Точный в нюансах, аналитичный П. Жане принял лишь легкую поправку Л. Минковского. А в современном юнговском словаре понятию об аутизме не нашлось места, несмотря на тесное сотрудничество двух психопатологов (см.: Зеленский, 1996). Из ученых, которые были обязаны критически встретить взгляды Блейлера, достаточно назвать К. Ясперса, О. Бумке,

²³ Один из активных участников всемирных форумов (вместе с А. Пуанкаре, А. Бергсоном, Э. Махом и др.) философ техники П. К. Энгельмейер, перу которого принадлежит относительно посредственная теория творчества, с гордостью заявлял, что он дилетант и в этом видит залог успеха своего мировоззрения. Он даже выпустил работу, где одна глава называется «Дилетантизм» (Энгельмейер).

²⁴ Одно из первых заявлений о копировании человека можно встретить в предисловии к знаменитой «Кибернетике» Н. Винера, изданной в 1949 г. (Винер).

А. Кронфельда, Дж. Вирша, а также многих отечественных авторов, всерьез занимавшихся данной проблемой в процессе разработки основ общей и частной психопатологии.

Эта теория не цензурируется до сих пор, так как имеет отношение к разработке и внедрению понятия о шизофрении – одного из полюсов психопатологического глобуса. И пока данная нозология существует, пока от нее зависят судьбы наших соотечественников душевнобольных, актуальность критического анализа понятия аутизма сохраняется.

Такой анализ необходим и по той причине, что может вывести на передний план завязшую в рутине идею, рациональное зерно, которое этот «проницательный» (по определению Л. Кемпински) практик нашел интуитивно. И хотя трактат об аутистическом мышлении уступает даже рядовым статьям Фрейда, идея, заложенная в нем, не менее глубока, чем исходные посылки психоаналитической теории²⁵. Как известно, клинический подход, в котором значительную роль играет учение о шизофрении, имеет такое же влияние в психиатрии, как и психоанализ.

Будучи бессменным директором Цюрихской университетской психиатрической клиники (1998–1927)²⁶, Блейлер был склонен к детальному наблюдению и протоколированию поведения душевнобольных. Он не мог пропустить тенденцию своих пациентов к немотивированному уходу в себя, к твердому и длительному отказу от контактов с внешним миром. Наличием продуктивной или иной психопатологической симптоматики это уникальное явление невозможно исчерпывающе объяснить. Блейлер, следуя врачебной логике, которая не всегда совпадает с логикой обыденного здравого смысла, усмотрел в патологической замкнутости явление фундаментальное, не обусловленное другими психическими расстройствами. В этом проявились глубина и продуктивность его наблюдения.

Для начала он выделил тех больных *dementia praecox*, отчужденность которых сопровождалась насыщенной мыслительной активностью, грезоподобными переживаниями. Эту форму дистанцирования с внешним миром он назвал удачным словом аутизм, а чувственно-интеллектуальное наполнение данного явления – аутистическим мышлением.

Именно аутистическому мышлению, а не признаку отчужденности от внешней среды, Блейлер отвел главную роль в становлении новой нозологической единицы – шизофрении. В его научных трудах понятия «аутизм» и «аутистическое мышление» полностью совпадают, ввиду несомненной важности для автора второго из этих понятий, которое, кстати, в дальнейшем не получило подтверждения в клинических исследованиях.

Трактат «Аутистическое мышление» не отличается цельностью изложения и, по нашему мнению, был написан под большим впечатлением концепции Фрейда, а может быть – отзывом на психоанализ, как произошло с другими современниками великого ученого, которые поддались соблазну охватить одной идеей сумму проявлений и законов функционирования психики²⁷.

Блейлер отталкивается от понятия внутренней и внешней жизни человека, где внутренняя жизнь, как отмечалось выше, соответствует аутистическому мышлению, а внешняя – реалистическому. Далее, легко прослеживается образование гносеологически окрашенных субъектно-объектных дихотомий. Причем последовательность гносеологической линии, бли-

²⁵ Как известно, свою теорию шизофрении Блейлер с излишней скромностью считал «распространением идей Фрейда на *Dementia praecox*» (*Каннабих*, с. 464). Но так не думали ни психоаналитики, ни клиницисты, ни даже он сам.

²⁶ «Хотите знать, как стал психиатром мой отец? – спросил нас Манфред Блейлер. – Он в 27 лет был выбран франкоязычной общиной и направлен в Париж на учебу, потому что присланный немец, главный врач, проявлял жестокость к пациентам». О. Блейлер пришел в психиатрию с миссией сострадания и любви. Остается только восхищаться проницательностью его односельчан.

²⁷ Мода на создание альтернативных психоанализу теорий сохранялась длительное время. Напомним, что в отечественной литературе существовало целое движение, направляемое этой целью, а одной из последних попыток была концепция так называемого «надсознательного». Причем происходило это в результате не конструктивной критики идей Фрейда, а недостаточно корректного отрицания последних.

стательно выдержанная, например, в концепции Ж. Пиаже (см.: *Флейвел*), в анализе аутистического и реалистического отсутствует. Дихотомия того и другого выступает то, как отзвуки картезианского параллелизма («параллельное» существование реалистического и аутистического мышлений), то как диалектика единства и борьбы противоположностей, отголоски сенсуализма при анализе сознательно-бессознательных соотношений или материи и духа в русле концептуализма А. Бергсона (см.: *Хилл*).

Многое в этой работе строится на метагносеологическом представлении о существовании гармонии, равновесия между субъектом и объектом. Там, где функции субъекта и объекта противопоставляются, основное внимание уделяется интерпретации субъективного. Нарушение паритета между субъектом и объектом, по Блейлеру, выражается в психическом расстройстве, а именно шизофрении. Одним словом, аутизм душевнобольных – это избыточный субъективизм.

К воззрениям Фрейда Блейлер подходит с двух сторон или с двух попыток. В первую очередь пытается проверить эти идеи на практике, т. е. провести так называемые клинические испытания. Затем пытается создать альтернативную систему идей, призывая читателя принять другую версию бессознательного. «У Фрейда аутистическое мышление стоит в таком близком отношении к бессознательному, что для неопытного человека оба этих понятия сливаются друг с другом. Однако, если понимать вместе со мной под бессознательным всю ту деятельность, которая во всех отношениях равнозначна обычной психической деятельности, за исключением того лишь, что она не осознается, тогда нужно строго подразделить оба эти понятия. Аутистическое мышление может быть в принципе столь же сознательным, как и бессознательным» (*Блейлер*, 1981, с. 117).

В результате тщательной ревизии психоаналитических идей, проведенной в клинике вместе с ассистентами, он приходит к выводу, что некоторые предположения Фрейда подтверждаются. При чтении текста становится очевидным, что речь идет о шопенгауэровском феномене вытеснения²⁸ и принципе удовольствия, которые, естественно, немыслимы вне общей концепции бессознательного. Здесь проблема заключается в том, что психодинамическая концепция не могла подтвердиться без ее полного или частичного усвоения, так сказать принятия на веру, ибо, по справедливому определению К. Поппера, собственно научной (принцип «фальсификации» научного знания) она не является (*Философский энциклопедический словарь*, с.514).

Однако Блейлер идет дальше Фрейда. Последний, как известно, не претендовал на открытие новых психических явлений, он опирался лишь на интерпретацию уже известных феноменов и в высшей степени конструктивно пересматривал установившиеся понятия и представления. Что же касается аутистического мышления, то оно выступает и как основополагающий принцип, и как новый, не известный ранее наблюдателям феномен. Автор пытается идентифицировать его с уже известными явлениями, как в китайской игре в ассоциации. Аутистическое мышление есть аффективное мышление, утверждает он, или сильный аффект, или просто аффект. Но если это – аффект, а в другом месте – эмоции, то ничего нового тут нет и даже нет необходимости во внедрении нового обозначения.

Читая текст, мы обнаруживаем, что Блейлер произвольно нивелирует или деформирует отдельные понятия ради продвижения основной идеи. Аутистическое мышление идентично грезам: «Более тяжелые случаи полностью сводятся к грезам...» Тем не менее, это «грезы наяву, как у истеричных, так и у здоровых людей» (*Блейлер*, 1981, с. 113). В другом месте, по мнению автора, симптоматика исследуемого феномена совпадает с тем, что Фрейд называл дневными снами, реже – фантазиями. Затем утверждается, что по своей природе аутистиче-

²⁸ «Сопровождению воли проникновению в сознание того, – писал Шопенгауэр, – что неприемлемо для человека, является тем местом, через которое дух может быть поражен безумием» (*Ellenberger*, с. 209).

ское мышление похоже на «обычные сновидения». Эта мысль теряет под собой всякую почву, когда производится полная идентификация указанных явлений.

Часто аутистическое мышление совпадает у автора с общеизвестными представлениями об инфантильных переживаниях. Здесь Блейлер предпочитает приводить обобщенные примеры из клинической практики (Блейлер, 1981, с.115). Наконец, встречаются, как думается, просто неудачные сравнения аутистического мышления – с бредом, бессознательным, иррациональным, бессмыслицей. Оно, по мнению автора, похоже также на детскую фантазию, религию, любовь, мировоззрение. Оно – всюду, где «логика отстывает». Здесь не может не возникнуть множество вопросов, от которых мы, однако, воздержимся.

Выделим из всего перечисленного главное: данное явление противоположно логическому мышлению, представляя собой некое «алогическое мышление». Но поскольку мышление не может быть полностью алогичным, то остается допустить, что речь идет о нарушении его формально-логического компонента. Блейлер, один из самых талантливых психопатологов, наделенный очевидными литературными способностями, исчерпывающе описал формы расстройства логических функций психики при разных нозологических единицах – от бессвязности, разорванности мышления до паралогичности. Видимо, в данном случае, он имел в виду нечто иное, новое, ранее не известное.

Однако сначала он пытается найти опору в типологии К. Юнга: «В довольно большой части аутизм покрывается понятием Юнга „интроверсия“; это понятие означает обращение внутрь либидо...» (Блейлер, 1981, с.113). И предпринимает, на наш взгляд, ряд безнадежных акций, которые вновь заводят его в лабиринт умозрительных конструкторов.

Так, например, на всем протяжении своего трактата автор выстраивает большое число альтернативных понятий в восточном стиле: чем не является аутизм? Приведем основные: аутистическое – реалистическое, внутренняя – внешняя жизнь, ирреальный – реальный мир, интроверсия – экстраверсия, сон – явь, бессмыслица – логика, аффективность – логика, фантазия – логика, непротиворечивость аутизма – противоречивость окружающего мира, тенденциозность – отсутствие тенденциозности, игнорирование действительности – восприятие действительности, игнорирование временных соотношений – восприятие измеряемого времени, образование символов – отсутствие символов, ослабленная ассоциативная связь – ассоциативная связь, аутоэротизм – нормальное сексуальное удовлетворение, филогенетически юная – филогенетически древняя функции мозга.

Таким образом, «аутистическое» существует благодаря противостоянию реалистическому. При этом реалистическое и все приравненные к нему понятия не определяются, а считаются чем-то само собой разумеющимся и понятным читателю. Вопреки этому пробелу, один ряд понятий в данной системе заключает в себе отрицание другого ряда, и каждая пара понятий существует благодаря отрицанию одной группы другой. При отправлении жизненных потребностей – согласно Блейлеру – эти противоположные явления «тормозят друг друга» (Блейлер, 1981, с.117). И если вспомнить, что аутизм есть некая форма субъективизма, очевидно, какими необоснованно сложными путями автор приходит к «общему месту» в гносеологии.

Само содержание аутизма, как и аутистического мышления, также бесконечно двоятся – «расщепляется», как сказал бы сам Блейлер, и естественным образом противопоставляются ненормальный и нормальный аутизм, бессознательный и сознательный, и так без конца. «Даже если мы перечислим всю совокупность признаков аутизма – писал Бинсвангер, – все же его самого мы перед собой еще не увидим» (Бинсвангер, 1992а, с. 131)

Наконец, автор пытается выдвинуть биологическую «платформу» аутизма с использованием представлений о фило- и онтогенезе. Свою «эволюционную теорию» Блейлер излагает произвольно, без ссылок и доказательств. Суть ее заключается в утверждении, что в начале было реалистическое мышление и только на каком-то четвертом этапе эволюции, известном лишь самому автору, появился аутистический способ мировосприятия. «Лишь здесь (на IV

этапе), – считает Блейлер, – могут существовать представления, связанные с интенсивным чувством удовольствия. Они порождают желания, удовлетворяются их фантастическим осуществлением и преобразуют внешний мир в сознании человека благодаря тому, что отныне он не мыслит себе (отщепляет) неприятное, лежащее вовне, присоединяя к своему представлению о последнем приятное, изобретенное им самим» (Блейлер, 1981, с. 119). Указанный «четвертый этап» не имеет аналогов и альтернатив в мировой биологической мысли, и теоретизирование по его поводу лишено каких-либо оснований²⁹.

Упомянем другие столь же умозрительные схемы. Аутистическое мышление тенденциозно, ибо функционирует в пользу субъективных стремлений. Однако при встрече с внешними препятствиями аутизм порождает бред преследования. «В этих случаях цель аутизма заключается в том, чтобы создать болезнь» (Блейлер, 1981, с. 118). Иными словами, сначала при встрече с внешним миром человек проявляет себя в качестве некоего самодостаточного мечтателя: «тем, кто удовлетворяется аутистическим путем, имея меньше оснований или вовсе не имея оснований к тому, чтобы действовать» (Блейлер, 1981, с. 116). Затем сформировавшийся аутист, при новой встрече с внешними препятствиями, мешающими грезить, спать и видеть сны, аутизируется вторично, что порождает бред и другие продуктивные расстройства. Выходит, что шизофрения – это как бы «аутизм в квадрате», по крайней мере, она появляется на втором витке аутизации человека. Тогда же обнаруживается и феномен внутренней противоречивости, амбивалентности аутиста – расщепление вместо внутреннего согласия, страдание вместо аутистического удовольствия.

Далее, без ссылок, «переворачивая» известную пару понятий из «Творческой эволюции» А. Бергсона (интуиция – интеллект) (Бергсон), Блейлер утверждает, что свойством реалистического (рационального) мышления является всего лишь один правильный результат, тогда как аутистическое мышление «располагает неограниченными возможностями». Разумеется, данное описание также находится в свободном парении.

В заключение приходится признать, что если аутистическое мышление, со слов автора, на 70 % покрывается юнговской интроверсией, то остальные 30 % с лихвой «покрываются» другими феноменами, описанными в научной литературе. Определение новой формы мышления, по нашему глубокому убеждению, не состоялось.

Другая череда методологических ошибок имела уже более серьезные последствия. Это связь и идентификация понятия аутизма с новой нозологической единицей, шизофренией. В самом деле, что есть аутизм – симптом, синдром или болезнь? Внятного ответа на этот вопрос до нашего времени нет. В изложении Блейлера – это и то, и другое, и третье. По определению же – некий полисиндром, или *симптомокомплекс*, вмещающий в себя всю гамму продуктивных и негативных расстройств, который плавно переходит в область нормального функционирования психики³⁰. Противоречие заключается и в том, что читателю неясно, чем именно является аутизм – интеллектуальным, эмоциональным или личностным расстройством, страданием, болью или удовольствием, рутиной или творчеством? Есть подозрение, что автор имел в виду все это вместе взятое – некий набор свойств, функций, рефлексий.

Однако чаще аутизм обозначается как *симптом*. Но если это симптом, то он по определению должен встречаться и при других болезнях, а не только при одной из них – шизофрении. И хотя автор, как мы видели, распространяет данный признак на всю психическую патологию и даже на норму, он неким парадоксальным усилием воли утверждает, что аутизм является отличительной чертой шизофрении. Больной с помощью бредовых идей пытается преодолеть

²⁹ Здесь Блейлер пытается образовать нечто вроде симбиоза эволюционной и психоаналитической теорий. Наложение клише эволюционного подхода к анатомии и физиологии мозга, а затем и к психическим функциям, распространенное среди ученых-врачей, есть не что иное, как вариант вульгарного материализма.

³⁰ Г. Т. Красильников также пишет о «диагностическом и прогностическом значении аутистического симптомокомплекса» (Красильников, с. 5).

противоречия окружающей среды. «Шизофреники теряют контакт с действительностью», – справедливо замечает Блейлер. Однако заметим, что и другие больные не очень продуктивно «контактируют» с ней³¹.

Само существование данной нозологии, даже этимология слова (греч. *shizo* – раскалывать, расщеплять, разделять и *phren* – ум, разум) ближайшим образом связано, как указывалось выше, с теорией аутизма. Отсюда, при полной неопределенности базисного понятия, отсутствии четкой идентификации в рамках общей психологии и психопатологии, а также убедительного отграничения понятий аутизма и аутистического мышления возникает первое сомнение в правомерности шизофрении как нозологической единицы.

Итак, при внедрении понятия «аутизм» Блейлер, по нашему глубокому убеждению, допустил ряд методологических ошибок. Во-первых, достойно выдвинув на первый план феномен *патологического одиночества*, он далее создал деструктивное учение об *аутистическом мышлении*, характеризующееся столь же шаблонным, сколь и противоречивым содержанием, и объединил эти два понятия (в дальнейшем специалисты преодолели допущенную их предшественником ошибку, однако, как станет ясно по ходу изложения, с водой выплеснули и ребенка). Человек неверно мыслит, поэтому одинок, а не одинок, поэтому неверно мыслит, бредит, галлюцинирует, – так Блейлер совершил незаметный отход от клиники в сторону обыденной, а не специальной психологии и потерял важное для всей психиатрии слово. В этом методологическом упущении необходимо искать, на наш взгляд, корень всех остальных заблуждений в учении о психозах. Во-вторых, пересмотрев *dementia praecox* (сделав это понятие взамен моно – полипрогностическим, как и должно быть)³² и определив весьма продуктивное для своего времени медицинское понятие шизофрении, он жестко связал аутизм с этой нозологией. В-третьих, Блейлер, пользуясь известными психоаналитическими представлениями о вытеснении и принципе удовольствия, создал некий гибрид психоанализа и клинической психиатрии, заслонив тем самым развитие другой проблемы – нарушения диалога пациента с внешним миром.

Положительным в работах Блейлера является тот несомненный факт, что он отвел феномену патологической замкнутости одно из центральных мест общей психопатологии, ясно заявив, что, возможно, аутизм является источником возникновения других психических нарушений. «Отсюда в этих случаях, – пишет Блейлер, – цель аутизма заключается в том, чтобы создать болезнь» (Блейлер, 1981, с.118).

К. Шнайдер стремился объективировать клиническую психиатрию, преодолеть расплывчатость представлений об эндогенных психозах и первым радикально прервал связь аутизма и шизофрении. Однако он сосредоточил все свое внимание именно на втором понятии. Определив симптомы первого и второго рангов по продуктивным расстройствам (в частности, по комплексу переживаний воздействия), коренным образом отличающиеся от первичных и вторичных симптомов Блейлера³³, и исключив какое-либо упоминание аутизма, он вернул понятие шизофрении в поле *dementia praecox* Т. Валлизия, Б. Мореля, Э. Крепелина. Помимо сохраненного еще Блейлером свойства процессуальности, добавилась и полипрогностичность – от спонтанного выздоровления больных шизофренией до раннего начала слабоумия. Освободив

³¹ Именно О. Блейлер заложил основу гипердиагностики шизофрении. С этим согласился Манфред Блейлер в частной беседе с нами. Истоки гипердиагностики восходят к моменту сужения глобального представления об аутистическом мышлении рамками одной из многих сотен нозологий. Ведомый своей теорией, Блейлер был вынужден чаще других выставлять этот диагноз. В дофармакологическую эпоху ущерб был не столь ощутим: больным ничего не грозило, а в атмосфере клинических разборов даже появлялся некий научный лоск. Когда же мы рассказали сыну ученого М. Блейлеру в Цюрихе, о том, сколько вреда больным в нашей стране принесло гипертрофированное представление о шизофрении, он был удивлен и опечален.

³² Это стало возможным благодаря тому, что к феномену патологической замкнутости Блейлер подошел структурно, утвердив фактор диссоциации.

³³ В этой связи трудно согласиться с Г. Т. Красильниковым, который склонен считать эти схемы тождественными (Красильников, с. 16).

это понятие от противоречий и спекуляций, рассмотренных выше, К. Шнайдер, тем не менее, заложил в него еще более сомнительный смысл.

Как первоклассный диагност и истинный клиницист, К. Шнайдер знал, что симптомы первого ранга встречаются при экзогенно-органических, психосоматических, реактивных расстройствах и что в разное время у одного и того же больного они могут исчезать. На этом основании он сделал опасное допущение, которое приблизило значение дифференциальной диагностики указанных нарушений к абсурду. Симптомы первого ранга, согласно К. Шнайдеру, могут определять шизофрению только в том случае, когда не найдена патофизиологическая или патопсихологическая почва болезни (*Кискер, Файберг и др.*, с.361). Это ограничение, введенное в психиатрический обиход К. Шнайдером, сохраняет свое значение в самых разных подходах к проблеме шизофрении и во многих ее определениях. Да и любая диагностическая процедура в практике психиатрии предполагает квалификацию органических или стрессовых факторов как несущественных в образовании шизофренических расстройств. В этих случаях используется формула – «повод, а не причина». Данная традиция доминирует и в наше время³⁴.

Ошибка шизофренологов, на наш взгляд, заключается в том, что критический пересмотр предложенного Блейлером понятия шизофрении всегда должен начинаться с аутизма: новый взгляд на *dementia graecox* не мог возникнуть за счет простого расширения психопатологического опыта. Невнимание к проблеме аутизма, свойственное и современной психопатологии, привело к тому, что в завуалированном виде она теперь присутствует всюду, где речь идет об эндогенных психозах – от глоссариев и руководств до историй болезни и амбулаторных карт.

Наивно полагать, что «живучесть» термина *аутизм* объясняется лишь тем, что, возникнув в творческой лаборатории ученого, понятие аутизма было «приплюсовано» к *dementia graecox*. На наш взгляд, Блейлер предпринял осознанный шаг, направленный на коррекцию не получившей подтверждения идеи об обязательном раннем слабоумии и в известном смысле спасший систематику Кальбаума-Крепелина, а также естественнонаучный подход в целом. Именно на эту поправку и был рассчитан социальный заказ психиатрического сообщества, о котором говорилось выше. Может быть, благодаря указанной заслуге автора трактат «Аутистическое мышление» прожил почти сто лет, переиздавался, переводился на другие языки, не испытывав критического пересмотра.

Итак, если говорить об общей тенденции, то она была такова, что вслед за кратковременным увлечением феноменом аутизма, современники и ближайшие последователи Блейлера все меньше внимания стали уделять аутистическому мышлению и больше – фактору аутизации у больных шизофренией. А само это свойство, аутизация, постепенно уходило на периферию клинических разборов, приобретая разряд банального признака эндогенного психоза.

В наше время работ, посвященных данной проблеме, крайне мало. Среди прочих можно сослаться на докторскую диссертацию Г. Т. Красильникова (*Красильников*) – одну из немногих современных работ, где феномен аутизма рассматривается именно в блейлеровском значении. Автор представляет результаты своих многолетних разработок с использованием современных техник исследования психических особенностей душевнобольных. Особенность подхода заключается в том, что диссертант развивает понятия об аутистическом мышлении (быть может, впервые за много лет) и аутизма, принимая все, что описал Блейлер. Он также рассматривает оба этих понятия в рамках шизофрении, точнее – шизофренического дефекта.

Автор твердо стоит на классических клинических позициях в трактовке понятия шизофрении, включая форму и течение болезни, опираясь на ее процессуальное видение. Он пишет: исследовалось «...наличие в клинической картине симптомов, признанных в качестве диагностических критериев шизофрении Е. Kraepelin (1913), Е. Bleuler (1911, 1912), К. Schneider

³⁴ Так называемые нью-йоркская и британская концепции шизофрении, по Дж. Е. Куперу, совпадают с расширенным толкованием Блейлера и сужением, введенным К. Шнайдером (*Кискер, Файберг и др.*, с.361).

(1971), использовалась систематика по формам течения А. В. Снежневского (1969) в адаптированном по МКБ-9 виде» (*Красильников*, с. 9–10). Работа в целом, исключая применение современных патопсихологических и других параклинических методик, принадлежит довоенной эпохе.

Однако есть фраза, которая гораздо больше передает современное отношение к проблеме аутизма, чем то, что декларирует автор. «Рассмотрение аутизма, – пишет Г. Н. Красильников, – исключительно в качестве нарушения социальной коммуникации привело к сближению аутистических расстройств с неконтактностью при бредовой недоступности (Н. Buerger-Prinz, E. Schorsch), при апато-абулических и ступорозных состояниях (З. П. Гуревич), а также у депрессивных (Н. Kranz) и даже маниакальных (J. Glatzel) больных» (*Красильников*, с. 4). Здесь совершенно очевидно, что из производящего признака аутизм превратился в производный, из глобального в банальный.

Картина разработок проблемы аутизма может оказаться неполной, если не упомянуть один артефакт в истории психиатрии. Группа детских психиатров – сначала Л. Каннер (*Kanner*), затем Г. Аспергер (*Asperger*) – во всеуслышание заявила о своем отношении к этому понятию³⁵. Именно представители детской психиатрии, описав аутизм как *самостоятельную* полиэтиологическую болезнь, не родственную эндогенным психозам патологию, сумели радикально отделить его от шизофрении и сделать приложимым к другим, в том числе и органическим расстройствам³⁶. При этом исследователи раннего детского аутизма прагматически отказались от понятия аутистического мышления, оставив за рассматриваемым феноменом лишь функцию нарушения контактов пациента с внешним миром.

Это был самый выдающийся шаг после О. Блейлера. Во-первых, аутизм интерпретировался вне поля блейлеровских спекуляций и обозначал самое ценное в его подходе – нарушение контактов больного (в данном случае ребенка) с внешним миром. Во-вторых, отмечалось, что он может присутствовать на другой патофизиологической и патопсихологической почве, не связанной с шизофренией. Исследователи раннего аутизма не только методологически были корректны, но они описали и реальные расстройства, о которых не было известно психиатрическому миру. В этих блестящих описаниях и был скрыт последующий успех данного направления. Достаточно отметить, что все послевоенные исследования проблемы – доклады на форумах, печатная или иная информация – касались именно детского аутизма. Тем не менее аутизм Каннера остается одной из наиболее трудных проблем детской психопатологии. Показательны нашедшие отражение в литературе 1) категориальная неопределенность этого явления в системе общей и частной психопатологии (симптом? синдром? самостоятельное заболевание?); 2) терминологические трудности и разногласия; 3) обилие возникающих в ходе поиска разнообразнейших представлений о клинической сущности и этиопатогенезе болезни (см.: *Каган*, 1994).

Полиморфность понятия создавала трудности квалификации феномена отчуждения, и Л. Каннер, а за ним остальные, повторили методологическую ошибку своего предшественника, ища сумму этиологий в детстве, в детской психопатологии. Существуют признаки того, что это движение медленно заходит в тупик. Достаточно отметить следующий парадокс: если раньше аутизм интерпретировался как один из симптомов шизофрении, то в рамках детской психи-

³⁵ В 1938 г. Л. Каннер обратил внимание на детей, в клинической картине заболевания которых ведущим расстройством был аутизм. В 1943 г. он обобщил свои наблюдения в специальной статье. В дальнейшем Л. Каннер в качестве критериев для выделения синдромов раннего детского аутизма предложил, во-первых, самоизоляцию и неспособность к установлению контактов с людьми, а во-вторых, – однообразное поведение с элементами одержимости.

³⁶ С. С. Мнухин, А. Ван Кревелен, М. Раттер «сформулировали принципиальное положение о детском аутизме, как синдроме детской психопатологии, отличающейся от оригинальной концепции О. Блейлера в традиционном ее понимании» (*Каган*, 1976, с.62).

атрии уже шизофрения или другие нозологические группы определяют данное явление как болезнь (Каган, 1976).

Несмотря на то, что в настоящее время под аутизмом подразумевают именно детскую самоизоляцию (особенно в англоязычной литературе), прагматический подход к проблеме, радикально очистив данное понятие от всего лишнего, утратил, быть может, главное в «романтической» интерпретации болезненного одиночества.

Блейлеру и его последователям достаточно было сделать один шаг – отказаться от жесткой привязанности аутизма к *dementia praecox*, учесть присутствие данного фактора при других психических и соматических расстройствах, чтобы создать новую теорию. Он впервые стоял на пути создания *метанауки* – вот почему его версия аутизма не совпадает с общеизвестными понятиями: симптом, синдром, болезнь. Его метатеория о патологической форме одиночества как пограничного явления могла стать долгожданным связующим звеном между соматической и психической медициной, внешнего и внутреннего мира больного. Ибо не только нарушения связи с внешним миром, но и собственным телесным «я» приводят человека к аутизации. Поэтому данное явление – исходное, базисное, а не вторичное, производное от других психических расстройств. Блейлер был близок к определению предмета психопатологии почти так же, как Фрейд – психологии.

Его теория могла бы обусловить новую деонтологию, направить поиск на разработку емких диагностических принципов, эффективных способов сомато- и психотерапии. Наконец, вопрос многовековой давности: что мы лечим – человека или болезнь? – также нашел бы свое развитие. Ибо только фактор аутизации может охватить всю патологию личности. Величайшая заслуга Блейлера, оставшаяся непревзойденной в классике психиатрии, заключена именно в том, что он сумел утвердить в психопатологии столь объемное гуманитарное понятие. В этом плане мы считаем себя последователями Блейлера, потому что стремимся лечить не психопатологические симптомы или синдромы, хотя и тщательно отслеживаем их, но аутизм, болезненное одиночество наших пациентов. Но для этого надо было использовать категорию *диалогического мышления*, которая во времена Блейлера еще отсутствовала. Работа М. Бубера «Я и ты» вышла в свет в 1922 г., а имя М. М. Бахтина стало известным на западе лишь в конце 1960-х годов прошлого века. «Психиатрия останется навсегда благодарной Блейлеру за тот огромный материал, который он для нее сделал доступным. Но он также поставил перед психиатрией и крайне сложную задачу – воздвигнуть из этого материала здание» (Бинсвангер, 1992а, с. 131).

Гуманитарное знание во времена Блейлера свернуло в сторону прагматизма и мистики, не позволив раннему прозрению ученого совершить поворот в медицинской науке. К нему были готовы и Ясперс, и Кронфельд, и Лакан, и Бинсвангер и многие другие. Такой поворот немислим и в обозримом будущем. Однако мы говорим здесь о лейтмотиве практического врача, а не об уже реализованных знаниях. Развитие проблем аутизма могло бы открыть широкий доступ концептуальной психотерапии, комплексному лечению психозов.

2.2. Одиночество и концептуальная психотерапия

Мы часто употребляем слово «психотерапия», не вникая в смысл самого этого понятия. Оно предполагает воздействие на психическую и соматическую патологию, буквально, на душу человека вообще психическим же фактором. Этот термин стал общепотребительным в связи с развитием гипнотерапии (Психотерапевтическая энциклопедия, с. 656). И в наше время, разрабатывая новые идеи, мы не всегда осознаем, что многим обязаны суггестивной технике лечения пациентов. Разновидностей психотерапии немало. Порой они основаны на диаметрально противоположных принципах, используют разные психологические концепции человека, специфические формы воздействия и приемы. Школы и направления представлены профессиональными объединениями, нередко напоминающими религиозные и политические движения, каждое со своим выраженным лидером, «как секты, группирующиеся вокруг обожествленных учителей» (Ясперс, с. 976)³⁷. Практический врач-психиатр и представления не имеет о специфике этих школ и разделяющих их отличиях.

Попытки систематического изложения существующих методов психотерапии (В. Я. Гиндикин, Б. Д. Карвасарский, А. С. Сосланд, J. W. Aleksandrowicz, K. Grawe, L. R. Wolberg и др.) не менее спорны и сложны, чем их реальное содержание, они сами нуждаются в упрощении, так как обзор всего многообразия приемов и техник лечения (более 500) необходим каждому практическому врачу, как знание фармакологии современных ему психотропных препаратов – и тех, которыми он пользуется, и тех, которые он не рекомендует принимать. Поэтому целесообразно вернуться к существующему в практической психиатрии представлению о двух тенденциях в развитии психотерапевтической методологии – клинической и психоаналитической³⁸.

Клиническое направление избегает концептуализации терапевтического процесса, пытаясь воздействовать на патологическое начало самой техникой лечения больного (суггестивная психотерапия, концепции гуманистического направления, аутогенная тренировка, терапия творчеством и др.) или его носителем (рациональная, поведенческая, когнитивная, рационально-эмоциональная психотерапии и др.), психоаналитическая же, напротив, ориентирована на строго определенный концепт – ключ к разгадке жалоб и состояния пациента. В лечебном плане они соответствуют двум древним традициям в медицине – регенерации (вакцинации, иммунизации) и очищению (извлечению, удалению); т. е. терапии и хирургии³⁹. По первой

³⁷ Ясперс считал это явление этапом на пути к объективной науке: «Психотерапия нуждается в вере как основе, но сама она веры не создает. Поэтому психотерапевт, желающий стать терапевтом в истинном смысле, должен, во-первых, быть открыт настоящей вере, принимать и утверждать ее; во-вторых, он должен противодействовать неизбежной (о чем свидетельствует опыт) склонности превращать психотерапию в мировоззренческую доктрину, а кружок, в который входят сам психотерапевт, его ученики и пациенты, – в общность, аналогичную религиозной секте» (Ясперс, с. 976). Сегодня становится ясно, что это явление более фундаментально, чем думал Ясперс, и будет присутствовать всегда, так как результаты достигаются во многом благодаря нравственным усилиям врачей-психотерапевтов, создающих особую атмосферу вокруг пациента. Тем более что психотерапевт имеет дело с представителями разных конфессий, нередко с атеистами. Однако подобная критика формы организации психотерапевтической помощи действует и в наше время. На наш взгляд, ничего экстраординарного тут нет – достаточно посмотреть на всю остальную медицину. Уместно вспомнить и определение Г. Майера: «Вера есть сознание значимости, но такое, которое основывается не на познавательных данных, но на самовнушении» (Майер, с. 126).

³⁸ Точнее было бы сказать одна – клиническая. Мы не видим у Фрейда и его последователей отхода от клиники, это отход от систематики Крепелина. Сам Крепелин выдвижением идеи о регистрах косвенно признал неполноценность своего учения. В дальнейшем он в значительной мере согласился с критикой Ясперса. В статье «Формы проявления сумасшествия» он признавал, что его классификация родилась под влиянием успехов микробиологии.

³⁹ Разумеется, в каждой хирургии есть доля терапии (стерильность, органосберегающие операции, послеоперационный период) и наоборот (процедуры очищения, кровопускание, изгнания инфекции). Предлагаемый нами способ систематизации проводится в духе позднего Юнга, который в одном из своих докладов расположил различные школы психотерапии в два ряда с использованием антиномии общего и индивидуального, а затем хотел «примирить» их, опираясь на диалектический метод (Юнг, с. 272–274).

версии необходимо восстановить нарушенный баланс, гармонию, по второй – найти и ликвидировать болезнетворное начало. «Благотворная процедура – пишет Р. Жирар, – все время строится по образцу отраженного вторжения, изгнания пагубного пришельца» (*Жирар*, с. 352). Мы видим, что для антрополога, исследующего архаические корни медицинских представлений, эти две традиции соединены в одну общую, клиническую, и в этой истине заключается, на наш взгляд, будущее психотерапии.

Следуя вышеуказанному стандарту, формируются все новые и новые подходы, школы, системы идей, ритуалов в психотерапии. Гораздо меньше внимания уделяется методологической стороне вопроса, попыткам усовершенствовать оппонируемую концепцию, – она отвергается существенно или целиком, а психиатрическому сообществу предлагается новая. «Мечтой каждого честолобивого психотерапевта, – замечает К. Шкода, – является создание нового, необычного приема, внесение своего оригинального вклада в историю психотерапии» (Психотерапевтическая энциклопедия, с. 249)⁴⁰. Однако существуют и интегративные тенденции в психотерапии, начало которым положил создатель структурного психоанализа Ж. Лакан – он всегда ощущал, что говорит о том, о чем не успел сказать Фрейд.

Интегративные процессы могут быть успешными не только в направлении сближения идей или приемов, но и в понимании того, что мы лечим, в единстве предмета психотерапии. В противном случае неизвестно, как сопоставлять конкретные результаты психотерапии, которые означают не только достижение «нормы», но и преодоление болезни. К сожалению, МКД-10, где произошла лингвистическая подмена устоявшихся терминов (коды неврозов и шизофрении), по многим признакам не способствует такому единению (Психические расстройства и расстройства поведения, F13.2, F40, F41, F42, F43.2, F44, F45.2, F45.3, F48.0).

Создатели этой классификации не учли того факта, что многие психиатрические термины давно ассимилированы и автономно существуют в цивилизованных языках. Было бы большим благом, например, в условиях гипердиагностики отказаться от употребления термина шизофрения, но тогда мы потеряем известный всем клинический уровень познания. На этом фоне негативная характеристика невроза, данная Э. Беккером и поддержанная Американской ассоциацией психиатров как «неудачная попытка неуклюжей лжи о действительности», выглядит недостаточно убедительной (*Ребер*, с. 496). Авторы новой классификации должны, на наш взгляд, более корректно относиться к явлению «семантической инерции», чтобы избежать еще большего хаоса смыслов и содержаний в нашей области и не попасть в лоно обыденного языка с его многозначностью и вероятностной природой⁴¹.

Создаваемые методы психотерапии возникают на базе старой феноменологии, они не строятся на новых наблюдениях, описаниях новых свойств нарушенной психики. Определение отдельных симптомов, собранных в глоссариях клинической психиатрии, не вызывает у авторов сомнения и разночтений. Общим свойством этих психотерапевтических систем является нацеленность на интерпретацию симптомов (сигналов) болезни, а не на их психическую же причину. Это заблуждение коренится в учении о психогениях. «Понятие психогенных заболеваний в более тесном крепелиновском смысле обнимает все психозы, где психические влияния представляют *не только повод, но и причину* и в которых содержание и течение зависят от рода психического воздействия, так что клиническая картина дает возможность делать выводы относительно характера психических причин» (*Блейлер*, 1920, с. 406).

⁴⁰ Об этом же в развернутой форме пишет А. Сосланд (*Сосланд*, с. 12–54). Однако заметим, что, развивая тему, можно прийти к общему месту, ибо мечтой каждого творческого человека (ученого, артиста, конструктора), а не только психотерапевта, является опровержение старого и создание чего-то нового.

⁴¹ Врачи охраняют здоровье, а не язык, а то может возникнуть ложное впечатление, что представители других областей знания когда-то поверили Фрейду (либидо, невроз), Блейлеру (аутизм, шизофрения), Юнгу (комплексы, архетипы) и были обмануты ими. В позиции создателей МКД-10 ничего нового нет – это представители ортодоксального направления, проводящие своеобразную реанимацию процессуальной интерпретации психических расстройств, имеющую сторонников во всем мире.

Феноменология травмированной (или иной) психики не фиксируется и не определяется, а на первый план выводится уже ее опосредованная, преобразованная пациентом форма. Значит, мысль исследователя-врача ретроспективна, она подчинена основному мотиву заболевания пациента, его версии о происхождении болезни. «Ведь и ранее, – точно подмечает Бинсвангер, – одна из областей психопатологии была занята тем, что описывала болезненные душевные явления так, как нам изображают больные, или так, как мы могли бы изобразить их сами на основе указаний больных, по возможности не теоретизируя» (Бинсвангер, 1992а, с. 125).

Восприятие травмирующего впечатления и его трансформация в невротические симптомокомплексы само является патологическим и производящим. Оно имеет свою пластику, свое психофизическое содержание и не во всем совпадает с тезисом о конституциональной предрасположенности, органической почве и т. п. «Но надо твердо помнить, – писал уже в другом, верном для нас, ключе Кребелин, – что особый характер душевной переработки переживаемых событий в этих случаях сам по себе уже является болезненным» (Кребелин, т. I, с. 91).

Мы утверждаем, что реакция на любое насильственное воздействие (внутреннее и внешнее) проявляется в форме отчуждения травмированной личности – эмоционального, интеллектуального, физического. И уже в отсутствие полноценной связи с внешним миром при мощном движении в сторону восстановления прерванного диалога пациент испытывает мучительные переживания невротического или психотического свойства. Происходит некая реакция компенсации (по Эвальду), «использование всей совокупности возможностей личности» (Ясперс, с. 482). Как субстанция и ее атрибуты патологическое отчуждение и симптомы болезни (перманентно меняющиеся свойства и состояния) существуют в одном временном срезе, «здесь и теперь», а не «там и теперь», как в психоанализе. Приведем фрагмент истории пациента А. Д. с диагнозом шизофрения параноидная в форме самоотчета, написанного им после излечения.

1987 год. Я слышал гул самолета, хотя двигатели не были включены. Я ожидал напряженно, беспокойно. Каждая секунда вбивалась в мой мозг. В этом было нечто неестественное. Почему люди вокруг не беспокоятся? Почему некоторые пассажиры смотрели на меня с удивлением, другие с неприкрытой иронией? Один пассажир умудрился испытать ко мне омерзение. Неужели они видят меня, пустого, без чувств и мыслей? Отсутствие эмоций на моем лице не мешало им видеть мою сущность. Я изо всех сил старался сделать вид, что это неправда, что этого я не вижу. Но видеть это не значит не быть в этом мире. Кого я пытался обмануть? Тех, которые не только видят, но живут? А себя? Как можно обмануть себя, когда это очевидно? Оставалось ждать. Время мучило меня, оно как бы застыло. Казалось, ничто на свете не заставит его сдвинуть с места. Рев самолета становился невыносимым. Он напоминал мне, что это реальный мир, где время остановилось на самом деле. Что же будет? Ведь находиться в разных мирах невозможно. То, что происходило, было фатально и неизбежно. Времени не было, его просто не существовало, а самолет летел. Мне до боли не хватало реальности. Мне надо было иметь хоть кусок реальности, чтобы зацепиться, чтобы утихла боль. Но реальность улетучилась вместе со временем. Надеяться на чудо было глупо. Мир реальный и такой красивый уже не существует! Почему то, что мы ищем, оказывается таким тусклым и холодным. Таким же пустым, тусклым, холодным и страшным оказался город, где приземлился самолет. Оказалось, что мысли лишены языка, что ты можешь думать на каком угодно языке, а тебя поймут все равно. Это было еще страшнее, потому что рушились все бастионы надежды. Скрыться было некуда. Все люди планеты говорят на одном и том же языке, то есть никак. Слова нужны для тех, кто ничего не знает, для тех, кто вне этого мира. Слепой прозрел, и что же дальше? Слова могут

быть пустыми, легкими, бессмысленными, если их произносит призрак. Какой смысл говорить, если тебя нет? Какой смысл искать реальность, когда ты мертв? Надо было ждать. Чего ждать, я не знал. Можно было попытаться хотя бы сопротивляться, противопоставить «себя» этому миру. Но меня больше не существовало, а мой мир был уничтожен. Конечно, когда я понял, что я мертв духовно и морально, что человек по имени «я» больше не существует, я хотел покончить и с телом. Я был в холодном космосе, обреченный вечно барахтаться между безжизненными планетами и не знать, где это начинается и где это кончится. Но ведь я не в космосе. Я на земле. Вокруг люди, те же, что и раньше. Те же города, строения, те же реки, те же озера, улицы и деревья, птицы и дожди. Но это было не настоящее, это были декорации. Мир, к которому я так трепетно относился, был декорацией или просто игрой. Но игра эта показалась мне чересчур серьезной.

Хотя в самоописании дебюта психического заболевания у А. Д. можно заметить зачатки бредовых и галлюцинаторных переживаний, на первое место выходит аутизм в форме грубого нарушения внутреннего и внешнего диалога с деперсонализацией и дереализацией. Заметим, что творческая активность пациента, весь его интеллектуальный ресурс направлен только на одно – восстановление нарушенного диалога, поисков «кусочка реальности», чтобы «зацепиться» за него. Однако это ему не удалось и качество его жизни кардинально изменилось.

Уже на следующий день после прибытия в Петербург пациент решил найти виновника своей беды, «руководителя» и наказать его. Метался по улицам города, пока на помощь не пришел чей-то «голос» внутри головы и не указал ему на женщину-милиционера, стоявшей на одном из перекрестков. Он решительно подошел к ней, потребовал объяснений и ударил ее. Был осужден и направлен на принудительное лечение. Точно также Т. Н., которую обманом завел к себе и изнасиловал случайный прохожий, продолжала искать виновника своего отчуждения и решила «судить», вернулась в общежитие, где сама жила, ударила пожилую дежурную и была госпитализирована. К. А. долго искал своего мучителя, пока «голос» не дал ему точный адрес и имя. Когда он позвонил в дверь квартиры, и ему сказали, что человек с этим именем пятилетний ребенок, он потребовал предоставить его для «суда». Был жестоко избит отцом мальчика в подъезде, а затем госпитализирован в психиатрический стационар. Любопытно, что все эти пациенты после лечения в нашем институте однажды встретились, шутливо обсуждали начало своей болезни, легко понимали друг друга и нашли полное сходство состояний, испытанных ими в разное время.

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.