

КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

Кафедра медицинской психологии,
психиатрии и психотерапии

В.В. Соложенкин

**ИЗБРАННЫЕ ЛЕКЦИИ ПО ПСИХИАТРИИ
С ЭЛЕМЕНТАМИ ПСИХОТЕРАПИИ**

Учебное пособие

*Допущено Министерством образования
и науки Кыргызской Республики
в качестве учебного пособия для студентов,
преподавателей, семейных врачей*

Бишкек 2011

УДК 616.89
ББК 56.14
С 60

Рецензенты:

В.И. Тен, канд. мед. наук, доцент кафедры медицинской психологии, психиатрии и психотерапии;

А.С. Ким, канд. мед. наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии КГМА

Редколлегия:

А.Г. Зарифьян, профессор, декан медицинского факультета КРСУ;
Т.А. Нелюбова, канд. мед. наук, доцент кафедры психологии, психиатрии и психотерапии;

А. Кубатиев, писатель

Рекомендовано к изданию Ученым советом КРСУ.

Соложенкин В.В.

С 60 ИЗБРАННЫЕ ЛЕКЦИИ ПО ПСИХИАТРИИ С ЭЛЕМЕНТАМИ ПСИХОТЕРАПИИ: Учебное пособие. Бишкек: Изд-во КРСУ, 2008. 318 с.

ISBN 978-9967-05-683-1

В настоящем издании излагаются основные разделы психиатрии с психотерапевтических позиций. При этом акцент ставится на тех психических расстройствах, знание которых требуется не столько специалисту-психиатру или психотерапевту, сколько врачам общей практики.

Основное внимание уделено депрессиям, возрастным нарушениям психики, соматоформным расстройствам, а также социальной стороне вопроса, а именно стигматизации и дестигматизации людей, страдающих расстройствами психики, что очень важно в свете реформ в психиатрии, осуществляемых сегодня как в Кыргызстане, так и на всем постсоветском пространстве.

Книга представляет большую ценность не только для студентов медицинских вузов, клинических ординаторов, врачей, но и для людей, интересующихся различными аспектами психического здоровья и психологической адаптации человека.

С 4108110000-10
ISBN 978-9967-05-683-1

УДК 616.89
ББК 56.14

© КРСУ, 2010

ПРЕДИСЛОВИЕ

Книга, которую вы держите в руках, несомненно, принесёт высокую пользу. Она создана человеком, оставившим после себя много больше, чем даже сознавал он сам. А рассказывает она о переменах, которые обязан воспринять каждый врач нового времени, которые во многом произошли благодаря автору этой работы.

Валерий Владимирович Соложенкин обладал редким сочетанием качеств: блестящий врач-практик, талантливый ученый-исследователь и создатель школы, терпеливый и настойчивый учитель, педантичный и масштабный организатор. Его собственная карьера врача стала не просто пересаживанием на освободившиеся кресла: в ней было много такого, что менее стойкого человека сломало бы или сделало банальным исполнителем. Да и само слово «карьера» не совсем применимо к истории его жизни; речь, скорее, о нескончаемом труде, об упорном саморазвитии, о дарении тысячам людей своей личности человека и врача.

Валерий Владимирович был создан «по чертежу» больших людей эпохи Возрождения. Быть универсально культурным, жадно интересоваться жизнью за пределами лечебного учреждения, видеть в происходящем с пациентами отражение более широких, сложных и нелёгких процессов развития мира и одновременно сознавать всю глубину и сложность самого человека, его способность откликаться на эти перемены, переживать их или страдать от них. Таким он остался в памяти всех знавших и, без сомнения, любивших его.

Он не был лёгким или беспечным, хотя не раз становился «душой общества» или блестящим украшением компаний. И всё же обаяние его имело иное свойство – оно требовало для своей оценки такого же немалого труда, на какой был способен он сам, оценивая других. Доктор Соложенкин не завоёвывал людей – он привлек их, всерьёз и надолго. Он помнил и уважал своих родителей, был счастливым и любящим отцом и мужем, хранил преданность и верность своим наставникам, учил тому же студентов.

Ему досталось отличное чувство юмора, он был прекрасным рассказчиком с несомненным даром слова, и дар большого лектора ощутим в этой книге, которая, в отличие от других, написанных им, была именно рассказана. У него всегда имел место дефицит свободного времени, и всё, на что удалось тогда его уговорить, – надиктовать эту книгу, которой он уже не увидит.

Её ждали, ей обрадуются, она не будет сиротливо стоять на полках, из неё можно узнать многое и многому научиться. Жаль, что к изданию и печати готовили её другие. Какой она получилась – судить читателям, молодым коллегам и более опытным профессионалам, только начинающим осваивать те изменения в современной науке и первичной работе с людьми, обращающимися за медицинской помощью, которые неизбежны сегодня. Возможно, успеет доктор Соложенкин проработать её, она была бы чуть иной, может, богаче, подробней или, наоборот, суше и строже. Теперь уже не узнать. Но сделано все, чтобы сохранить богатство и силу слова автора, последовательность и системность его мысли.

Несомненно одно: эта книга, как и другие его работы, никогда не потеряет одно редкое (даже для профессионального медика) свойство, которым Валерий Владимирович Соложенкин был одарен в высшей степени, – деятельное, строгое, но стойкое и высокое сострадание и уважение к людям, нуждающимся в его даре и мастерстве. Эти качества он сумел передать многим своим ученикам, которые, в свою очередь, обязаны в память о нём воспитать их в следующих поколениях молодых врачей.

Родные, друзья и коллеги профессора В.В. Соложенкина искренне благодарны Всемирной психиатрической ассоциации, организации «Женевские инициативы в психиатрии» и Кыргызско-Российскому Славянскому университету, без помощи и участия которых появление этой книги не было бы таким своевременным и успешным.

Алан Кубатиев, писатель

ПАМЯТИ УДИВИТЕЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА

4 апреля 2006 года общественность Кыргызстана понесла тяжелейшую утрату. После непродолжительной болезни на 68-м году жизни скончался автор предлагаемых вашему вниманию лекций, выдающийся ученый-психиатр, президент Кыргызской психиатрической ассоциации и Кыргызской противоэпилептической лиги, заведующий кафедрами психиатрии и медицинской психологии КГМА и КРСУ, доктор медицинских наук, профессор Валерий Владимирович Соложенкин.

Вся яркая, насыщенная добрыми делами жизнь и деятельность этого незаурядного человека была неразрывно связана с нашей страной. Окончив в 1962 году Киргизский государственный медицинский институт, молодой доктор сделал свои первые шаги на профессиональном поприще сначала в спецбольнице села Чым-Коргон, а затем в Республиканском психоневрологическом диспансере.

В дальнейшем его приглашают на кафедру психиатрии КГМИ, которой в ту пору заведовал известный профессор Николай Витальевич Канторович. Будучи достойным и талантливым учеником, Валерий Соложенкин со временем не только принял эстафету от своего наставника, но и создал собственную научно-психиатрическую школу, заслужившую мировое признание.

В конце 70-х доктор Соложенкин открывает новое направление – исследование механизмов психической адаптации человека, вылившееся в оригинальное учение о личностно-средовом взаимодействии (ЛСВ). После же обретения Кыргызстаном независимости в круг забот ученого вошли проблемы реформирования службы психиатрического здоровья не только в нашей республике, но и во всем Центральноазиатском регионе, он занимается вопросами психотерапии, социальной психиатрии и др.

Не случайно именно В.В. Соложенкин еще в 1995 году стал членом организации «Женевские инициативы в психиатрии» и комитета Всемирной психиатрической ассоциации по странам Центральной Азии.

Тысячам душевнобольных пациентов Валерий Владимирович запомнится как врач от Бога, студентам же, клиническим ординаторам, аспирантам и практическим врачам – как замечательный лектор, аналитик, мыслитель!

Считаю своим товарищеским долгом особо отметить, что он горячо поддержал идею открытия медицинского факультета в Кыргызско-Российском Славянском университете, совместно с покойным доцентом Александром Анатольевичем Арбузовым и автором этих строк вынашивал концепцию создания этого подразделения, ядром которой стала разработка цикла медико-психологических дисциплин, органично вошедшего в наши учебные планы.

В.В. Соложенкин был неустанным исследователем, обожающим свою психиатрическую науку. Под его руководством было защищено 15 кандидатских работ. Из-под пера ученого вышло более 200 публикаций, в том числе первый в СНГ учебник по психологическим основам врачебной деятельности.

Всех, кто имел счастье общаться с Валерием Владимировичем, восхищали неординарность его суждений, редкостная самоирония, врожденное благородство и утонченность. Высочайший профессионализм профессора был признан коллегами не только в Кыргызстане, странах СНГ, но и в мировых центрах психиатрической науки.

Мы, его друзья и коллеги, с искренней гордостью воспринимали и назначение Валерия Владимировича главным психотерапевтом Минздрава КР, и его почетное членство в Академии интегративной антропологии, и вручение ему Гран-при Международного научного конкурса в г. Москве, и получение награды за выдающиеся достижения в области психиатрии, присужденной в Кембридже, и почетный знак «Великие умы 21 века» Американского биографического института, и высокое звание «Заслуженный врач Кыргызской Республики».

Когда умирает человек, вместе с ним уходит целый мир. Больно сознавать, что с кончиной доктора В.В. Соложенкина мы потеряли Вселенную!

Но как же все-таки нам повезло, что в этой краткой жизни посчастливилось общаться, дружить и работать с таким удивительным Человеком! Человеком, которому я не раз посвящал дружеские строки, в том числе поэтические.

*Валерию Соложенкину, коллеге и другу,
выдающемуся ученому-психиатру, чей
учебник «Психологические основы
врачебной деятельности» вызвал во мне
сей поэтический отклик*

Мы живем,
 глазенками вращая
И картину Мира
 упрощая,
Низводя
 до примитивной схемы
Все его
 извечные проблемы,
А когда
 является нам Тот,
Чья душа и разум
 восстаёт
Против упрощения
 такого,
Кто своим Умом,
 Поступком, Словом
Рушит
 наши жалкие труды,
Мы его спешим
 на все лады
Осудить,
 охаять, уничтожить,
Ибо схема жизни
 нам дороже,
Ближе и важней,
 чем Жизнь сама!
Так, нередко
 узнику
 тюрьма
Кажется
 надежней и родней
Воли,
 притаившейся за ней.

Август 1997 г.

На мой взгляд, лучшей памятью Валерию Владимировичу будут служить не посмертные эпитафии и панегирики, а продолжение и дальнейшее развитие его неординарных научных идей, верность присущим ему нравственным принципам, ежегодное проведение республиканских психиатрических чтений его имени, а также как можно более полное издание тех уникальных трудов, которые он, к сожалению, не успел самолично подарить читательской аудитории.

Будем же рассматривать выход в свет этих лекций как один из первых шагов на тропе Памяти. Полезного и приятного Вам общения с новой книгой и её замечательным автором!

*Анэс Зарифьян, профессор,
декан медицинского факультета
Кыргызско-Российского Славянского университета,
поэт, бард, заслуженный деятель культуры Кыргызстана*

Лекции 1–2. ВВЕДЕНИЕ В ПРЕДМЕТ ПСИХИАТРИИ, ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЕЕ МЕСТА В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. РЕФОРМЫ В ПСИХИАТРИИ. СТИГМАТИЗАЦИЯ И ДЕСТИГМАТИЗАЦИЯ

Почему возникла необходимость создания этой книги? Я являюсь преподавателем уже больше 30 лет. Кафедра, которой я руковожу, всегда отличалась ответственным отношением большинства преподавателей к своей работе. Были в её истории периоды больших успехов, случались спады, но не могу сказать, что преподавательская деятельность когда-либо оказывалась в тени. Коллеги старались.

Сам я читаю лекции с 1965 года. Начал их читать еще будучи юным аспирантом, но, тем не менее, до сегодняшнего дня перед каждой лекцией испытываю напряжение, внутреннее волнение. Иногда после лекции испытываю удовольствие и довольство собой, а подчас – откровенное разочарование. Это говорит о том, что никому из нас, преподавателей кафедры психиатрии, отнюдь не безразличен процесс преподавания.

Добавлю, что в течение многих лет мне довелось трудиться в большой соматической клинике, в Национальном центре кардиологии и терапии, где моими коллегами были высокопрофессиональные специалисты, которые превосходно разбирались не только в кардиологии, но и вообще в терапии, имели серьезные суждения в вопросах дифференциальной диагностики соматических болезней. Они хорошо ориентировались и в других разделах медицины, но как только вопрос касался каких-либо проблем психического состояния их пациентов, я слышал фразы: «У него навязчивые мысли» или «У него там что-то ипохондрическое».

Мне приходилось консультировать в самых разных больницах. К примеру, долгие годы я был консультантом большой городской больницы, где встречал то же самое, и невольно задавал себе горький вопрос: «Почему студент, пусть не очень сильный, выйдя из стен медицинского института, все же имеет какие-то об-

щие представления о тех же антибиотиках? Иногда эти представления могут приводить к грубым ошибкам, но все-таки он знает эту группу препаратов. Он имеет понятие об “остром животе”. При этом выпускник может не знать всех тонкостей диагностики “острого живота”, однако способен диагностировать это состояние. И явно не станет произносить странных фраз, когда речь пойдет о диагностике бронхита».

Вы можете сказать: это понятно, ведь на терапию дается гораздо больше часов, чем на психиатрию, и естественно, что, как бы студент не относился к процессу образования, он автоматически получит знания по терапии. Но вспомним: на такие предметы, как отоларингология, глазные болезни и др., дается столько же часов, как и на психиатрию, тем не менее, представления студента о психических расстройствах всегда значительно слабее и эфемернее, чем о патологии в области внутренней (интернальной) медицины.

На протяжении последних 10–15 лет я все время задаю себе этот вопрос: «Что происходит? Почему мы работаем вхолостую?» Можно предположить, что, скажем, на нашей кафедре собрались не те коллеги, не самые лучшие преподаватели. Но как бы не отличались эти люди, они, тем не менее, пытаются, трудятся, ищут, переживают. А результат получается очень низкий. Уровень студенческих знаний выше у тех, кто, уже придя слушать психиатрию, как бы прикинул, что она станет его специальностью. Что же происходит с остальными студентами? Психиатрия преподается на 4–5 курсах, а к этому времени большинство молодых людей уже ориентировочно приняли решение, кем они будут, примерный круг возможных профессий уже очерчен. Если в этот круг не входит психиатрия, то тогда студент приходит к идее, что наш предмет к нему не будет иметь никакого отношения, что это – специальность для психиатрических стационаров, для «узких» психиатров. Звучит его идея так: «Раз я не собираюсь становиться психиатром, то ко мне это в будущем не будет иметь никакого отношения». Кроме того, на каждого из нас, согласитесь, очень большое влияние оказывает опыт нашего детства и нашей довузовской жизни. Когда-то, во время приема устных экзаменов, я начал сталкиваться с ответом на, казалось бы, очень простой вопрос: «Каковы действия врача при эпилептическом припадке, если это происходит не в условиях стационара, а, например, на

улице?» Многие говорили, что нужно найти булавку и пристегнуть язык больного к воротнику. На протяжении нескольких лет продолжалась эта история с «воротником». Каждый раз я интересовался у студентов: «Кто вам это сказал?» Отвечали: «Бабушка». На вопрос, что происходит во время припадков, они довольно прилично описывали: «Происходит сжатие мышц, трудно будет разжать рот, надо взять носовым платком язык и вытащить его из полости рта, чтобы он не запал». Это разумно, и эти сведения студент получил, уже учась в институте.

Вопрос: «Если это типичный приступ, то какова следующая фаза?» Ответ: «Следующая фаза – клонической судороги. Но во время данной фазы начнется движение челюсти и, как вы понимаете, если язык будет пристегнут, то произойдет его ампутация!» Мой самый первый в жизни пациент был как раз с эпилепсией. И он поступил в хирургическую клинику с ампутированным языком. Я тогда еще являлся студентом 5-го курса, участвовал в психиатрической кружке и там получил такого пациента. Нет, ему не пристегивали язык, но так случилось, что он разжевал его, в результате чего была произведена ампутация.

Таким образом, информация, полученная до поступления в вуз, имеет столь же большое значение, как и та, которую человек получает в институте.

А какую информацию он черпает до института, до изучения психиатрии? И тут возникает проблема, которая носит название «стигматизация». Это относительно новый термин. Стигматизация является одной из самых главных проблем современной социальной психиатрии и психиатрии в целом. Дословно она может быть переведена как выставление знака, клеймение (от «стигма» – клеймо). Готовясь к этой лекции, я прочитал несколько зарубежных статей по стигматизации, авторы которых пишут, что, просмотрев все учебные руководства Великобритании и планы университетов этой страны, они не обнаружили ни в одном из них раздела по стигматизации. Мне очень приятно, что мы, в Кыргызстане, говорим о стигматизации (хотя бы молодым психиатрам) уже несколько лет подряд, т.к. для нас это является весьма серьезной темой. В 2003 году в Гамбурге моя лекция, представленная от региона Восточной Европы, была посвящена стигматизации психических больных и называлась «Психиатрия в изоляции». И моя актовая речь, прочитанная два года назад, тоже была во

многом посвящена различным аспектам этой проблемы. Теперь проблема стигматизации становится частью студенческой учебной программы, что весьма отрадно.

Стигма определяется как признак пренебрежения или недоверия, которое отделяет одного человека от других. Стигматизируют не только больных. Это может происходить и по расовым признакам, и по признакам роста (например, карлики, люди маленького роста, получают стигму таким же образом, как и люди выше среднего роста, – по каким-то внешним признакам-дефектам). Стигма, по существу, это охрана большинства от меньшинств, которым приписываются некие опасные свойства. По-моему, стигматизация часто относится к бессознательному страху оказаться в той, «заклейменной», группе. Иначе говоря, если какая-то группа подвергается определенному пренебрежению, определенным ограничениям, определенным оскорблениям, то другие люди, не входящие в данную группу, стигматизируя её участников, испытывают страх, что они тоже могут оказаться там. Действительно, каждый человек может получить тяжелую травму, которая изуродует его лицо, и тогда он получит стигму уродства. В некоторых случаях специально уродовали детей, чтобы создать монстров, с помощью которых можно зарабатывать деньги. Вспомним «Собор Парижской Богоматери» и его главного героя Квазимодо, человека отвергнутого, стигматизированного своим уродством.

Одной из причин стигматизации психических больных является то, что люди испытывают бессознательный страх смерти. Все люди! Некоторые из них – осознанно, но бессознательный страх – все! Безумие, психическое расстройство – это, по существу, психическая смерть, иногда более тяжелая, чем физическая. Часто я слышу от больных, имеющих страх получить инсульт, такую фразу: «Я боюсь не того, что со мной случится инсульт, а того, что доведется приносить страдания своим близким, т.к. им придется ухаживать за мной». «Но самое страшное, – говорит пациент, – что я не смогу даже понимать, в каком состоянии нахожусь, я потеряю свой рассудок, свою память. Это для меня самое страшное!». Вот вам совершенно прямой и ясный пример того, как люди испытывают страх утраты памяти, или безумия. Очень часто одним из симптомов страха бывает боязнь сойти с ума. Нередко в истоках стигматизации лежит и этот бессознательный компонент. Поэтому полностью преодолеть стигматизацию пси-

хически больных, т.е. изжить её как явление, возможно, не удастся никогда, но можно уменьшить уровень стигматизации. Здесь следует выделить несколько групп, которые должны и вправе активно участвовать в дестигматизации психических больных и психических расстройств. Это, прежде всего, врачи-психиатры, которые обязаны создавать специальные образовательные программы в помощь другим коллегам и населению для преодоления стигматизации. Они сами, своей работой, своим подходом, всей своей деятельностью, должны способствовать дестигматизации.

Невольно вспоминаются связанные с этим примеры из собственного врачебного опыта. Есть у меня одна коллега, любимым занятием которой всегда было выставление диагноза окружающим людям. То же самое происходило, когда она шла в кино и смотрела его, особенно если это был не абсолютно безликий фильм, а сценарий, в котором действовали психологически неординарные люди и возникали неординарные отношения. Появлялась «отмычка»: это – психопат, а это – то-то или то-то. Тогда все просто. Не надо думать, если ты просто поставил несколько штампов. Еще пример: одна коллега, которая с восторгом рассказывает о каком-то больном, причем это не больной, у которого очень трудно дифференцировать одно заболевание от другого, – нет, это, как правило, пациент с экзотической и странной симптоматикой: например, совокупляющийся с «небесными» силам или принимающий алкоголь интраректально, потому что у него язвенная болезнь желудка. Для данного врача клиника, пациенты – это зоопарк. И чем экзотичней животное, чем оно необычней и странней, тем больше к нему интерес. Это и есть признак мощнейшей стигматизации, стремление стигматизировать людей, когда болезнь, расстройство превращается в некую экстравагантность из зоопарка, где водятся диковинные, непонятные для нас существа. Но, заметьте, каждый раз за этим стоит другое: посмотрите, какой я нормальный, мне подобное не грозит. Опять же, за этим стоит страх. Не говоря о том, что тут имеет место и нарушение этики, и не очень высокий уровень нравственности. Это все есть, но главное – за этим виден и страх: какое счастье, что меня сие миновало!

И когда я рассказываю эти истории, то всегда вспоминаю, что тоже часто решал свои проблемы, объясняя особенности какого-то человека, мои трудности общения с ним или трудность нашего

взаимодействия особенностями, которые укладывались в какой-то психиатрический диагноз. Значит, сам психиатр становится в некоторых случаях стигматизатором.

К сожалению, на протяжении многих лет мы примерно так, «дестигматизационно», и учили студентов. Допустим, когда я шел на лекцию, кафедральные ассистенты предлагали мне пообщаться с больными, они говорили, что у них в отделении «лежит очень хорошая, интересная депрессия с бредом самообвинения, с заторможенностью психической и физической, с очень яркой депрессивной мимикой». Я с удовольствием брал такого пациента на лекцию, поскольку его состояние действительно соответствовало классическому описанию депрессии. При этом забывалось, что больной с депрессией не придет в кабинет врача первичной помощи (а ведь именно таких специалистов в основном готовят медвузы), что эта депрессия – для психиатрического стационара, и, демонстрируя подобных пациентов, мы укрепляем в студентах представление о том, что психиатрия – это специальность, предназначенная для соответствующей клиники, а её пациенты – люди, которые резко отличаются от всех остальных людей по очень многим параметрам.

Если мы с вами говорим о том, что стигматизация – явление во многом бессознательное, то в этом и заключен некий рецепт того, как работать со стигматизацией, – прежде всего (на сознательном уровне) контролировать себя тогда, когда ты замечаешь у себя стремление стигматизировать своего пациента. Готовясь к встрече с вами, я вспоминал свои прежние лекции и спрашивал себя, почему я рассказывал студентам об одном своем пациенте, больном шизофренией, который испытывал очень тягостное воздействие космоса, космических излучений и создал своеобразную защиту против треклятого излучения: он сплел сеть из старых женских чулок, обмазал эти чулки, простите, калом; это бросалось в глаза, вызывало ужас соседей и брезгливое отношение персонала. Я работаю психиатром 38 лет, но такой случай в моей практике был единственным. Почему же я его так часто вспоминаю? Потому что он мне казался убедительным для демонстрации симптомов психического автоматизма, тягостности их переживаний и нелепости. Но не являются ли подобные рассказы студентам еще одним доказательством того, что психических больных надо бояться. Ведь первое, что стигматизирует

психически больных, – это, повторюсь, страх, это образ людей, способных на все.

Люди ведь вообще предпочитают жить в достаточно прогнозируемом мире – такой мир создает чувство безопасности, а люди, страдающие психическими расстройствами, напротив, рассматриваются, как лица, совершенно непрогнозируемые, способные совершить любой дикий поступок. Это – правда, но только в определенном смысле, поскольку действительно существуют категории больных, которые могут повести себя неожиданно – агрессивно или импульсивно. Но таких больных, поверьте, очень немного (в частности, это больные с нарушенным сознанием или с симптомом импульсивности).

Когда мы занимаемся дестигматизацией, то не должны этот страх перед больными с психическими расстройствами снижать или убирать такими фразами, как: «Ну что вы, не надо бояться психически больных! Вот я уже 38 лет работаю, и никто ни разу на меня не замахнулся». Я же не всегда был профессором, начинал простым ординатором, работал в «остром» отделении, где у меня находились очень тяжелые больные. Что это было? Везучесть или умение предвидеть, что может произойти, дабы не попасть в сложные, опасные ситуации? Но я же знал, что есть пациенты, которые действительно очень опасны, и потому преодоление страха перед ними – это, прежде всего, информация о психических расстройствах. Например, если врач первичной помощи знает симптомы депрессии, то он хорошо понимает, что угроза от подобного пациента одна – аутоагрессия. Такой пациент может совершить самоубийство, но никогда не будет нападать на других людей. Если пациент болен паническим расстройством, то он тоже не представляет ни для кого опасности. Даже если у этого человека имеются галлюцинации, то только в очень редких случаях он может быть опасен. Поэтому работа с дестигматизацией начинается с того, что врачи первичной помощи (или семейные врачи) должны иметь правдивую и честную информацию о том, где существует опасность, а где ее нет, и затем столь же правдиво информировать население.

Большую роль в поддержании страха перед психическими больными играют СМИ (средства массовой информации). В погоне за сенсацией они расписывают ужасы, которые являются казуистическими. Но, когда мы видим только казуистику, у нас

возникает понятие, что только так и бывает, что это и есть норма, а не казуистика. Два года назад разбился самолет швейцарской авиакомпании, и, как было представлено в СМИ, особенно с подачи конкурентов этой авиакомпании, катастрофа произошла по вине экипажа. Подобное в этой авиакомпании (а она очень надежна) произошло впервые за 40 лет! Однако журналисты активно муссировали информацию, будто экипаж на земле был предупрежден о неполной исправности самолета, но командир лайнера принял решение лететь. Дальше я наблюдал следующее: я как раз летел из Москвы в Женеву и поразился тому, что самолет совершенно пуст; там сидело три человека, и все из СНГ. То есть, информация (СМИ – серьезная вещь!), что на швейцарских авиалиниях пилоты безответственны, мгновенно привела к тому, что люди отказались от услуг этой авиакомпании. Не удержавшись, я спросил стюардессу: «Почему так мало пассажиров? Ведь это же невыгодно!» И та дипломатично ответила, что просто на несколько дней уменьшилось число пассажиров. Когда же я через восемь дней возвращался назад, самолет был достаточно полным. А теперь представьте себе, что СМИ продолжали бы обсуждать тему гибели самолета в течение года, несмотря на то что упал всего один самолет. В таком случае компания просто перестала бы существовать.

Но возвратимся к нашим проблемам. Если СМИ не рассказывают о том, насколько разными бывают психические больные, если не повествуют о другой стороне психического расстройства (скажем, о том, как человек справился со своей болезнью, как он смог ее преодолеть, как достиг чего-то), а говорят и пишут только о случаях агрессии, то, естественно, в обществе возникает и подтверждается образ опасной личности. Поведение больных тоже способствует такому отношению, потому что они иногда бывают неадекватными, порой мешают жизни других людей.

Если вспомнить, сколько у нас неприятностей от психически здоровых соседей (например, любящих громкую музыку, или часто выпивающих, или ежевечерне громко и ясно выясняющих отношения с употреблением всего словаря русского мата), а потом подсчитать неудобства, связанные с проживанием психически больных людей, то сравнение, уверен, послужит убедительным доказательством того, что люди гораздо чаще терпят лишения от совершенно здоровых психически людей, нежели от наших

больных. Тем не менее, если вы намерены приобрести квартиру, причем приличную квартиру, но вам скажут, что рядом живет женщина, которая каждые три-шесть месяцев лежит в психиатрической больнице, а потом возвращается и что-то там вытворяет, то вероятность того, что вы не купите эту жилплощадь, будет очень высока, поскольку считается, что безумие неисправимо. Если же вас известят, что под вами живет довольно скандальная соседка, вы ответите: «Ничего, найдем на нее управу». Вот вам один из мифов, приводящий к стигматизации. Первое – это опасность, агрессивность психических больных, второе – их неуправляемость.

К мифологии о неизлечимости психических расстройств. Я задаю студентам вопрос: «Что такое хроническая болезнь, любая хроническая болезнь?» – «Это – заболевание, которое продолжается у человека на протяжении многих лет или в течение всей жизни с периодическими обострениями». – «Какие заболевания преобладают в практике любого врача, кроме, скажем, травматолога?» – «Естественно, хронические, в связи с чем люди вынуждены часто обращаться за медицинской помощью».

Почему же никто не боится человека с гипертонической болезнью? Вы едете с ним в лифте, он на ваших глазах бледнеет, падает, изо рта у него идут пузыри. У него мозговой инсульт. Вы спускаетесь вниз и кричите, что человеку плохо. После чего является милиция, которая спрашивает: «Чем вы его ударили?» Почему же вы не боитесь соседства гипертоника в лифте, почему, зайдя в лифт, не спрашиваете: «Как у тебя сегодня с давлением?» Гипертоническая болезнь – тоже хроническое заболевание. Если разработана система вторичной профилактики, если человек регулярно ее использует, то в большинстве случаев при хорошо подобранной терапии его давление стабилизировано и вероятность того трагического исхода, который я описал выше как случай в лифте, значительно снижается.

Та же самая тактика возможна и в отношении психических расстройств. Так же точно мы можем полностью или почти полностью снять депрессию. А затем будем давать препараты, которые предотвращают повтор такой депрессии: это может быть карбамазепин или карбонат лития. В течение первого года болезни в 75% случаев нам удавалось добиться хороших результатов (депрессия не повторялась), если пациенты действительно регулярно

но принимали правильно подобранную дозу профилактической терапии. Значит, на психиатрию распространяются те же самые законы, что и на все случаи интернальной медицины. Однако мы по-прежнему стоим от нее где-то в стороне.

Существует также мнение, что психотропные препараты крайне опасны. Если вы назначаете амбулаторному пациенту такой препарат и обсуждаете с ним его действие (что этот препарат достаточно безопасен, что к антидепрессантам нет привыкания), то больной, выслушав все это, тем не менее, спросит: «А если долго принимать, я к нему привыкну?» Задают ли пациенты подобный вопрос при назначении, скажем, гипотензивных средств? Скорее всего, нет. А следовало бы задавать, потому что если вы назначаете препараты раувольфии, то тем самым через некоторое время серьезно снижаете способность к саморегуляции артериального давления; это подавление коры надпочечника, из-за чего данное лекарство сейчас и применяется только в бедных странах. В богатых государствах от него давно отказались. Но предупреждали ли когда-нибудь врачи-терапевты пациентов о том, что, начав принимать резерпин, раунатин или адельфан, они тем самым становятся постоянными потребителями этих препаратов? Я думаю, в Советском Союзе этого не было. Однако репутация привыкания за психотропными препаратами сохраняется.

Бытуют легенды о том, что психотропные препараты лишают человека воли. Здесь уже не столько СМИ, сколько детективы, боевики, всю описывая злодеяния спецслужб, демонстрируют это свойство препарата.

Клинические ординаторы, например, знают, что иногда приходится давать громадные дозы препаратов, но больной как был охвачен какой-то бредовой идеей, так с ней и остается. Он станет более послушным, менее агрессивным, более адекватным во взаимодействии со своими соседями по палате или с персоналом, но болезненная идея по-прежнему останется у него в голове. Это еще одно из проявлений стигматизации. Человек, принимающий психотропные препараты, носит название наркомана, ибо он «сидит» на психотропах. Тогда как человек, который каждый день колет себе инсулин, не наркоман. Человек, серьезно относящийся к своему здоровью (скажем, если ему за 50) и принимающий каждый день кардиоаспирин, чтобы предотвратить повышенную свертываемость крови, тоже отнюдь не наркоман. Напротив, о

нем поощрительно говорят, что он заботится о своем здоровье. Но если он начал регулировать свертываемость крови с помощью лекарственных средств, то ему предстоит это делать и дальше. Появится другой препарат, более совершенный, затем следующий и т.д., но он должен будет их применять, потому что его организм в известной мере потерял способность к регуляции свертываемости крови. Однако это не считается лекарственной манией.

Что еще приводит к стигматизации? Это сами наши пациенты. Я не говорю о неадекватности их поведения, неадекватности их поступков, но то, что больные с психическим расстройством (все!) испытывают чувство стыда за свой недуг, – это факт. И особенности поведения такого пациента вызывают обратную реакцию – усиление стигматизации. Например, одна больная шизофренией рассказывает мне, что очень редко выходит из дома. Я спрашиваю: «Почему? Вы кого-то боитесь или вам кажется, что люди, которые идут навстречу, пренебрежительны к вам или смотрят на вас каким-то уничижительным взглядом?» Таким образом, я пытаюсь выявить у нее наличие бредовых идей. Она отвечает, что просто давно живет в этом доме, где все знают о ее ежегодном пребывании в психиатрической больнице, и поэтому ей стыдно выходить во двор. Выходит только когда темно, не ходит в магазины, которые неподалеку, поскольку там тоже все знает о ее лечении у психиатров. А теперь скажите, каким выглядит в глазах соседей человек, который не выходит из дома, который нигде не показывается? Станным, ненормальным... Он как бы сам им внушает: вы правильно меня боитесь, я же ненормален.

Таким образом, мы должны понять, что в стигматизации есть несколько звеньев, в ней участвует сразу несколько компонентов: это окружающие, в том числе и родственники больного. Я недавно встречался с родственниками больных, агитируя их вступить в соответствующую ассоциацию, и одна женщина мне сказала: «Спасибо, что вы с нами работаете, помогаете. Знаете, как нам трудно жить, я не говорю только о материальной стороне, т.к. у меня маленькая пенсия, самое главное другое – нам некуда пойти. Вот сюда мы пришли, поговорили – и стало легче». – «А почему вам некуда пойти?» – «Потому, что стыдно, ведь у меня дочка больная». – «Почему же вам стыдно? Разве она совершила преступление? Разве ведет какой-то аморальный образ жизни?»

Вот видите, выходить на улицу, ходить в гости с дочкой, страдающей шизофренией, нельзя, стыдно. Значит, чувство стыда испытывают не только сами пациенты, но и их родственники. Очень часто в этой стигматизации участвует чувство вины, когда родственники начинают выяснять, кто виноват. Кто виноват в том, что сын или дочь заболели? И вовлекают в эти выяснения отношений всех окружающих людей.

Здесь мы подходим к следующему очень характерному мифу – о неизлечимости психических заболеваний. Это миф о том, что все психические расстройства (любые) генетически обусловлены.

В настоящее время этиология психических расстройств может с убедительностью свидетельствовать только о нескольких достоверных генетически обусловленных заболеваниях, к счастью достаточно редких. Это – хорей Гентингтона, а также одна из разновидностей умственной отсталости – фенилкетонурия. Достаточно большой материал накоплен о том, что биполярные аффективные расстройства тоже генетически обусловлены. В отношении остальных заболеваний генетика, внешние факторы, условия воспитания и формирования человека очень сложно переплетаются. А ведь к чему приводит идея генетического фактора? К тому, что брак с этим человеком невозможен, рождение детей от него крайне опасно.

Следующий компонент стигматизации – это то, что психические расстройства обязательно приводят к инвалидизации и невозможности работать. Поэтому работодатели не очень охотно берут на работу людей с психическими расстройствами, если последние где-то зафиксированы. Я не говорю о тех случаях принятия на работу, когда выполнение каких-то служебных обязанностей связано с определенными или повышенными требованиями к здоровью (например, летчики, водители). Вы же не можете взять водителя с очень плохим зрением; так же точно вы не вправе взять на военную службу человека с даже незначительными отклонениями в психике или в работе внутренних органов. Там эти ограничения вполне естественны. Например, в спецназ нельзя брать человека с гемофилией, потому что вероятность получения им ударов, ссадин, ранений значительно выше, чем если он будет трудиться счетоводом. Т.е. эти ограничения касаются не только психических болезней. Однако расширенное понимание

требований к психическому здоровью часто не имеет законных ограничений.

Почему я сделал проблему стигматизации как бы стержнем сегодняшнего нашего обсуждения? Потому, что все реформы, которые происходят в современной психиатрии, – это, по существу, стремление к дестигматизации психических расстройств. Каковы же эти реформы, осуществляемые сегодня в мировой современной психиатрии?

Это – резкое уменьшение числа психиатрических стационаров и сокращение коек в них.

Это – стремление интенсифицировать терапию во время стационарного лечения, сдвиг акцента на внебольничную помощь.

Это – небольшие центры психического здоровья, где больные наблюдаются амбулаторно.

Это – различные реабилитационные центры и расширение внебольничной помощи. Оказывается, это и экономически выгодно, т.к. через несколько лет, после того как вы переориентируете помощь со стационара на внебольничную, сделаете вложения во внебольничные службы, помощь будет стоить дешевле. Через некоторое время она окупится и начнется экономия.

Расширение внебольничной помощи меняет и саму ее структуру. Если до недавнего времени помощь больным с психическими расстройствами оказывали в основном психиатры и в какой-то степени психотерапевты (в случаях нетяжелых психических расстройств), то сейчас перенос акцентов на внебольничную помощь приводит в психиатрические службы, которые становятся службами психического здоровья, совсем новых специалистов – социальных работников, психологов. Очень большую роль начинает играть психиатрическая медицинская сестра.

Наконец, во внебольничную помощь вовлекаются врачи первичного звена. Такова одна из главных тенденций современной психиатрии. С одной стороны, она служит целям дестигматизации, а с другой – учитывает тот реальный факт, что, как бы мы ни пытались объяснить населению, будто психическое расстройство очень часто не является чем-то трагическим, неизлечимым и ломающим человека, нам не удастся сделать это. Лечение у психиатра по-прежнему будут избегать очень многие люди. В СМИ стран СНГ часто используется некий штамп – дескать, у каждого американца есть свой психотерапевт. Откровенно говоря, и я при-

ложил руку к созданию этого штампа, для того чтобы привлечь внимание правительства республики и журналистов к проблемам психического здоровья. У нас же теперь как? Раз у Них это есть, то и Нам такое надо.

На самом деле это неправда. Не стоит идеализировать западную медицину так, как мы часто это делаем, и с пренебрежением относиться к своей. Такую систему медицинского обслуживания, которую мы имели в Советском Союзе (когда каждый человек получал медицинскую помощь через участкового врача), американцы не планируют даже на ближайшие 20–30 лет. Одна из социальных программ, которая использовалась в предвыборной программе Билла Клинтона, – это обещание, что количество американцев, получающих постоянную медицинскую помощь, будет увеличено. Так что далеко не каждый гражданин США имеет своего психотерапевта, далеко не каждый ходит к психиатру. И американские пациенты, как и наши, также часто испытывают страх перед общением с врачом-психиатром.

Признание этого факта как реальности приводит к тому, что во многих странах функции психиатра передаются врачу первичной медицинской помощи (ВПП). Первичные больные, которые переадресуются ВПП, на самом деле, по реалиям Кыргызстана, никому не передаются, поскольку их *не от кого передавать*. Они могут передаваться от знахаря или непонятно от кого, но вовсе не от психиатра, потому что у такового они не наблюдаются.

Психиатры обнаружили один важный феномен: большинство соматических психических расстройств протекает на так называемом амбулаторном, неглубоком уровне, причем с преобладанием *соматизированных* форм. Соматизация таких расстройств, как депрессия или тревога, очень характерна для азиатского региона. Она характерна вообще для всего мира, но особенно ярко проявляется в Азии и Африке. Таким образом, подобный пациент многие годы рассматривается как человек с соматическим заболеванием и, естественно, не наблюдается у психиатра. С моей точки зрения, это вполне нормально и объяснимо. Если у меня болит сердце или имеются какие-то другие болевые ощущения, то почему я должен идти к психиатру? Скорее, я пойду проверять работу своего сердца к кардиологу. Если у меня периодически возникают подъемы артериального давления и колотится сердце

(это называется паническая атака), если «скорая помощь» регистрирует, что у меня давление 190/120 мм рт. ст., то с какой стати я стану обращаться к психиатру, а не к врачу-кардиологу? Это вполне логично, с точки зрения пациента. И когда такой пациент приходит к врачу, то он так и продолжает рассматриваться им как больной с соматическим расстройством.

Вспомним, с чего мы начали эту лекцию? С того, что когда студент к моменту изучения нашего предмета выбирает профессию, которая обычно лежит вне рамок психиатрии, то все болезни для него становятся уже только болезнями тела. И, став дипломированным врачом, в своем кабинете он проводит только одну дифференциальную диагностику – между различными соматическими заболеваниями, потому что за время учебы его приучили к идее, что психический больной – это субъект из психиатрического стационара.

Хотя на лекциях мы всё-таки говорим о тех душевных недугах, с которыми может столкнуться семейный врач, весь остальной опыт образования, ориентированного на телесную медицину, убеждает студента совсем в другом: нужно искать и проводить дифференциальную диагностику среди круга соматических заболеваний.

Иногда я встречаю пациентов, которые лечились у интернистов, и восхищенно думаю, насколько же эрудирован был врач, дифференцируя это расстройство с очень редкими соматическими заболеваниями! Я восхищаюсь потому, что названия некоторых таких заболеваний мне приходится искать в справочнике. Я думаю: какой молодец, как хорошо этот доктор знает интернальную медицину! Но в его кабинете совершенно отсутствует идея простой статистической закономерности, что каждый третий-четвертый пациент (в самом худшем случае каждый пятый), обращающийся к нему с определенными симптомами, на самом-то деле больной с амбулаторным соматизированным психическим расстройством. И приведенная статистика просто обязывает включать данное расстройство в дифференциальный диагноз.

Подобное требование вызывает, с одной стороны, недоумение, а с другой – восхищение, когда дифференциальная диагностика проводится с заболеванием, встречающимся в одном случае на миллион, но не приводится с состоянием, которое встречается у 7% населения, – депрессией, в том числе соматизированной.

Таковы тенденции, которые характерны для трансформации в современной мировой психиатрии.

В ближайшие 15–20 лет вряд ли кардинально изменится вся парадигма помощи в области психического здоровья, поэтому вам предстоит реализовывать новые тенденции. Вы должны быть готовы к хорошей работе не только как интернисты. Вообще, в кабинете врача-интерниста должен бы висеть плакат «Вспомни о статистике!» И учти, что каждый третий (или каждый четвертый, каждый пятый), пришедший в твой кабинет, – это пациент с психическим расстройством. В кабинете же врача-психиатра я бы повесил плакат «Помни о соматическом расстройстве», т.е. не сваливай все на психическое заболевание.

Итак, мы возвращаемся к теме «Дестигматизация и гуманизация». Расширение внебольничной помощи, привлечение новых специалистов привели также к введению новых понятий, которых не было до последнего времени. Так, вместо понятия «больной» (или, что еще хуже, «сумасшедший», «наш любимый сумасшедший из соседнего дома») появился новый термин, который носит дестигматизирующий характер: «пользователь услуг врачей» (или врача ПМП, или врача-психиатра).

Я думаю, что как форму дестигматизации можно рассматривать и принятие новых международных классификаций болезней, таких, как **ДСМ-4**, **МКБ-10** (международная классификация болезней 10-го пересмотра) и др., дескать, это версия для врачей первичной медицинской помощи. Почему новые классификации можно рассматривать как элемент дестигматизации, хотя смысл не только в ней. Прежде всего, из МКБ-10 убирают понятие «болезнь», заменяя термином «расстройство». Это очень важная замена! С одной стороны, данный факт – проявление определенного рода скромности, потому что болезнь, в современном понимании этого термина, – это нозологическая единица, в которой изучены этиология, патогенез, клиническая картина, пути прогноза, профилактики и терапии. Большинство же психических нарушений с трудом подходит под определение «психическая болезнь», т.к. мы делаем лишь первые шаги в изучении патогенеза. Понятие «расстройство» звучит несколько мягче, чем «болезнь».

Из новой классификации болезней исключено понятие «психопатия», и это хорошо, т.к. в русском языке слово «психопат» является ругательным. Ведущий одной из популярных передач,

видимо ненавидящий пользователей психиатрических услуг, часто занят своим любимым занятием – шутками над «сумасшедшими». Если бы мы жили на Западе, то эта передача была бы снята после того, как пользователи этих услуг подали бы в суд, потому что она является стигматизирующей, в качестве юмора используется понятие «расстройство» (и это весьма показательный пример!). Такое было бы невозможно в обществе, где борьба со стигматизацией носит систематический характер. Поэтому слово «психопат», исключенное из новой терминологии и замененное понятием «расстройство личности и поведения», несомненно, носит дестигматизирующий характер. Исключено также из классификации понятие «алкоголизм» и введено «зависимость», поскольку слово «алкоголик» – это стигма, ярлык.

Но, кроме изменений, которые могут быть отнесены к дестигматизации, новые классификации еще лишь косвенно участвуют в этом процессе. Например, тем, что сделана попытка четко определить критерии расстройства. Снимается элемент интуитивности в постановке такого тяжелого и социально ограничивающего диагноза, как шизофрения. Установление его возможно только тогда, когда это соответствует критериям, единым для всего мира и для всех психиатров, принимающих данную классификацию. Следовательно, исчезает определенного рода психиатрическое своеволие, когда личная позиция врача могла определять диагностические суждения и судьбу пациента. Следовательно, как продолжение этого процесса происходит передача диагностических функций в другие руки, например в первичную медицинскую помощь. Это, в свою очередь, приводит к трансформации как в до-, так и в последипломном образовании, которое становится, с одной стороны, (особенно додипломное) целиком ориентированным только на первичную помощь, а с другой – (последипломное) зависит от того, какую специальность вы выберете сегодня. Если вы хотите стать *семейным* врачом, то доля образования в психиатрии у вас должна быть более высокой, чем у обычного врача-интерниста, а если психиатром, то вам придется овладеть всем объемом специальных психиатрических знаний, необходимых для самостоятельной работы.

Что же послужило основой для проведения реформ в сфере психического здоровья? Предпосылкой их стала наметившаяся гуманизация общества, борьба за права отдельной личности, а не

только общества в целом, в том числе борьба за права тех, кто имеет их в меньшей степени: сексуальные меньшинства, инвалиды, люди с психическими расстройствами. Об уровне гражданских прав в обществе принято судить по тому, как оно, само общество, относится к психическому здоровью. Это вовсе не означает, что страна должна быть богатой, но если в ней принято считать, что внимание к психическому здоровью граждан является одним из приоритетов, то её можно рассматривать как страну, реально соблюдающую права человека.

Гуманизация привела к дестигматизации и в том смысле, что одним из главных новых направлений охраны психического здоровья стало прислушивание к мнению пользователей. Не так, как этого хотят психиатры или какие-то другие специалисты в области психического здоровья, а как желают сами пользователи услуг. И если они стремятся попасть к врачу ПМП, то должны быть услышаны, о чём еще несколько десятков лет назад нельзя было и мечтать.

Большую роль сыграли некоторые эпидемиологические и популяционные исследования, показавшие, что основными психическими недугами являются вовсе не тяжелые психические болезни (шизофрения), а расстройства амбулаторного уровня. Они-то и составляют большую часть всех психических нарушений. Среди этих неглубоких психических расстройств резко преобладают соматизированные формы – тревога и депрессия, которые протекают в форме соматических заболеваний. Эти больные оказываются вне поля зрения специалистов и не получают достаточной помощи, т.к. врачи ПМП, к сожалению, не имеют должной подготовки, чтобы распознать указанные расстройства. Получается странный парадокс: таких больных большинство, но они хуже всего обслуживаются, меньше всего получают адекватной помощи, и одно это, естественно, должно было бы поменять очень многие позиции в обслуживании этих пациентов. Не случайно возобладали идея, что врач первичной медицинской помощи больше всего обязан работать с ними.

Еще одно обстоятельство, которое привело к реформам в области психического здоровья, – это стоимость психических расстройств, наносимый ими большой экономический ущерб. Медицина – часть человеческой культуры. Это часть социального функционирования людей, и экономический фактор в данной си-

туации играет очень весомую роль. Например, 50% средств, которые тратит Австралия на здравоохранение, уходит на помощь больным шизофренией, потому что лекарства очень дороги, а больные длительно пребывают в стационарах. Экономический ущерб, который был подсчитан по заданию Всемирного банка, показал, что некоторые из психических расстройств находятся в десятке самых дорогих болезней человечества: это, в частности, депрессия, которая стоит на втором месте после острого инфаркта миокарда и мозгового инсульта, затем – суициды, болезнь Альцгеймера, алкогольная или наркотическая зависимость. Из десяти самых дорогих страданий человечества, больше всего наносящих экономический ущерб, четыре приходится на область психического здоровья. Увеличение числа автокатастроф тоже в определенной степени может быть связано с психическим фактором. Идея абсолютной независимости мозгового инсульта и острого инфаркта миокарда от психического фактора тоже на сегодняшний день не доказана. Таким образом, очевидно, что психические расстройства – самые дорогие, и потому во многом реформы в нашей профессиональной области, изменение отношения к психиатрии в мире определяются также и этим фактором. Пренебрежение им стоит очень дорого государству, всему обществу. Сюда входит всё: и снижение качества жизни, и нарушение межличностных отношений в семье у депрессивного пациента, и снижение его работоспособности, и ухудшение творческих возможностей.

Помимо прямой стоимости лекарств или оплаты труда врача, возникает еще целый ряд косвенных последствий. Тревожные и депрессивные расстройства, как и эпидемические заболевания (например, грипп), захватывают других людей, а не только самого пациента: его семью, коллег. Допустим, начат проект, ведущую роль в нем играет человек с его творческими возможностями, причем это дорогостоящий проект. Этот человек отнюдь не умирает, он жив, но у него депрессия – и его творческие возможности резко снижены. В подобной ситуации подсчитать экономический ущерб очень трудно, однако он, несомненно, присутствует. Или разве можно сбросить со счетов резкое нарушение отношений в семье, отрицательное влияние на детей, что может сказаться тогда, когда они станут взрослыми? Все эти факты и стали предпосылкой для проведения реформ в области психического здоровья.

Вот еще некоторые новшества, о которых можно говорить в связи с трансформацией психиатрии, получившей новую классификацию. Традиционная схема диагностических категорий, к которой привыкли врачи, – это деление на две группы: органические и психические расстройства, где доказан некий материальный субстрат. Это могут быть или мозговые поражения (например, черепно-мозговая травма, опухоли, атеросклероз), или инфекционные, или интоксикационные, где мы можем точно охарактеризовать поражающий агент или субстрат. Речь здесь идет о поражении, которое условно можно назвать поражением на морфологическом уровне. Последнее можно диагностировать с помощью различных компьютерных технологий. Это могут быть и гистологические изменения, и так называемые функциональные расстройства, т.е. случаи, где мозговая морфологическая основа на сегодняшний день еще не обнаружена, но гипотетически существует. Проще говоря, это группа заболеваний, при которых современные методы пока ещё не позволяют обнаружить материальный субстрат. Однако попытки такого рода многочисленны и перспективны. Так, во время исследований, проведенных на животных в лаборатории Института ВНД проф. М.Г. Айрапетяном и его сотрудниками, обнаружены определенные изменения мелких сосудов мозга – их спазм, который не мог быть зарегистрирован современными клиническими методами. Это, с одной стороны, свидетельствует о наличии материального субстрата, с другой – остается пока лишь косвенным предположением, потому что экспериментальный невроз у животных не идентичен изменениям, наблюдаемым у человека. Поэтому данная группа функциональных расстройств определена как группа, которая на сегодняшний день просто еще не имеет адекватных методов исследования.

Подобное встречается и в других областях медицины. Например, доля эссенциальной гипертонии все время убывает, поскольку методы исследования совершенствуются, следовательно, увеличивается доля так называемой симптоматической артериальной гипертонии. Пропорция между эссенциальной и симптоматической гипертониями приобретает «зеркальный» характер. Вероятно, в будущем это ждет и функциональные расстройства психики, но, естественно, мозг – самый сложный объект для биологического изучения.

Следующее традиционное деление – психозы, неврозы и так называемые состояния, к которым можно отнести психопатии и умственную отсталость. Почему есть смысл говорить о старой классификации? Да потому, что выросло целое поколение врачей, которое вполне освоило понятия «невроз» и «психоз». Мы не можем сделать хирургическую операцию, чтобы удалить из их голов усвоенные термины. Более того, просматривая только что вышедшую в Москве профессиональную литературу, я вновь встретил старые традиционные классификации. А чем отличается от них новая классификация? Органические расстройства по-прежнему остались, но понятие «функциональных» вышло из употребления, хотя предполагается, что это условно функциональное расстройство имеет место. Название же «органические» вы найдете в рубрике F0 МКБ-10.

Исчезли термины «невроз» и «психоз». В названии рубрики F4 сохранилось еще понятие «невротические расстройства», но слова «невроз» и «психоз» уже убраны, и связано это с тем, что чрезвычайно трудно найти критерии невроза и психоза. Как точно определить, где заканчивается первый и начинается второй? Главным критерием, отличающим невроз от психоза, является то, что при психозе существует отрыв от реальности, грубое несоответствие ей. Классическим примером такого рода является шизофрения, при которой осознание болезни, как правило, отсутствует. Но осознание любой болезни, в том числе и психической, никогда не бывает полным, и при неврозе оно тоже зачастую далеко не совпадает с представлением врача. Взгляды на болезнь пациентов и врачей часто отличаются. Конечно, можно попытаться дать следующее определение: психоз – это расстройство, при котором наблюдаются такие нарушения, которых нет при неврозе, т.е. галлюцинации и бред. Но при неврозе, если пользоваться данным понятием, могут возникать галлюцинации, яркие истерические галлюцинации. В это определение не войдет тогда расстройство памяти, ибо слабоумие тоже столь глубоко, что не позволяет больному реально отражать действительность. Поэтому определение, которое дают Голдберг и соавторы, что психоз – это то, при чем встречаются такие психотические симптомы, как бред и галлюцинации, тоже не очень нас удовлетворяет. Тем не менее, в практике мы будем употреблять понятия «невротический» и «психотический» уровень, например в судебно-психиатрической практике, поскольку понятие «психоти-

ческий уровень» делает человека или невменяемым в отношении того правонарушения, которое он совершил, или недееспособным, если он совершил торговую сделку или написал завещание.

Мы говорим о том, что в настоящее время преобладают расстройства амбулаторного, мягкого уровня, т.е. подразумеваем их невротический характер. Допустим, больной с паническим расстройством. В момент паники может ли он адекватно управлять своим поведением? Нет, он 15–20 минут справляется с чувством паники, а паника – это дезорганизованное поведение. Эти 15–20 минут и есть психотический уровень, а остальное время к нему не относится.

Нарушение сознания при посттравматическом стрессовом расстройстве – это тоже психотический уровень. Когда возникает спутанность сознания стрессового характера – все вокруг гибнет, но человек идет, нигде не прячется, а рядом рвутся снаряды. При классическом посттравматическом стрессовом расстройстве солдат может вести себя дезадаптивно в связи с изменением сознания – это психотический уровень. А когда его сознание прояснилось, то расстройство проявляется слабостью, усталостью – и это уже не психотический уровень, но оно все равно называется одним термином – посттравматическое расстройство. Поэтому и сейчас психиатрия может пользоваться понятием «невротический уровень», что означает неглубокий уровень расстройства.

Кроме этих изменений, в МКБ-10 термин «олигофрения» заменен на «умственную отсталость», «ментальную ретардацию». Согласитесь, что слово «олигофрен» приобрело стигматизирующий характер. Ментальная же ретардация пока еще не стигматизирована.

Следует принять, что вся классификация МКБ-10 еще не цельна. С одной стороны, вводятся расстройства, которые выделены по признаку мозгового субстрата (например, органические), а с другой – выделяются расстройства и по возрастному признаку: детского и подросткового возраста. Это уже совсем другая категория. Т.е. в МКБ-10 жесткой стройности не существует. Но есть несколько понятий, которые очень важны для семейных врачей. Это, в частности, аномальное поведение, связанное с болезнью, в том числе соматической. Студенты изучают его в курсе психологических основ врачебной деятельности (когда проходят разделы «адаптационный образ болезни», «типы взаимодействия с болез-

нию), и это один из вариантов аномального поведения, связанного с болезнью. Сюда же может быть включена симуляция.

Следующая группа, которая отличается от группы расстройств личности и поведения, – это дезадаптивные формы поведения. В некоторых классификациях к ним относят и привыкание к наркотикам, и зависимость от алкоголя и от наркотиков, и изменения пищевого и сексуального поведения.

Симптомы психических расстройств

В настоящей лекции будут рассмотрены те категории и в том объеме, которые нужны врачу первичной медицинской помощи: расстройства познавательной или когнитивной сферы, к которой относятся восприятие, мышление, интеллект. Каждый из таких симптомов будет рассмотрен по одной определенной схеме, отражающей несколько основных направленностей.

Схема оценки симптомов психических расстройств (общая психопатология)

- Диагностические признаки (определение, дефиниция симптома).
- Предъявляемые и выявляемые жалобы (какие вопросы и как следует задавать).
- Дифференциальная диагностика.
- Основная информация для пациента и семьи.
- Консультирование (рекомендации).
- Консультация специалиста.

Как описывать симптом

- Как пациент описывает симптом, его реакции при рассказе и при расспросе.
- Содержание расстройства, в какие моменты оно возникает, как часто, как давно, какие чувства вызывает.
- Как симптом влияет на поведение (оценка самого пациента и его окружения).
- Как реагируют на симптом другие люди.
- Опасность симптома для пациента или окружения.

Эта система оценки симптомов ориентирована на несколько принципиально новых вещей. Самым важным в ней является то, что классическое описание симптомов заболевания и предъявления пациентами симптомов, т.е. жалобы пациентов, могут резко отличаться. Это первое отличие, и здесь акцент будет сделан на том, что может услышать в отношении того или иного симптома врач первичной помощи. Затем делается акцент на том, как обсуждать это с больным. К сожалению, в русскоязычной учебной литературе этому важному компоненту деятельности врача практически не уделено достаточного внимания.

Например, как вы станете трактовать такой симптом, как головная боль, если ваш пациент рассматривает его как признак опухоли мозга. Вы же должны будете дать ему во время консультации определенные советы. Схема оценки симптома включает также дифференциальную диагностику схожих симптомов. И, наконец, кроме тех рекомендаций, которые вы даете, это еще и решение врача первичной медицинской помощи, в каких случаях обязательна консультация специалиста-психиатра. А это вытекает из того, что в результате оценки симптома вы выносите два очень важных суждения: существует ли у этого человека, пользователя ваших услуг, опасность для самого себя в связи с выявленным симптомом и не представляет ли этот симптом опасности для окружающих. Если он опасен для самого пациента, то вы обязаны предотвратить суицид – это входит в функции врача первичной медицинской помощи. Если же пациент представляет опасность для окружающих, то ваша задача – предотвратить его негативные действия в отношении других людей. Когда мы будем разбирать симптомы, то увидим, что обе эти рубрики редко будут вами использованы со знаком плюс – да, опасно; чаще всего мы поставим минус. Именно знание этих плюсов и минусов дает врачу первичной медицинской помощи представление о том, что за человек сидит перед ним, надо ли испытывать страх за него или за окружающих. Это та демифологизация опасности больных, о которой мы с вами говорили выше. Обманом или ошибкой будет мнение, что пациент с психическим расстройством не опасен ни для кого и никогда. Это было бы неправдой, но необходимо выделение тех редких случаев, когда такое может произойти, и тех редких случаев, когда пациент действительно опасен для самого себя.

Расстройства восприятия

Познание мира начинается с ощущений, которые, усложняясь, обеспечивают восприятие нашего мира. Картина такого нормального восприятия окружающей действительности и самого себя описана как в учебниках психологии, так и в курсе «Психологические основы врачебной деятельности». Здесь же мы будем говорить о наиболее частых расстройствах, которые могут встретиться в практике врача первичной медицинской помощи.

Первое из этих расстройств – иллюзия. Это искаженное восприятие каких-то предметов окружающего мира или стимулов, воздействующих на наши органы чувств из внешнего мира. Наиболее часто иллюзии встречаются при особых эмоциональных состояниях – страхе, тревоге; реже – при депрессии или, наоборот, повышенном настроении. Но наиболее часто врач первичной медицинской помощи столкнется с иллюзиями, описывая или наблюдая больного с делирием. Иллюзии следует дифференцировать от галлюцинаций, прежде всего, потому, что они являются признаком более легких расстройств восприятия.

Что может рассказать пациент о своих иллюзиях? К примеру, то, что иногда, когда находится в комнате один, он испытывает напряжение и начинает слышать какие-то подозрительные звуки, ему кажется, что его дверь пытаются открыть. Но потом, осматривая свою квартиру, он слышит в шуме кондиционера скрежет ключа.

У кого надо целенаправленно расспрашивать про иллюзии? У каждого ли пациента? Нет. Если перед вами пациент в состоянии сильной тревоги или страха, то здесь имеет смысл расспросить об иллюзиях и задать вопрос: «Когда вы очень встревожены или испытываете страх, не бывает ли так, что вы искаженно воспринимаете что-то, какие-то предметы или какие-то явления, звуки? Например, вы смотрите в угол и видите, что там сидит человек, а потом оказывается, что это ваше пальто, брошенное на спинку стула».

Необходимо спросить пациента о двух вещах: о чувстве, которое возникало в этот момент, и о том, каковы были условия, при которых возникли иллюзии. Иллюзия часто возникает в ситуациях так называемой сенсорной депривации, или сенсорного голода. Оба вышеприведенных случая происходили именно в

таких условиях (человек один в своей квартире, и ему кажется, что скрежетет ключ, что кто-то пытается открыть дверь). Тишина, сенсорная депривация, он один, и он, этот странный человек, почему-то не включил телевизор. Сломался телевизор – и жизнь потеряла всякий смысл, поскольку читать или просто размышлять мы давно разучились. Сидит и грустит. Депривация, тишина. Он воспринял фигуру сидящего человека в той части комнаты, которая была затенена, а не ярко освещена, – это тоже была депривация.

Какую же основную информацию вы дадите пациенту и его близким? Прежде всего, наверняка скажете, что на земле нет ни одного человека, который бы не испытывал иллюзий. Это важно в том случае, когда ваш пациент взволнован и боится, что это признак тяжелого психического расстройства. Вы можете сделать следующую вещь: возьмите лист бумаги и нарисуйте две линии, разметьте их так, чтобы они были одинаковыми, затем поставьте вот такие кавычки)----- ((-----) и спросите, какая из этих линий больше. Он обязательно скажет, что первая больше (физиологическая иллюзия Лайер–Мюллера). Вы можете также спросить пациента про ложку в стакане воды, которая воспринимается нами как изломанная.

Однажды я использовал эту иллюзию, работая с пациентом, а не с иллюзиями, с пациентом, у которого был бред Лайер–Мюллера, галлюцинации, который он ощущал – будто на него все смотрят с презрением. Я задал ему вопрос: «Могут ли твои органы чувств подводить тебя, обманывать? Всегда ли мы правильно видим, слышим, чувствуем?», и он сказал: «Да, всегда». – «Хорошо, тогда давай скажем, какая из этих линий больше». А потом мы взяли линейку, измерили, и оказалось, что они одинаковые. С этого момента началась наша работа, потому что до того в течение года он и слышать не хотел, что у него может быть психическое расстройство. Это был молодой человек, только что закончивший экономический институт и год не работавший из-за своих расстройств. Но в данном случае вы просто доказываете, что на земле не бывает людей, не испытывающих иллюзий, что это часто встречающееся явление. Иллюзия свидетельствует, что вы были или утомлены, или напуганы, или встревожены, и тогда нам с вами следует говорить о вашем настроении. В таком случае, если вам предъявили рассказ об

иллюзиях как о тревожащем симптоме, с этого момента вы и начинаете цепочку расспроса.

Консультирование этого симптома встречается редко, потому что в изолированном виде он встречается весьма редко, а чаще встроено в другие структуры, в какое-то другое расстройство. Вы же будете консультировать и давать рекомендации по всему расстройству.

Как описывать иллюзию? Вы дословно воспроизводите рассказ пациента, а также то, как он это рассказывает, – охотно, неохотно. Вам потребуются дополнительные вопросы для того, чтобы точнее представить структуру симптома. Как повлиял этот симптом на поведение человека и какие вызвал чувства? Что он делал, когда услышал звуки, когда ему показалось, будто в квартире пытаются зайти? Как он сам оценивает этот симптом? Признаком чего, по его мнению, данный симптом является? Рассказывал ли он об этом кому-нибудь из своих близких или знакомых, и как они на это отреагировали? Что они сказали, какие дали рекомендации и советы? Затем последуют ваши разъяснения и рекомендации.

Галлюцинации

Врач первичной медицинской помощи не часто сталкивается с этим симптомом, потому что больные с галлюцинациями, как правило, наблюдаются у психиатра. Галлюцинация – это так называемое мнимое восприятие, т.е. восприятие тех стимулов, которые на самом-то деле не действуют на органы чувств (например, когда больной слышит голоса людей, которых рядом нет, или голос умершей матери). Чаще всего врач первичной медицинской помощи столкнется с галлюцинациями у больных с делирием, иногда галлюцинации могут наблюдаться при тревожном расстройстве, хотя в основном слуховые галлюцинации возникают при шизофрении. При делирии вы обязательно должны расспросить, видит ли пациент каких-то животных, других людей, которых не замечают другие люди, слышит ли он их голоса.

Но чаще на приеме у врача первичной медицинской помощи о галлюцинациях пациента могут рассказать его родственники, и обычно это рассказ о больном шизофренией. Вот как могут описать поведение пациента: «Находясь один, он смотрит куда-то в

угол комнаты и улыбается, либо хмурится. Ведет вслух какой-то диалог, разговаривает с кем-то, хотя в комнате никого нет. А иногда может дать внезапную вспышку гнева и кричать: “Что вы мне говорите!”, хотя в это время с ним никто не говорит».

Недавно я смотрел пациентку, которая училась в медицинском колледже, но не смогла продолжать учебу, потому что сидела с отрешенным видом, часто улыбаясь, и почти не реагировала на вопросы преподавателей. Они посоветовали родственникам показать ее психиатру. Девушка почти постоянно слышит голоса, которые говорят ей очень приятные вещи: они рассказывают о ее будущем, о том, какая замечательная у нее будет семья, какой она будет богатой и состоятельной. Это своеобразная «Санта-Барбара» или какой-то мексиканский сериал про богатых, прокручиваемый в голове. Какой интерес может вызвать преподаватель с его рассказами про перевязки, про то, как делать инъекции, когда тебе рассказывают совершенно замечательные вещи?! На ваш прямой вопрос: «Часто ли вы слышите голоса людей, которых здесь нет? Или, может быть, это голос Бога?» – в большинстве случаев звучит отрицательный ответ.

Почему? Да потому, что даже малообразованные люди знают: если ты слышишь голоса людей, которых нет рядом с тобой, то это называется галлюцинацией. А галлюцинация – признак тяжелого психического расстройства. А если это тяжелое психическое расстройство, за ним немедленно последует госпитализация в психиатрический стационар. И поскольку у больного отсутствует осознание болезни и эти голоса более реалистичны, чем наш с вами голос (например, при шизофрении), то пациент действует подобно разведчику, попавшему к врагам, и врач для него становится тем самым контрразведчиком, который пытается выявить у него явки, имена резидентов. Поэтому, если родственники пациента описали вам поведение, которое почти наверняка говорит о наличии галлюцинаций (чаще всего слуховых), вы можете задать больному другой вопрос: «Скажите, когда вы улыбаетесь и молчите, вам говорят приятные вещи? Когда вы впадаете в гнев, вас несправедливо обвиняет какой-то голос?»

Вы становитесь человеком, который дает право своему пациенту иметь данный симптом, а не следователем, старающимся хитрыми уловками выпытать у своего подследственного какие-то тайны. Нет, вы врач, вы позволяете пациенту иметь галлюцина-

ции так же, как можно заболеть фурункулёзом, аппендицитом или конъюнктивитом. Когда врач занимает позицию, что конъюнктивит может быть у каждого из нас, что вероятность аппендицита у любого человека велика, что это вполне «нормальная» патология, то занимаемая им позиция (что голоса – тоже «нормальная» патология) означает: «Я считаю, что ты имеешь на это право, ты не монстр и совсем не обязательно за этим последует немедленная госпитализация». Вы не говорите этого словами, но выражаете данную мысль, в ней содержится весь контекст, утверждающий право человека иметь психическое расстройство.

Какую информацию при этом вы даете своему пациенту? Вы можете утверждать, например, что, по вашему мнению, голоса мешают ему. Далее расспросите его о том, как он отвлекается, какие чувства вызывают у него эти голоса, а затем используйте этот накопившийся материал, сказав: «Вот видишь, они тебе мешают думать, отвлекают тебя и не дают тебе сидеть на занятиях. Они вызывают у тебя страх и гнев. Это мешает твоей жизни». И вы можете договориться с пациентом (или попытаться договориться) о том, что вместе начнете работать над тем, чтобы голоса ему не мешали, чтобы он мог управлять данным процессом.

Ваша информация для семьи пациента будет следующей: «Я обнаружил психическое расстройство; это симптом, который требует обязательной консультации специалиста-психиатра». При этом вы не выставляете никакого диагноза, вы – врач первичной медицинской помощи.

Если голоса оскорбляют пациента, если они обвиняют его в каких-то грехах, каких-то отвратительных проступках, то вы скажете родственникам, что предстоящая консультация должна быть неотложной и обязательной, т.к. существует риск суицида. А если голоса приказывают пациенту ударить кого-нибудь или совершить какое-то другое агрессивное действие, то это просто обязательное требование для немедленной консультации специалиста, поскольку больной опасен для окружающих. Но и тут вы не выставляете диагноз, оставаясь врачом первичной медицинской помощи.

Ну а как вы будете это описывать? Прежде всего, вы отражаете вопросы, которые задали пациенту после того, как прослушали его рассказ, или описание его поведения родственниками. Вы спрашиваете пациента, как часто голоса возникают, и описываете

те, в каких ситуациях, в какие моменты и как они влияют на его чувства, что он испытывает – страх, гнев, радость, печаль. И когда пациент изложит вам все, что он может рассказать о «голосах», вы затем обобщите то, что рассказывали его родственники.

Таким образом, вы получите два рассказа: рассказ самого пациента, в котором чаще всего будет явное стремление показать, что его поведение обычно и вполне объяснимо, и рассказ родственников о странностях и необычном поведении больного. В кабинете врача первичной медицинской помощи не надо устраивать им очную вставку: «А вот ваши родственники говорят, что вы кидаетесь и рычите». Ведь вы уже приняли решение, что он пойдет к психиатру. Только дайте этому психиатру максимум собранной вами информации. Вы спрашиваете пациента: «Вот вы иногда смеетесь, когда в комнате нет никого, а как на это реагируют близкие?» Ответ: «Если они меня все-таки слышат, то заходят и сердятся на меня». И это послужит основанием для того, чтобы дать рекомендацию родственникам – не воспринимать подобное как признак, который зависит от плохого характера или плохого поведения пациента.

Лекция 3. ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ)

Описывать каждый симптом, который имеется у пациента, присоединять анамнез, характеризовать расстройство в целом не является задачей для врача первичной помощи. Следует описывать только ведущий симптом.

Если к врачу первичной медицинской помощи пришел человек с тревогой и с иллюзорными расстройствами, которые он воспринимает как признак тяжелого психического расстройства, то проблема именно этого пациента, его *основной симптом* – иллюзии, вызывающие сильный страх. Если этот симптом ведущий или один из ведущих, то он описывается врачом первичной медицинской помощи подробно. Однако тот же симптом может носить второстепенный характер (например, иллюзия очень редко бывает первичным – осевым – симптомом). С ней врач первичной медицинской практики может встретиться только в случае тревожных пациентов (в определенной ситуации при нарастании

тревоги) или, реже, у депрессивных пациентов, когда идет нарастание депрессивного аффекта. Тогда иллюзорное расстройство предъясняется как ведущий симптом.

Галлюцинаторное расстройство тоже часто является осевым симптомом, на котором строится почти вся психопатологическая симптоматика. И тогда его описание, конечно, должно быть достаточно подробным.

Врач первичной медицинской помощи редко сталкивается с пациентом, имеющим галлюцинации. Вероятность того, что к нему попадет первичный больной с шизофренией, с шизофреническим галлюцинозом, всё-таки не очень высока, потому что расстройства поведения подобного пациента таковы, что, скорее всего, близкие решат проконсультировать его у психиатра или целителя.

Кстати, кто решает вопрос о том, кому, какому врачу показывать больного? В основном сам пациент и его социальное окружение, т.е. родственники или друзья. Больной с шизофреническим или психотическим галлюцинозом чаще всего не обращается сам за помощью, потому что при такого рода галлюцинациях теряется чувство критики и галлюцинаторное расстройство воспринимается как некая реальность.

Значит, источником направления пациента на обследование будут его родственники или другое социальное окружение. В этом случае, даже при очень невысокой грамотности нашего населения, они всё-таки решат, что поведение человека достаточно странное и он нуждается в помощи психиатра. Правда, в 50% случаев, прежде чем показаться психиатру, он оказывается не у психиатра и не у врача первичной медицинской помощи, а у так называемых целителей. Поскольку наши целители не умеют работать с галлюцинаторными расстройствами, то в любом случае рано или поздно этот пациент окажется у психиатра, а не у врача первичной медицинской помощи, так как родственники, обратившись к услугам целителя и получив отрицательный результат, в дальнейшем смиряются с неизбежностью посещения психиатра.

Если же пациент всё-таки явится к врачу первичной помощи, то этот симптом как ведущий придется описывать в полном объеме. Значит, если эти симптомы (иллюзии, а не галлюцинации) не являются ведущими, тогда дается описание только их со-

держания, их влияния на поведение и отношения к ним пациента. Это особенно касается иллюзий. Они могут так пугать непсихотического пациента, что он выбирает две тактики общения с врачом первичной медицинской помощи: одна из них – умалчивание симптома и потом где-то упоминание о нём вскользь. О каком страхе пациента это свидетельствует? О страхе, что его примут за тяжело больного человека, за сумасшедшего. Вторая тактика состоит в том, что пациент, напротив, очень охотно обо всём рассказывает. Она встречается значительно реже – когда человек не воспринимает это как признак тяжелого расстройства, а скорее как *предвестник* тяжелой болезни, и если не рассказать о нём врачу, то дальше дела могут пойти гораздо хуже.

Когда врач работает с пациентом, он всегда имеет дело с конструкцией, которая называется «призыв к помощи». При этом наблюдаются разные призывы к помощи. В одном случае – «Избавьте меня от страданий». В другом – «Объясните моим близким, что я болен, что меня надо воспринимать серьезно, как больного человека, а не как человека с плохим характером, не умеющего взять себя в руки».

Могут быть варианты, когда в вашем кабинете окажется пациент, который хочет только одного – чтобы от него отстали. Это некое алиби. В наиболее четкой форме подобное наблюдается и при алкогольной, и при наркотической зависимости: «Видите, я пошел к врачу, что же вам еще нужно?!» Но иногда это может быть и больной с депрессией, имеющий внимательное и разумное окружение, которое говорит: «Знаешь, с тобой что-то неладное, ты не такой, как раньше, тебе надо бы показаться врачу».

Дальше мы будем говорить о депрессии. Одним из чувств, которое при этом возникает, является чувство безнадежности. И в данном случае именно это чувство говорит ему: «Зачем идти к врачу? Лучше уже не станет». Однако социальное окружение оказывает давление. В такой ситуации, особенно на начальном этапе взаимодействия с пациентом, вы получаете своеобразный призыв к помощи: «Отстаньте от меня, я не болен», характерный для людей с синдромом отрицания болезни, с механизмом психологической защиты в виде отрицания. Можно предположить, что за синдромом отрицания почти всегда стоит бессознательное чувство безнадежности, когда ты знаешь, что эту проблему нель-

зя решить (есть чувство, что она неразешима), а на сознательном уровне говоришь, что этой проблемы нет вообще.

Итак, форму и содержание призыва к помощи будет определять, прежде всего, характер жалоб, предъявляемых при том или ином симптоме.

Наконец, еще одно расстройство восприятия, которое может встретиться в практике врача первичной медицинской помощи, – сенестопатия. Это необычное ощущение внутри тела, не имеющее, как правило, доказуемой соматической основы, отличающееся неопределенностью, нечеткостью, необычностью. И в описании данного расстройства всегда встречается так называемая метафора, т.е. выражение, создающее образ, которое начинается со слов «как будто». «Как будто внутри моей головы что-то ползает». Если вы зададите такому пациенту вопрос: «Вы ощущаете, что там ползает какое-то насекомое или другое существо?», то чаще всего он разведет руками, посмотрит на вас, как на человека, который пытается приписать ему сумасшествие, и скажет: «Да нет! Конечно же, доктор, я понимаю, что там нет никаких червячков и других насекомых. Это чувство – как будто...» Или иногда говорят: «Это так странно, что определить очень трудно». И этот пациент использует опять метафору «как будто», он пытается найти сравнение: «Как будто мне втыкают иголки; как будто что-то перекручивают или сжимают. Но это не совсем так».

Вот это-то «не совсем так» и означает, что имеет место необычное, странное ощущение. Вот они, главные диагностические признаки расстройства (сенестопатии), – необычность ощущений, их странноватость и неопределенность. Именно *неопределенность*, которая и требует использования метафоры. А заодно позволяет отличать происходящее от других похожих расстройств.

Больной с сенестопатиями активно предъявляет свои ощущения, потому что они очень трудны и мучительно переживаются. Дифференциальная диагностика для врача первичной медицинской помощи начинается с того, что он должен понять: это не локальное поражение какого-то определенного органа или участка тела, за данным расстройством нет локальной органной патологии. Прежде чем он вынесет суждение, что это сенестопатическое ощущение, следует убедиться, что здесь действительно отсутствует органная патология. Тот аргумент, что эти ощущения не очень похожи на симптомы, которые могут быть при опреде-

ленных локальных поражений, не очень подходит, ибо восприятие сигналов интеррецепции, идущих из нашего тела, у каждого человека очень индивидуально. Они могут носить атипичный характер, и это еще зависит от стиля мышления.

Представьте себе человека с яркой речью, ярким воображением, который будет описывать ощущения, связанные с локальной патологией. Они могут оказаться очень яркими и весьма необычными, приводя врача к неправильной идее, будто это сенестопатия. На самом же деле это просто яркое, красочное описание каких-то локальных патологических ощущений. Поэтому дифференциальная диагностика начинается с распознавания, что это не локальная патология, что описание связано не с патологией определенного органа или участка тела, а с расстройством психики. Это – психическое нарушение, симптом психопатологии. После же того как вы проведете дифференциальную диагностику, поищите другие психопатологические симптомы, потому что изолированность сенестопатического ощущения не типична и встречается в совокупности с другими признаками психопатологических отклонений, симптомов. И только тогда вы можете дать вашему пациенту информацию о том, что это патология не какого-то определенного органа.

Однако к вам может прийти пациент, который уже прошел такое обследование, в результате которого вроде бы были исключены признаки, указывающие на локальную патологию. Тем не менее, данный факт следует проверить. Ведь если человеку где-нибудь сказали, что у него нет болезни, то он приходит к вам с жалобой уже не на ощущения, а на непонимание.

При работе с симптомом, особенно если это болевой симптом или сенестопатия, в первой части призыва о помощи правомерна фраза: «Клиент всегда прав, будучи часто неправым». Первая её часть очень точна, ведь пациент испытывает крайне неприятные, мучительные ощущения. Это – реальность, и это – правда. Его интерпретации, что это патология языка или патология мозга, неправильны, но когда вы опровергаете их и говорите, что мозг совершенно здоров, а все это игра воображения, или призываете: «Возьмите себя в руки!», то вы тем самым отказываете ему в праве на болезненные ощущения. А этого делать нельзя, поскольку они у больных есть. Работая с любым симптомом, вы оставляете за пациентом право на те или иные ощущения, те или иные чув-

ства, но не признаете его права на ошибочные объяснения, ошибочные интерпретации тех или иных симптомов.

Консультирование пациента заключается в том, что вы даете коррекцию *интерпретации*, а не коррекцию *ощущений*. Когда врач начинает воевать с ощущениями пациента, с его чувствами, он становится противником больного. Если перед нами пациент с тревогой, то мы должны признать его право на испытание чувства тревоги, но не можем согласиться, например, с его объяснением, почему он тревожится. Можно лишь деликатно предложить собственное толкование. Но первое, с чего начинается работа с симптомом (это касается и симптомов любого интернального, внутреннего, заболевания), – признание врачом права на наличие данного симптома, права на боль, права на неприятные ощущения, права на эти испытания (за одним исключением: если у вас не возникло ощущение, что перед вами симулянт, т.е. что это чисто симулятивное поведение). Однако, согласитесь, в настоящее время симулировать болезнь вряд ли кому-нибудь нужно, кроме случаев судебно-психиатрических или военно-врачебных экспертиз. Это маловероятно в ситуации, когда люди держатся за свои рабочие места, когда граждане больше всего боятся оказаться без работы, когда они больны, потому что современная система больничных листов теряет актуальность, т.к. людей, находящихся на государственной службе, не столь уж много. Зачастую героя какой-нибудь телепередачи спрашивают: «Кем вы работаете?», и слышен ответ: «Безработный». Но безработный при этом вполне упитан, хорошо одет. Что это означает? Что деятельность, с помощью которой он зарабатывает деньги, не имеет жесткой регламентации, т.е. он не сотрудник какой-либо фирмы, он не на государственной службе, а сам добывает деньги. Многие люди, торгующие на базаре, не могут сказать, что являются официальными торговцами. Нет, официально они нигде не работают. Поэтому у него нет нужды симулировать какую-то болезнь.

Какие же рекомендации врач первичной медицинской помощи может дать в связи с этим? Вы говорите своему пациенту, что ощущения, которые он описывает, действительно очень мучительны, очень неприятны и мешают ему жить. Но проведенные вами и другими врачами обследования позволяют считать, что эти ощущения возникают не вследствие заболевания какого-то определенного органа – сердца, желудка, кишечника или мышц.

Вы даете ему информацию о возможной реакции членов его семьи, поскольку они могут сказать: «Слушай, ты уже везде обследовался, у тебя ничего не находят, поэтому не морочь нам голову. Ты просто не хочешь взять себя в руки».

Вы объясняете, что подобное ощущение бывает признаком определенных расстройств. Но не пугайте сразу пациента словами «тяжелых психических расстройств». Например, можно сказать, что это связано с тревогой, потому что сенестопатия действительно часто сопряжена с тревогой; можно связать имеющиеся жалобы с психическим стрессом, но вы утверждаете главное: этот симптом – психического происхождения. Вы можете пройти с пациентом по его ощущениям, вернуться в его прошлое и, может быть, найдете ситуацию, когда он определенное время не испытывал этих ощущений – из-за какого-то сильного положительно-психического напряжения.

Например, из армии вернулся сын, который не предупредил о своем приезде. За хорошую службу его отпустили на 20 дней раньше, и мать, которая испытывала неприятные ощущения, увидев сына, в течение двух часов перестала их ощущать, но затем они всё-таки вернулись. Тогда вы говорите: «Ну, вот видите. Вы испытали очень сильное чувство радости, и оно сняло неприятные ощущения не на секунду, не на два минуты, а на достаточно длительное время». Это можно использовать как аргумент, демонстрирующий возможность психического происхождения симптома. При наличии сенестопатий консультация психиатра обязательна.

Когда вы описываете сенестопатическое расстройство, лучше использовать дословные фразы, говорить так, как пациент. При этом лучше всего использовать прямую речь. «Доктор, у меня такое ощущение, что мою голову сжимает обручем, причем этот обруч еще и раскаленный. Как будто из этого обруча в мой мозг проникают иглы». «Как будто» – он все время произносит эти слова. Вот что вы дословно описываете. Сенестопатия нуждается именно в таком, дословном, описании, один к одному, как говорит больной. Вы описываете и то, *как* он это рассказывает. Здесь очень важно показать возможные расхождения между характером ощущений и самим рассказом. Если, рассказывая о мучительных и неприятных ощущениях, человек говорит неохотно, как бы выдавывая из себя слова, это чаще всего может свидетельствовать

о состоянии депрессии. И врачу следует задать вопрос: «А какие чувства вы при этом испытываете? Вы боитесь? Или вы очень печальны и считаете, что никто не может вам помочь? Вы махнули на себя рукой?» Реже такой «тускловатый» рассказ отражает особенности личности пациента.

Но вы можете встретить и другое описание, где все настолько ярко и живо изображено, и при этом рассказ происходит на эмоциональном подъеме. Такие описания характерны для женщин с истероидной конструкцией личности. Это не значит, что вы сразу запишите «расстройство личности» – нет, это скорее так называемый истерический радикал, умеющий ярко и образно «говорить». Но вы способны предположить, что в этом рассказе не очень много страданий и страха.

Затем следуют стандартные вопросы: Как давно возникло? Как часто возникает? В каких ситуациях? Как симптом влияет на поведение? Что делает в такие моменты этот человек? Какие он осуществляет меры: принимает некие лекарства, использует определенные позы, чтобы уменьшить неприятные ощущения, жалуется окружающим или, наоборот, скрывает это от других людей?

Однажды один пациент рассказывал, как относятся к ощущениям в его голове близкие люди. Он сказал: «У меня очень заботливая семья, растут двое маленьких детей. И когда у меня возникают такие состояния, детишки не включают телевизор (я не выношу громких звуков!), они не говорят громко, они играют тихо». На вопрос: «А как они узнают о ваших ощущениях?», прозвучало: «Когда я иду с работы, они уже видят, что у меня есть это состояние». Представляете, какой страдальческой бывает мина больного, если даже четырехлетний ребенок замечает, что у папы проблемы с головой. Потому что на вопрос: «А говорите ли вы детям, чтобы они вели себя тише, поскольку вы плохо себя чувствуете?», он отвечает, что не говорит им ничего, у него такие хорошие дети, что сами видят все и понимают. Спрашиваем: «А как же они понимают?» Оказывается, у него страдальческое лицо, особая походка и т.д. В этом случае симптом предъядвляется уже всему окружающему миру: «Посмотрите, я достоин сожаления!»

Все это вы фиксируете, поскольку дальше, скорее всего, придется показать этого пациента специалисту-психиатру, который

будет решать вопрос о тактике психотерапевтической работы, потому что чаще всего такой симптом потребует психотерапевтического воздействия. В данном случае эта чрезмерная вовлеченность семьи в опеку над больным является одним из факторов, поддерживающих симптом. И ваше описание даст возможность специалисту сориентироваться, как ему дальше работать. На этом мы закончим обсуждать то, что является расстройством восприятия, а у врачей первичной медицинской помощи чаще всего называется «галлюцинация». Этот термин вошел в наш быт и, может быть, благодаря больным с алкогольной и наркотической зависимостью попал в жаргон под названием «глюки».

Лекция 4. НАВЯЗЧИВЫЕ МЫСЛИ, БРЕД

Это тема, которую врачи первичной медицинской помощи любят называть «навязчивые мысли» или «он говорит что-то странное». Поэтому в версии, которая ориентирована, напомним, для врачей первичной медицинской помощи, мы это так и называем: «бред, странные суждения, подозрительность, ощущение преследования, странная речь, странное поведение». В чем смысл данной версии? Она признает как бы один факт: если врачи привыкли так говорить, то легче приспособиться к их привычкам и вложить в них новое содержание, чем пытаться дать им жесткую регламентацию, не считаясь с врачебной позицией.

Для врача первичной медицинской помощи, в отличие от специалиста-психиатра, бред – редко встречаемый симптом, т.е. трудно предположить, что к врачу первичной медицинской помощи попадет пациент с бредовыми идеями, минуя психиатра. За исключением пожилых пациентов, на которых родственники махнули рукой и говорят, что «он на старости лет сошел с ума, поэтому смысла нет водить его к психиатру» (если при этом он не совершает нелепых, слишком странных поступков). У таких пациентов врач первичной медицинской помощи может быть первым специалистом, который сталкивается с бредом. Но у бредового пациента могут встречаться какие-то соматические заболевания, из-за чего он может пойти на прием к врачу первичной помощи. Или же этот пациент станет испытывать бред воздействия и считать, что на его внутренние органы действуют лучами

и парализуют работу, допустим, кишечника. И он пойдет с таким симптомом не к психиатру, а скорей – к врачу первичной медицинской помощи. У меня случались пациенты, которые до визита к психиатру ходили в санэпидстанцию и относили туда пищу на анализ, поскольку считали, что их отравляют. Но, как ни странно, ни один из них после такого визита не был направлен на консультацию к врачу-психиатру. Почему? Да по принципу: лучше с таким сумасшедшим не связываться, а то еще зарежет! Хотя в этом случае врач, проводивший анализ, должен был поговорить с таким человеком и спросить его, почему он считает, что может быть отравлен? Тогда пациент охотно бы рассказал, что жена и теща отравляют его уже в течение нескольких месяцев, что он сильно похудел. А врач, в свою очередь, должен был бы сказать, что за результатами анализов надо прийти с кем-то из членов семьи – тех, которые его не отравляют. Далее врач может сообщить родственникам, что этого человека следует показать психиатру.

Если бы это было сделано раньше, то и лечение такого пациента началось бы своевременно. Кроме того, пациент с подобным содержанием бреда, на ваш взгляд, социально опасен? Если он десять раз скажет жене и теще, что требует прекратить его отравление, а ему ответят, что он идиот, то на одиннадцатый раз он уже ничего не будет говорить, а просто изобьет их. В данном случае врач первичной медицинской помощи должен не уходить от своей ответственности, а просто обязан обеспечить консультацию специалиста.

Бред

Бредовые идеи – это ложные суждения и умозаключения, которые отличаются непоколебимой твердостью, не разделяются другими людьми, принадлежащими к той же культурной или социальной группе и обладающими таким же уровнем интеллекта, и стойко удерживаются, несмотря на все доказательства противоположного. Мой учитель, профессор Николай Витальевич Канторович, давал другое определение бреда: бред – это ложные суждения или умозаключения, тесно связанные с личностью больного, не поддающиеся коррекции и возникающие на патологической основе. Это тоже хорошее определение, но здесь отсутствует признак этнической и культуральной особенностей какой-то идеи,

потому что в этом высказывании есть понятие, тесно связанное с личностью пациента, принадлежащее лично ему, вытекающее из истории его жизни, что позволяло, когда было сформулировано озвученное определение, не говорить об этнокультуральной стороне.

Единственное слабое место в приведенном определении – «возникающие на патологической основе». Ведь доказательство этой самой патологической основы рождается из того, что ты говоришь – это бредовые идеи. Например, синдром острого бреда – там нет других особых симптомов, которые говорили бы о наличии какой-то особой патологической основы.

Сам острый бред не есть та патологическая основа, которая вызывает расстройство, мы не сможем найти какие-то особые доказательства наличия такой основы. Поэтому введение признаков принадлежности к определенной этнической культурной группе здесь вряд ли может помочь, поскольку для нахождения признаков бреда важен не сам характер высказывания, не сама странность идеи или ее необычность, а система доказательств, с помощью которых приходит к этой идее человек.

В Средние века идея того, что земля круглая и вращается вокруг Солнца, а не наоборот, не разделялась абсолютным большинством людей, а значит, противоречила здравому смыслу. Человек выходил на улицу и видел, что Солнце вращается по кругу на небосклоне. Почему же он должен был считать, что все происходит наоборот? Он выходил и, если жил в степи или на берегу океана, то видел необозримую плоскость, а отнюдь не шар, и он, доверяя своим глазам, делал вывод: «Человек, который говорит, что Земля круглая, – сумасшедший».

Для установления бреда гораздо важнее оценка того, как пришел человек к этой идее. Поэтому, когда врач оценивает ложность высказывания как признак болезни, для него очень важной является система доказательств, система, породившая эту идею.

Если вы видите перед собой пожилую женщину, которая почти от всех болезней лечится одним способом, смазывая больное место керосином, то это не значит, что у нее бред изобретательства, что она отыскала новое лекарство от всех болезней. Вы можете расспросить ее и узнать, что этим пользовались ее бабушка, мама в сибирской деревне, где она когда-то жила. Что в той культуре, где она выросла, аптек не было, как не было врачей, и люди пыта-

лись сами находить способы лечения. А воспринятое, усвоенное в детстве столь важно, что весь дальнейший опыт жизни в столице не дал ей оснований считать, что керосин отнюдь не является универсальным средством лечения всех болезней. Эта же женщина полагала: если ты хочешь похудеть, то мыться надо поменьше, потому что, когда ты моешься, вода впитывается в тебя. Ее опыт показывал, что почти всё, с чем она имела дело, легко впитывает влагу, например: тряпочка, которой она моет пол; деревяшка, опущенная в воду, станет в два раза тяжелее. Человеческое тело тоже впитывает влагу, отсюда и такая логика: хочешь похудеть – меньше мойся. Так что в диагностике бреда чрезвычайно важна логика *доказательства*. В описании бреда, его диагностических признаков обязательно должна присутствовать логика подобного умозаключения.

Бред очень редко предъявляется врачу первичной медицинской помощи в качестве жалоб на здоровье, поскольку если он будет предъявлен как жалоба, то потеряет признаки бреда. Идея, которая принадлежит человеку, воспринимается им как абсолютно правильная. Как же он может предъявить ее как жалобу? Дескать, я пришел к вам пожаловаться на свой бред, я считаю, что меня хотят убить? Но если я понимаю, что это бред, то тогда это уже не бред. Поэтому в быту мы называем словом «бред» глупые, странные и не очень доказуемые высказывания. Слово «бред» приобрело в бытовом понимании смысл «странные мысли».

Главный диагностический признак бреда – это то, что в качестве жалобы он как симптом болезни не предъявляется. Однако возможно предъявление жалобы на то, что человек считает следствием этой (бредовой) идеи. К примеру, если он думает, что на него воздействуют лучами и его тело в результате подвергается каким-то изменениям, то он может к вам прийти с жалобой на изменения в своем теле и попросить как бы противоядия от такого воздействия. А если пациент уверен, что его отравляют, то он, скорее всего, обратится к врачу с жалобой на то, что утратил аппетит, что каждый прием пищи вызывает у него приступ рвоты. И если врач первичной медицинской помощи не задаст самый простой вопрос: «Как вы сами считаете, что является причиной рвоты и вашего похудения?», то дальше последует цепочка неадекватных врачебных действий – направление на УЗИ, рентген желудка, гастроскопию. После чего прозвучит вердикт: у вас все

в порядке. А больной упрямо вопрошает: «Где же в порядке, если меня рвет?!»

Когда же вы более точно выясните ситуацию с этой рвотой, то может оказаться, что человек сам ее вызывает, потому что хочет остаться живым. Тогда резонно задать ему вопрос: «А может быть, ваша пища имеет какой-то особенный вкус?» И он ответит вам: «А что, мышьяк теперь стал вкусным?» Вот тогда вам станет ясно, что речь идет вовсе не о заболевании желудка, а предъявляемые пациентом жалобы являются косвенным отражением бреда.

Первое, что вы должны запомнить, когда работаете в первый раз с пациентом, у которого обнаружили бредовую идею, это не вступать с ним в дискуссию и не начинать строить систему доказательств, что он ошибается. Если вы начнете делать подобное, то не получите настоящей информации обо всей структуре бреда. В вас увидят очередного противника. В вас увидят человека, который говорит: «Ну, конечно, ты сумасшедший». А ведь одним из самых частых опасений пациента является то, что его не поймут, воспримут именно как сумасшедшего. Когда он заявляет, что его хотят убить, и даже прячется, то жена презрительно ему говорит: «На кой черт ты кому-то нужен! Ты на себя посмотри, ты что, президент Клинтон?» Если мы начнем дискутировать с пациентом, то, по сути, станем дискутировать с его чувствами: чувством близкой гибели («меня хотят убить»). Поэтому при первой и последующих беседах врача первичной медицинской помощи с пациентом разговор не должен включать оппонирования, дискуссии по поводу содержания бредовых идей. Во время расспроса уточните содержание и систему доказательств самой бредовой идеи: «Меня отравляют жена и теща». — «Как вы об этом узнали?» — «Я стал замечать, что у пищи имеется особый вкус. Я потерял аппетит, и меня тошнит после приема пищи, я потерял в весе». Вы задаете следующий вопрос: «На сколько килограммов вы похудели?» Пациент отвечает: «Я не взвешивался». — «А как же вы узнали, что похудели? Давайте посмотрим, когда вы шили свои брюки, сколько лет вы их носите и болтаются ли они на вас?» Вы смотрите и видите, что брюки сидят нормально. Но больной может и на самом деле похудеть, т.к. боится принимать пищу и испытывает страх.

Больному с бредом не следует предлагать обратиться к психиатру. Вряд ли он последует вашему совету. Правильней обра-

титься с таким предложением к членам его семьи и убедить их в том, что пациента следует показать врачу-психиатру. Вы должны сказать им, что находите признаки достаточно серьезного психического расстройства, поэтому пациент нуждается в лечении у специалистов и, если не помочь ему, то в дальнейшем все равно придется обращаться за такой помощью, но сделать это будет уже гораздо труднее. Как правило, первая реакция родственников – это страх помещения в психиатрическую клинику.

Я думаю, врачу первичной медицинской помощи не следует заниматься агитацией, что человеку необходимо лечь в психиатрический стационар. Он обязан сделать другое – настоять на том, что данный пациент обязательно нуждается в консультации психиатра. Врач первичной медицинской помощи обязан сказать, что дальнейшие шаги, дальнейшие решения предпримет специалист. Если вы этого не сделаете, клиент пойдет к знахарю. Правильнее будет сказать: «Рекомендую вам пойти к специалисту, т.к. это расстройство не вылечит знахарь, целитель. Я настоятельно рекомендую вам не обращаться к ним. Надежда на то, что это пройдет само по себе, достаточно мала – это спонтанная ремиссия, которая случается относительно редко». Вы должны обратить внимание родственников пациента на те странности в поведении, которые, с вашей точки зрения, могут быть опасными для его жизни или окружающих его людей. Необходимо построить на реальных фактах цепочку доказательств, показывающую, что отказ от психиатрической помощи нежелателен.

Лекция 5. БРЕД И ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С БРЕДОВЫМИ БОЛЬНЫМИ

На прошлой лекции мы говорили о бредовых идеях, или о бреде. Еще раз хочу подчеркнуть то, что наиболее важно в этом симптоме. Прежде всего, он никогда не будет предъявлен в качестве симптома болезни, потому что тогда нивелируются признаки определения бреда. О том, что это бредовые идеи, вы всегда узнаете косвенным способом или по поведению пациента, о котором вам расскажут его близкие, либо по другим признакам, которые заставят вас предположить наличие бреда. Например, человек испытывает какие-то боли во всем теле, боли, причиной которых он

считает воздействие из космоса. В данном случае вам предъявляют симптом не как идею, что на него воздействуют, а как жалобу на ощущение, связанное с этой бредовой идеей. И таким образом мы можем сказать, что чаще всего бред с чем-то связан, к примеру с настроением пациента (это врач первичной медицинской помощи как раз и должен выяснить). Допустим, у человека печаль, тоска, депрессия, и у него возникает бредовая идея греховности, он говорит, что грешен.

Вспоминается один случай. Человек, военнослужащий, приехал из другой республики, где занимал большой пост в системе МВД. Испытывая бред виновности, он приходил к министру МВД и требовал у помощника его принять. А поскольку имел высокий чин, его просьба была быстро удовлетворена, но перед приемом помощник министра спросил о причине посещения. На что человек ответил, что пришел для того, чтобы его судил военный трибунал, т.к. он совершил страшный поступок, очень грешен. Помощник сильно испугался, решил, что дело идет о каком-то служебном преступлении, и попросил полковника подробнее рассказать о произошедшем. Тогда тот сказал, что здесь, в отпуске, он вступил в связь с замужней женщиной, тем самым обманул свою жену и мужа своей любовницы. На что помощник улыбнулся и ответил: «Ну что вы, товарищ полковник, если все наши офицеры, которые изменяют своим женам, станут приходиться к министру, то он только этим и будет заниматься. Скандала нет? Муж ничего не знает? И слава Богу!»

Однако в этой истории занимателен не разный взгляд людей на сам факт измены, тут важно другое. Для того чтобы интуитивно понять, что речь идет о бреде, вовсе не обязательно быть врачом. И поэтому, когда полковник в третий раз пришел на прием, настаивая на своём осуждении, помощник вызвал дежурных офицеров, и нашего героя-любовника привезли не в военную прокуратуру, а в психиатрическую больницу, не сомневаясь, что это болезнь. И они оказались правы, потому что мы говорим: ложная идея не характерна для данной культуры, данной популяции, не разделяется данной популяцией, но имеет абсолютность, непоколебимость. В этой милицейской популяции, где офицеры часто ездят в командировки, идея измены не могла рассматриваться как подсудное дело. Ведь помощник министра сказал, что если за это судить, то кто тогда служить будет. Он был представителем куль-

туры, которая говорила – эта идея ложная, а поскольку полковник приходил три раза, то помощник понял, что идея эта еще и непоколебима.

Повторюсь: для того чтобы диагностировать бред и отправить пациента на консультацию к психиатру, в большинстве случаев действительно не нужно быть крупным специалистом в области бреда. Это легко диагностируется. В работе врача первичной медицинской помощи с бредовым больным самое трудное – обеспечить *психиатрическую консультацию*. Какие ошибки и почему могут возникать у врача первичной медицинской помощи? Бредовый пациент часто вызывает страх: «А не начнет ли он меня душить?» Вот этот помощник, который привез полковника, так и сказал: «Я позвал офицеров, потому что боюсь, что он кинется на меня». Я спросил, почему человек, который считает, что его надо расстрелять и требует расстрела, будет на вас кидаться? Ответ был таким: «Потому что он, наверное, сумасшедший – видно же». Вот это чувство страха и возникает у врача первичной медицинской помощи, и оно приводит к тому, что от бредового больного избавляются (изолируют его от общества).

Сложно и трудно вызывать родственников пациента, консультировать их. Трудно профессионально отвечать на нелепые вопросы и требования пациентов. Проще сказать: «Мы сделаем вам анализ и через несколько дней узнаем, каким ядом вас травят». Или: к врачу пришел пациент и требует, чтобы коллеги врача, сидящие в соседнем кабинете, перестали его гипнотизировать, ибо они действуют на него гипнотическими лучами, а он зашел в этот кабинет потому, что отсюда луча нет. Пациент настаивает, чтобы этот порядочный врач, не пускающий на него лучи, обеспечил бы его безопасность и запретил другим врачам воздействовать болезнетворными лучами. И тогда врач первичной медицинской помощи говорит: «Хорошо, хорошо, вы только не волнуйтесь». И потихонечку выпроваживает его из кабинета со словами: «Я обязательно с ними поговорю; более того, скажу главному врачу и зам. главврача, чтобы они навели порядок». Такой врач не должен удивляться, если через месяц этот же пациент придет к нему в кабинет и ударит его, потому что он ничего не сделал, чтобы помочь больному. Ведь тот получил твердое обещание, что гипнотическое воздействие будет прекращено. Но это не было и не могло быть выполнено, поскольку подобные слова не устра-

нят бредовую идею, не снимут ее. Тогда больной понимает, что больше обращаться уже некуда. Он нашел одного человека, который не действует на него лучами, но и тот оказался предателем. Бред развивается дальше, и больной может подумать так: «Может быть, он и есть тот главный, кто стоит во главе этой команды, и тогда шефа такой преступной группировки надо бить». Так что попытка бытового решения проблемы бредового пациента никогда не заканчивается удачно.

История психиатрии показывает, что раньше психически больных пытались лечить бытовым, логически понятным «способом». Например, если у пациента нигилистический бред, в котором отрицается наличие всего тела, т.е. тело умерло (это редкий бред), или отмерла какая-то его часть (например, голова), человеку надевали на голову громадный свинцовый колпак, чтобы больной почувствовал, на что он надет. А больной, тем не менее, утверждал, что колпак стоит на плечах. Такого рода доказательства не меняют бредовой идеи. Когда я был молодым врачом, то испытывал при встрече с подобным больным чувство бессилия. Как всякому молодому врачу, мне хотелось, чтобы мои больные поправлялись завтра, лучше сегодня – же вечером, после нашей встречи (ведь они со мной встретились!). Это было написано у меня на лбу: «Ты должен, ты обязан сделать их здоровыми!» Я приходил в отчаяние от работы с пациентами, которые говорили, что у них нет тела, что у них умерло сердце и оно не бьется. Я хватал их руку и говорил: «Ну вот же пульс, вы чувствуете удары?!» А в ответ получал: «Да, но это сокращаются омертвевшие мышцы». И здесь, кроме терпения и понимания того, что человек нуждается в помощи (и достаточно долгой), ничего не нужно пока предпринимать.

«Почему трансформируется бред?» – это очень сложный вопрос в психиатрии и вместе с тем, по-видимому, простой. Содержание бреда во многом отражает идеи своего времени, того времени, в котором живет человек. Сейчас очень популярна идея обитаемого космоса, а потому одной из самых частых бредовых идей стал бред воздействия, при котором виновниками являются именно инопланетяне. Мы становимся более религиозными – и у нас появляется религиозная атрибутика или эмбрионы религиозного сознания. Правда, оно, скорее, носит языческий характер, и к Богу мы прибегаем тогда, когда нам плохо. Мы говорим: «Боже,

спаси меня или помоги мне!», зато, когда нам хорошо, почти никто не говорит: «Боже, спасибо! Мне сейчас хорошо!» И ведь это искусственный прием – чтобы показать то, что у нас пока еще в зародыше. Но все равно бредовые идеи религиозного содержания стали встречаться значительно чаще.

Если я «прокручу» свою жизнь, то замечу следующее. Тридцать пять лет назад бредовые идеи религиозного содержания встречались только изредка, и то у пожилых людей, которые были носителями прежнего религиозного сознания. Зато сейчас я давно уже не видел пациента, который считал бы себя объектом преследования ЦРУ. Наша любовь к США теперь столь велика, что ЦРУ рассматривается как гуманитарная организация, главной задачей которой является поставка лекарств в Кыргызстан. А раньше пациентов, считавших, что за ними наблюдают агенты ЦРУ, было очень много, однако не так, как тех, кто подозревал, что за ними следит КГБ. Здесь я позволю себе высказать одну идею: видимо, людей, которые всерьез воспринимали ЦРУ, было все-таки меньше, чем тех, которые боялись КГБ. Я думаю, что в содержании бреда чаще присутствовали собственные отечественные органы безопасности. Но сейчас и КГБ, и другие структуры редко фигурируют в содержании бреда (народ как-то расслабился, всё можно говорить), а вот тема космоса чрезвычайно популярна и отражается в бредовой идее воздействия.

Значительно реже, но все же встречается бредовая идея преследования. И если мы говорили, что бредовые идеи виновности и греховности сопряжены с чувством печали, тоски и депрессии, то идеи преследования связаны с иным эмоциональным состоянием – тревогой и страхом. Запомните: когда у пациента присутствует идея преследования, то всегда имеются тревога и страх. Трудно представить себе человека, который, являясь объектом преследования, считая, что с ним можно сделать все, что угодно, вплоть до убийства, при этом не испытывал бы страх. Часто идеи преследования возникают не только из аффекта тревоги, но и из слуховых галлюцинаций: когда больной слышит, как какие-то люди собираются его убить. Мнимый голос (слуховая галлюцинация) говорит о том, что тебя убьют, а такая идея – это уже бред. Если я 5–6 раз повторю вам, что Земля, по данным последних исследований, сделанных со спутника, все-таки плоская, а не круглая, это не станет вашей идеей, поскольку не явится частью

вашей личности, вашего «Я». А вот бред рождается тогда, когда ты слышишь этот голос и перерабатываешь его в качестве бредовой мысли, поскольку галлюцинации – часть человеческого «Я». Бред может возникать не только из тревоги, страха, депрессии, но и из галлюцинаций.

Журналисты безумно любят задавать вопрос о бреде величия. Одна журналистка заранее прислала мне «опросник», первый пункт которого начинался со слов: «Вот раньше больные считали себя Наполеонами...» Откуда она это взяла? Я, например, в жизни своей не видел ни одного больного, который считал бы себя Наполеоном. Все больше видят себя президентами. Дело в том, что бред величия появляется очень редко, так как он чаще всего связан с повышенным настроением, а последнее встречается значительно реже, чем депрессия. И врач первичной медицинской помощи почти не сталкивается с повышенным настроением пациентов. Не случайно мы с вами будем много говорить о депрессии и крайне мало о повышенном настроении, которое называется маниакальным.

Почему же тогда мы все-таки заговорили о маниакальном настроении? Да потому что в быту бред называют манией. «У этого человека – мания преследования». Данное бытовое выражение перешло в лексикон врачей первичной медицинской помощи. Я встречал в истории болезни следующую запись: «У больного – мания преследования: считает, что в нашей поликлинике его плохо лечат». По-видимому, это был единственный разумный человек в этой поликлинике, который правильно оценивал качество оказываемой ему помощи. Но для врача такое недовольство больного – это мания преследования, что врачи плохо лечат и хотят загубить данного человека. Конечно, это неверная идея. Врачи работали как могли и, в конце концов, объяснили недовольному пациенту: если будешь приходить еще, мы тебе такое устроим, что ты отсюда вперед ногами уйдешь. Так что применение слова «мания», термина «мания» в отношении бреда является неправильным.

Еще один вид бреда – бред значимости, или бред отношения. В последние годы используется понятие «бред отношения», когда человек относит к себе те события, которые не имеют к нему отношения. Причём он придает им особую значимость. Почему-то этот вид бреда врачами первичной медицинской помощи неверно истолковывается.

Больной считает, что к нему плохо относятся. А когда пациент так считает, то это может быть бред виновности, и тогда он скажет: «Они правильно поступают, потому что я – плохой человек, я замечаю это на лицах людей, которые отворачиваются от меня, когда я иду». Или это может быть бредом преследования: «Люди ко мне плохо относятся и решили меня убить». На самом же деле бред отношения – это когда мы придаем значение каким-то явлениям, которые не имеют к нашей личности никакого отношения. Так, у одной моей пациентки появилась бредовая идея, что в нее влюблен известный киноактер, и когда по телевидению показывали фильм с его участием, она была уверена в том, что все ОРТ работает на то, чтобы сделать ей приятное. Или: когда какой-то звук раздавался в комнате, то она оценивала это как сигнал того, что сейчас для нее произойдет что-то важное. Даже телефонный звонок в отделении она оценивала как несущий какую-то информацию о ней.

Следующее расстройство, которое чаще всего может быть предъявлено пациентом невропатологу или семейному врачу, а психиатру или психотерапевту вряд ли, – это навязчивые, или обсессивные, идеи. Обсессивная идея – та, которая чужда самому пациенту, с которой он пытается бороться, отгоняет ее от себя. Если бредовые идеи – это часть человеческой личности, часть ее души, а нередко и главная идея жизни, то обсессивная мысль – это чуждая идея, которую пациент пытается преодолеть. Отсюда и ее название – навязчивая, навязанная.

Обсессивные идеи предъявляются пациентом активно. Их главный диагностический признак – это ощущение чуждости, попытка сопротивляться данной мысли. Такая идея вызывает у пациента чувство тревоги или страха сумасшествия, она накладывает серьезный отпечаток на его поведение: например, у человека появляются навязчивые хульные, т.е. ругательные мысли в адрес Бога. Что начнет делать религиозный человек? Для атеиста поносить Бога – его основное атеистическое занятие. (Мне всегда казалось, что самые отъявленные негодяи и безбожники – профессиональные атеисты, люди, которые построили свою идею на цинизме.) Я не религиозный человек, но глубоко уважаю по-настоящему верующих людей. Если они еще и поступают по-христиански, то это прекрасно! Но сделать своей профессией опровержение Бога – это мне всегда представлялось омерзительным. И лишним дока-

зательством омерзительности этих людей стало то, что многие из них быстро *перекрасились* в специалистов по религиоведению. Во всем мире религиоведами являются верующие люди, специалисты в своей вере. Но поскольку у нас таких немного, то пришлось вчерашних атеистов переделать в религиоведов.

Так вот, хулить Господа – такого не произойдет с бредовым пациентом. Это, скорее, возникнет у пациентов с навязчивостями. Болезнь как бы делает человека нравственнее (на бессознательном уровне он не ответствен за эти мысли, а на сознательном – борется с ними). Как поменяется поведение религиозного человека, если у него возникнут ругательные мысли в адрес Бога? Возможны разные варианты: будет ходить и просить спасти его от этой напасти. Но если священник, которому он исповедовался, окажется неудачным собеседником, и если вместо совета «молись, молись» не даст совета обратиться за помощью к профессионалу, то больной человек может перестать ходить в церковь, потому что для него это особенно греховно, ибо в этом, святом для него, месте у человека возникают хульные мысли. Затем он начинает страдать оттого, что не посещает службу, но всё-таки подобным образом спасает свою душу и не наносит оскорбления тому, во что свято верит. То есть мы видим, что при обсессиях поведение человека серьезно меняется, возникают формы охранительного поведения, чтобы предотвратить опасность.

В работе психиатра, и вообще врача, должно использоваться всё, что происходит в данную секунду с пациентом. Предположим, в соседней аудитории идет тренинг, и, выполняя упражнения, люди прыгают, из-за чего рядом, в аудитории, где происходит беседа с больным, качается пол. Не зная о ситуации, можно подумать о землетрясении, тем более что мы живем в сейсмической зоне. Предлагаем зайти в соседнюю аудиторию и посмотреть, что же там происходит. Если человек возвращается и говорит, что там люди скачут, и после этого продолжает спокойно писать лекцию, забывая мысли о землетрясении, то это не патология. Но если он скажет: «Да, я понимаю, что там прыгают люди, довольно грузные, и, естественно, пол может трястись, но я ничего не могу поделать с собой, мне все время хочется выбежать на улицу, т.к. я считаю, что это землетрясение». Вот это и есть обсессивная мысль, из-за которой этот человек боится помещений и его поведение ориентировано на возможность землетрясения.

Как правило, при obsссиях у пациента есть страх, что он «очень» сумасшедший, поэтому, даже придя за помощью к врачу-невропатологу, пациент вначале рассказывает о чувстве тревоги, напряжения, а потом, как бы между прочим, скажет, что ему в голову все время приходит мысль, с которой он не в силах справиться. И, наконец, то, о чём спонтанно почти никогда не говорит пациент, – это как перестраивается его поведение. Вот об этом-то и должен расспросить врач первичной помощи, если к нему пришел такой пациент.

Почему люди не рассказывают об охранительном поведении? У меня есть критические отношения к собственному состоянию, я пришел к врачу и хочу, чтобы *меня* вылечили, я пришел за помощью. Человек боится самой простой вещи – что он действительно сумасшедший, что если врач услышит о том, что он каким-то особым способом открывает дверь, не притрагиваясь к дверной ручке, то жестко скажет: «Ну, дорогой, тебя ждут в психиатрической больнице». И именно потому, что навязчивая идея сильна, что она изменила жизнь, сделала человека другим, хотя чужда его личности, она и вызывает страх и тревогу. Например, он не может идти, если рядом нет постороннего человека, поскольку у него в голове постоянно навязчивая мысль: я могу умереть, и никто не окажет мне помощи. И он боится, что если скажет о том, как ходит всегда рядом с родственником, то врач схватит его и потащит в сумасшедший дом.

Не придумывайте сложных вещей – поступки людей чаще всего определяются чувствами. За поступком, повторю, следует искать чувство, не мысль, а чувство (например, стыда, страха). Если вы прочитали мою книжку «Психологические основы врачебной деятельности», то она начинается со случая, когда человек на пари затолкал себе в прямую кишку бутылку и 3–4 дня не обращался за медицинской помощью. Какая мысль им руководила? Он, начальник цеха, мог предположить, что бутылка рассосется? Нет, им управляло чувство стыда: как же я, взрослый человек, отец троих детей, управляющий сотнями людей, мог на Новый год так напиться, что совершил такой дурацкий поступок! И когда его осматривали, он тоже молчал, даже когда рентгенолог сказала ему: «Послушайте, я с ума схожу! Я вижу у вас в прямой кишке бутылку! Вы что, не знаете, что у вас там бутылка?» Представьте себе изумление рентгенолога, когда она увидела бутылку?!

Да, поведением людей управляют, прежде всего, чувства, и именно они заставляют пациента умалчивать иногда об очень странных формах поведения, которые возникают при обсессивных идеях, поскольку он боится шокировать врача.

Кстати, подчас врач первичной помощи может это выяснить лучше, чем профессионал, на двери кабинета которого написано «психиатр». Это слово пугает, поскольку хозяин такого кабинета – человек, являющийся посредником между стулом, на котором сидит в поликлинике пациент, и койкой в психиатрической больнице. Врач же первичной медицинской помощи отдален от психиатрической больницы, и если он будет вдумчиво работать с пациентом, то может получить такую информацию, какую затруднительно собрать даже врачу-специалисту.

Описание обсессивной идеи, или навязчивой мысли, происходит традиционным, стандартным образом в том случае, если это один из главных симптомов вашего пациента. Описывается само содержание, что именно навязывается и как рассказывает об этом пациент – со смущением или с улыбкой. И врач вправе задать вопрос: «А почему вы сейчас улыбаетесь, рассказывая об этом? Вам приятно, что у вас есть такое явление, такие мысли?» Ответ: «Да нет, мне самому смешно, стыдно вроде бы, а вот поделать с собой ничего не могу». Тогда вы понимаете, почему возникает эта улыбка на лице. Вы расспрашиваете и описываете, как реагирует его окружение на данный симптом, на его измененное поведение, дают ли ему советы и какие. Пойти к целителю? И в этом случае вы спрашиваете, ходил ли он к целителю. Если человек говорит, что нет, не ходил, потому что не верю таким людям, тогда вы получаете пациента, ориентированного на медицину. Есть, правда, вариант, когда пациент может быть ориентирован и на врача, и на целителя. Если бы пациенту понравился целитель, то он мог оказаться не у врача, а у знахаря. Или же он скажет вам, что уже ходил, и не раз, но это ему не помогло.

Какую консультацию вы должны дать в этом случае ему и его близким? Сказать, что сумасшествие (если он понимает под ним совершенно нелепое, неконтролируемое поведение, длительное и обязательное пребывание в психиатрической больнице, утрату работы, семьи) ему не грозит, что имеющийся у него симптом – тяжкий, с ним трудно жить, но это состояние лечится, что, к сожалению, лечение предстоит трудное, долгое и не всегда доста-

точно эффективное, нужно набраться терпения, что его, вероятно, ждут траты на лекарства и что, конечно, лучше всего ему может помочь не врач первичной медицинской помощи, а специалист-психотерапевт. Так, по ходу консультации вы дадите направление к психотерапевту.

Родственникам пациента (в зависимости от того, кем они его считают – безвольным, или сумасшедшим, или человеком, на которого уже нужно махнуть рукой или непременно «затолкать» его в психиатрическую больницу), вы объясняете, что это заболевание относится к группе неглубоких психических расстройств, однако оно причиняет человеку большие страдания, что ни в коем случае его нельзя обвинять в безволии. Но если позиция родственников требует корректировки, то вы ее проводите. Вы говорите им, что направление к психотерапевту отнюдь не означает признания вами у этого человека тяжелого психического заболевания. И что в данном случае для оказания помощи лучше всего обратиться именно к врачу-психотерапевту. Как амбулаторный хирург не может провести операцию на сердце, если оснащение его кабинета, да и его профессионализм не позволяют этого сделать, так и ваше направление этого человека к психотерапевту вовсе не означает, что речь идет о тяжелой, неизлечимой болезни.

Следующее, что мне понравилось у Д. Голдберга, но как бы не имеет медицинского специального термина, это, скорее, бытовая терминология, однако вполне приемлемая для врача первичной помощи: чрезмерная озабоченность какими-то мыслями, что не всегда является свидетельством патологии. Например, если у человека финансовые проблемы, его озабоченность этой ситуацией вполне закономерна, но некоторые мысли, занимающие пациента чрезмерно, могут относиться к разряду патологических. Самой частой из них является мысль о наличии какого-то заболевания, так называемая ипохондрическая идея. К вам обращается пациент с жалобами на постоянные головные боли, и вы расспрашиваете его о характере этой боли, о том, как давно она возникла и какие средства он использует, чтобы помочь себе. Можете расспросить его, какие он проходил диагностические обследования, и одновременно с этим задать вопрос: «Много ли вы думаете о проблеме своей головной боли?» И тогда пациент (возможно, с гневом) может вам сказать: «А вы, доктор, не думали бы, если бы она у вас все время болела?!» И я бы честно ответил: «Я бы думал».

А после этого спросил бы: «К какой идее вы пришли в результате своей озабоченности, чего вы опасаетесь и чего боитесь?» Действительно, чего боится современный человек? Прежде всего, опухоли мозга (логика простая: если болит голова, значит, там опухоль). Он говорит: «Ну вот, теперь вся надежда на вас!» Вы спрашиваете: «Какая мысль у вас по поводу своих головных болей?» И в 95% случаев вы слышите такой ответ: «Ну, опухоль, наверное», хотя пациенту была сделана томограмма, которая ничего не показала (но ведь голова-то болит!). И я всегда после этого задаю другой вопрос: «Вы много раз обращались к врачам по поводу головной боли. С кем из них вы обсуждали проблему того, что у вас, возможно, опухоль в голове?» – «Ни с кем». – «Почему?» – «Меня же не спрашивали». – «А как вы оказались в диагностическом центре, чтобы исследовать голову?» – «Сам пошел, деньги заплатил».

Это стандартная ситуация: врач получил кусочек целостного человека, с этим кусочком поработал, но ведь в стороне осталось самое главное – идея и чувство. Когда вы спросите об этом чувстве, то поймете, что речь идет о депрессии, что человек уже похоронил себя. Он идет в онкологический институт, чтобы узнать правду, отчего это, но вначале заходит к психиатру (если больной обращается к психиатру, значит, он все другие возможности уже исчерпал). А еще – потому, что, если вначале пойти к онкологу, то это уже всё – узнать правду! Между тем у него имеет место головная боль напряжения, связанная с депрессией. Многолетняя дистимическая депрессия и дистимическая головная боль напряжения! И если врач первичной медицинской помощи хорошо работает с описанием этого симптома, то догадается, какой мыслью этот человек чрезмерно озабочен.

Если вы видите сосредоточенность больного на определенной мысли, то следует спросить, может ли он выбросить эту мысль из головы? Если нет, то что мешает ему это сделать, что заставляет его сосредоточиваться на ней? Но самая опасная из идей такого рода – это мысль о самоубийстве, или мысль, скорее всего, о нежелании жить. Такие мысли пациентов для врача весьма затруднительны и неприятны. Я ловил себя на том, что мне трудно спрашивать пациента, хочет он жить или нет, и не возникали ли у него мысли покончить жизнь самоубийством. Мне самому понадобилось несколько лет работы над собой, чтобы легко и есте-

ственно задавать пациентам такие вопросы в тех случаях, когда я вижу намек на тревогу или депрессию.

Чувство, которое возникает во время подобных вопросов у врача, называется «страх». Страх натолкнуться на такое, что и не будешь знать, что с этим делать. Так же, как дети боятся заходить в темную комнату. Вот он возьмет и скажет: «Да, доктор, я решил повеситься и уже два раза вешался». И тогда у врача возникают мысли: «Как быть? Бежать и вызывать скорую психиатрическую помощь? А если он выйдет из моего кабинета и вправду повесится? Меня же еще и к прокурору отправят». «Давайте-ка, лучше не будем трогать его...», – думает врач, и это происходит в основном бессознательно. А если задать вопрос врачу, почему он не выяснил наличие или отсутствие суицидальных мыслей, то он может пожалть плечами и сказать: «Ну больной же ничего не говорил о том, что ему жить не хочется». Поэтому вопрос о нежелании жить задается в случае психических расстройств всего лишь половине ваших пациентов. Между тем, если вы обнаруживаете у них такие симптомы, как тревога и депрессия, то в этом случае данный вопрос необходим, и тогда вы просто обязаны расспросить пациента, насколько он поглощен этой мыслью, насколько она его занимает, в каких ситуациях к нему приходит.

А теперь то, что связано с мышлением и является неотъемлемой частью этого психического процесса, – речь. Врач должен отметить темп речи: ускорена она или замедлена, ее сбивчивость, перескакивание с одной мысли на другую, непоследовательность. Особенности речи пациента хорошо диагностировать по чувствам, которые вызывает данная речь у врачей. Например, чувство скуки, раздражения. Такая речь характерна для людей с ригидным мышлением и вязкой обстоятельной речью, когда им трудно переходить с одной мысли на другую. Как правило, в психиатрии традиционным считается, что ригидность мышления и такая речь – вязкая, монотонная, вращающаяся вокруг одной мысли или трудно переходящая от одной мысли к другой – характерна для людей с органическим поражением мозга. И это является как бы диагностическим признаком данного расстройства.

Однако чаще всего ригидность мышления наблюдается у больных с тревогой именно из-за поглощенности одной какой-то мыслью, каким-то страхом. Вспомните самих себя: если мы кому-то соврали или кого-то подвели, как нудно мы оправдыва-

емся! Нами управляет страх, что мы недостаточно убедительны и доказательны, поэтому самая утомительная речь отличается у тревожного пациента.

Тревога – один из частых симптомов органических расстройств. С чем еще может встретиться семейный врач, так это бредовые идеи ущерба, которые часто наблюдаются у пожилых людей, – идеи обкрадывания. Если врач первичной медицинской помощи не разберется с симптомом, он может выступить в качестве обвинителя родственников в плохом обращении со стариком или пожилым человеком и даже пригрозить им наказанием. В советское время нередко устраивались суды, писались фельетоны о нехороших детях, которые вышли в начальники, но плохо обращаются со своими родителями. На 90% все эти суды, фельетоны отражали лишь одно: в погоне за ярким фактом журналист просто не понял, что имеет дело с больным человеком. В то же время тревога – как один из самых частых, но не всегда отмечаемых симптомов органических расстройств – усиливает «органичность» речи этих пациентов.

Лекция 6. ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ). РАССТРОЙСТВА ВНИМАНИЯ И ПАМЯТИ

Работая с пациентом, врач первичной медицинской помощи должен оценить характеристики внимания и их нарушение, дать оценку функции внимания пациента. Целесообразно остановиться всего на нескольких характеристиках, т.к. **нарушение внимания** вряд ли можно рассматривать как самостоятельный симптом. Оно всегда связано с расстройством какой-либо другой, более глобальной, функции. Например, с выраженной тревогой, которая дезорганизует психическую деятельность, что нарушает возможность концентрации внимания. При нарушении сознания поглощенностью какой-то одной мыслью или переживаниями (например, наплывом галлюцинаций) больной также не в силах сконцентрировать внимание. В данном случае врач первичной медицинской помощи описывает, легко или трудно концентрирует внимание его пациент, насколько он отвлекается. Врач также может отметить, насколько внимание пациента

сосредоточено на одной какой-нибудь мысли или переживаниях. Это позволит дальше сопоставить особенности внимания с другими нарушениями, о которых я уже говорил, и описать их более подробно.

Вторая характеристика внимания, которую вы должны дать, – это насколько оно устойчиво (долго ли больной способен концентрироваться на чем-то). Истощаемость внимания характерна для выраженной утомляемости пациента. Это признак, пожалуй, самого неспецифического и самого распространенного патологического расстройства – астенизации. Жалобы на плохую концентрацию внимания пациенты предъявляют чаще всего косвенно – как расстройство памяти. Редко вы встретите пациента, который скажет вам, что у него плохая концентрация внимания, что ему трудно долго сосредоточиваться на чем-то, что он быстро отвлекается. Чаще всего вы услышите жалобу на плохую память, но не стоит принимать это как установленный факт. Если вам сказали, что за последнее время резко ослабла память, задайте следующий вопрос: «А как вы это замечаете?» Чаще всего последует чисто бытовое объяснение: «Вот положу куда-то ключи, а потом не могу их найти». Тогда адресуйте ещё один вопрос: «Попробуйте вспомнить эту ситуацию. Может быть, вы думали о чем-то другом, когда положили ключи в какое-то необычное место? А может быть, вы сделали это как бы машинально? Вспомните, о чем вы тогда думали?» И далее задавайте вопросы, которые будут ориентированы на оценку внимания, например: «Долго ли вы можете, не отвлекаясь, смотреть телевизор? Или же замечаете, что вот уже 10–15 минут, несмотря на нечто интересное, происходящее там, вы думаете совсем о другом?», «Когда вы читаете книгу, не замечаете ли, что через 15–20 минут ваши мысли где-то далеко от того, что там написано?»

Почему же больные говорят не о нарушениях внимания, а о своей плохой памяти? Дело в том, что память, о которой мы будем рассуждать дальше, во многом в бытовом сознании человека, а иногда и врача первичной помощи, является эквивалентом понятия «хорошая психическая деятельность». Она рассматривается как своеобразный индикатор, показатель психического состояния человека. Если хорошая память, значит, хорошее психическое состояние; плохая память, стало быть, я в плохой форме. Поэтому и предъявляется то, что больше всего беспокоит.

Сейчас во многих странах мира, в том числе и в странах СНГ, детей пробуют учить азам устройства человеческого тела (изданы различные детские энциклопедии), поскольку это действительно очень важно для нашей жизни – знать, как мы устроены. Как бы мы не были далеки от техники, однако имеем общее представление о внутреннем устройстве часов: внутри есть какая-то пружинка (если это механические часы), имеются какие-то колесики, и когда мы заводим часы, то закручивается эта пружинка, а когда она раскручивается, то вращает стрелки.

Мы (большинство из нас) имеем, пусть очень смутное, но все-таки хоть какое-то представление о бытовой технике, с которой соприкасаемся, например о стиральной машине. То есть это для нас не абсолютно неведомая и загадочная вещь. Логично думать, что человек должен бы значительно лучше разбираться в устройстве своего организма, чем бытовой техники. Но, оказывается, люди очень плохо знают свое тело и совершенно не понимают психики, её функций и пр. Когда человек предъявляет вам жалобы на некие соматические страдания (например, на сердечную боль), то он хотя бы ориентирован, в какой части тела находится его сердце. Большинство людей знают, что печень – справа, но о том, что у человека есть сознание, эмоции, чувства, настроение, внимание и другие психические функции, наш пациент в основном не ведает. Поэтому, исходя из своих поверхностных представлений об устройстве психики, он и рассказывает о возможных ее нарушениях. Но поскольку нормальное представление отсутствует, то, соответственно, и рассказ о «поломках» может быть очень искаженным. Жалобы на плохую память как основное расстройство чаще всего являются жалобами на плохую концентрацию внимания. Вот, собственно, все, что должен описать и знать о внимании врач первичной медицинской помощи.

Следующая функция, с расстройствами которой мы начинаем знакомство, – **память**. Какие расстройства памяти часто встречаются в практике врача первичной медицинской помощи? Прежде всего, это фиксационная амнезия, т.е. плохое запоминание текущих событий. Она наиболее характерна для людей с церебральным атеросклерозом, с болезнью Альцгеймера – патологией, которая раньше называлась старческим слабоумием. Фиксационная амнезия является также показателем депрессии и тревоги. И возникновение её приводит к той жалобе на потерю памяти, с кото-

рой может обратиться к врачу первичной медицинской помощи пациент с тревожным расстройством.

Пациент начинает испытывать страх оттого, что «ослабеумевает», теряет способность мыслить, запоминать, утрачивает то, что называется психической работоспособностью. Поскольку человек, даже занятый физическим трудом, обязательно использует при этом и психику, то утрата психических возможностей (фиксационная амнезия) приводит пациента к усилению тревоги. Возникает своеобразный замкнутый круг.

В дальнейшем я дам вам несколько простых тестов для изучения памяти и наличия или отсутствия гипомнезии (снижения памяти) или амнезии (отсутствия памяти, неспособности запоминать, сохранять и воспроизводить информацию). Пациенту с жалобами на плохую память вы можете задать несколько простых вопросов: «Какое сегодня число, день недели, месяц?» Этот вопрос нельзя задавать, предварительно не обсудив с пациентом проблему его памяти. Представляете, у вас на приеме человек, который занят интеллектуальным трудом, он пришел к вам пожаловаться на проблему с написанием учебника по высшей математике, и ваши вопросы: «Фамилия? Какое сегодня число, месяц, день недели и год?» – вызовут крайнее недоумение, недоверие к врачу и, возможно, разрыв отношений. К исследованию памяти надо подходить осторожно, предварительно обсудив с больным ее особенности.

Вопросы, ориентированные на изучение памяти, лучше задавать после предварительного вопроса: «Имеются ли у вас какие-нибудь проблемы с памятью?» Если человек говорит, что нет, то можно задать другой вопрос: «А что дает вам право так утверждать? Приведите пример вашей хорошей памяти». Большинство людей не утверждают, что у них очень хорошая память, если приходят к врачу первичной медицинской помощи, потому что, даже если у них не психическое расстройство, а соматическое заболевание, оно все равно ухудшает концентрацию внимания, следовательно, и запоминание. Если человек вам сказал, что у него бывают проблемы с памятью, тогда резонно задать следующий вопрос: «Давайте посмотрим, насколько значительны эти проблемы. Например, вы помните, какое сегодня число?» – «Конечно, помню». Если человек справляется с такой задачей, то дальше подбадривайте его. Задайте вопрос чуть посложнее: «А помни-

те ли вы, что ели сегодня на завтрак?» Он говорит: «Разумеется, помню». Далее вы можете спросить: «Вы женаты?» – «Да, я женат». – «У вас есть дети, когда они родились?» При грубых расстройствах памяти даты, события могут быть перепутаны, а порой и забыты.

Вы вправе спросить о приемах, которые человек использует, чтобы восполнить проблемы запоминания. Например, он записывает информацию, но, если это не помогает, смотрит в органайзер. Вам известно, что люди завязывают какие-то узелки или кладут какие-то вещи на видное место, чтобы не забыть их взять. То есть, вы расспрашиваете вашего пациента, есть ли у него система поведения, помогающая ему восполнять пробелы запоминания. Далее вы обязательно расспрашиваете о чувствах, которые вызывает у него проблема с памятью. Когда такие нарушения не очень значительны, пациенты досадуют на это расстройство, принимают меры, лечатся. При депрессии же и тревоге ухудшение запоминания – гипо- или амнезия – вызывает у человека страх: «А не потеряю ли я вообще память и рассудок?!»

Значительные расстройства памяти ведут к интеллектуальному ослаблению, при этом резко снижается критика. Я уже говорил вам, что память рассматривается как интегративный показатель рассудка, ума человека. Это некое заблуждение, на котором была построена и сейчас нередко остается таковой система оценки знаний студентов и школьников. Мы тестируем, измеряем зачастую не глубину ума, а способность запомнить, вы зубрить учебный материал. Поэтому иногда «магнитофоны», т.е. люди с хорошим запоминанием («магнитофонные мозги»), но с плохой сообразительностью, имеют хорошие результаты и в школе, и в институте. Я порой побаиваюсь выпускников с «красными дипломами», т.к. они нередко оказываются этими самыми «магнитофонами»: знать знает, а использовать свои знания затрудняется. Расспрос пациента, как он относится к расстройству памяти, что чувствует при этом, является обязательным, поскольку если человек считает память основным показателем здоровья, то снижение ее рассматривается как нечто очень опасное.

Другое расстройство, которое может встретиться у людей пожилого возраста, у больных с церебросклерозом, – это так называемая антероградная гипо- и амнезия. Это забывание событий

(всех или некоторых) после какого-то определенного стрессового воздействия.

Любое нарушение сознания (например, диабетическая, интоксикационная кома) тоже может приводить к антероградной амнезии, т.е. к забыванию событий, которые идут после стрессового воздействия. У людей с церебросклерозом и с возрастными изменениями психики, болезнью Альцгеймера это не столь четко выражено, более размыто, там нет такого определенного критерия, как при стрессовом воздействии, но все равно амнезия определяется каким-то временным интервалом. У больных сохраняется удовлетворительная память на события, которые состоялись 30–40 лет назад, и плохая – на то, что происходило в последние 5–10 лет. Стариков лучше всего расспрашивать об их детстве, о молодости – это они хорошо помнят. А старых профессоров нужно отправлять на покой, поскольку они склонны вещать о том, что выучили 50 лет назад. Наиболее выраженная амнезия обычно является следствием черепно-мозговой травмы, которая сопровождается комой, в данном случае мы встречаемся с ретро- и антероградной амнезией (забываются события определенного периода до и после травмы), а также с амнезией на период травмы.

Ретроградная амнезия – это так называемое забывание прошлого. Любимый сюжет кино, литературы – это человек без прошлого с тотальной ретроградной амнезией. Но в реальной жизни он практически не встречается. Это тот самый случай, когда психиатрия искаженно имеет отношение к стигматизации, производящейся в искусстве. Всякое искаженное представление общества о психических расстройствах порождает страхи перед ними. Психиатрия, в бытовом сознании, часто перевернута с ног на голову. За 39 лет работы я только один раз видел пациента с амнезией пяти-шести последних лет после самоповешения, но продолжалась она 10–12 дней, и постепенно память восстановилась.

То, с чем врачи встречаются крайне редко, в культуре и в искусстве преподносится как феномен, который наблюдается очень часто, например синдром множественной личности. Однако подчеркну, что это очень редкое расстройство, хотя в нём есть, конечно, некая экзотичность и привлекательность.

Или, например, человек без прошлого. Человек получил во время войны травму и забыл свое прошлое; у него где-то есть

семья, дети, они его потеряли, а он ничего не знает, бродяжничает, хотя на самом деле очень богат. Увы, в реальной жизни этого также практически не бывает.

Или: психиатр-маньяк (тоже очень частый герой подобных фильмов), психиатр-дурак (весьма обычная вещь), психиатр, который не любит своих пациентов и безразличен к ним (встречается довольно часто). Я общался с большим количеством коллег, среди которых встречались и люди с психическими расстройствами, и в этом нет ничего странного или необычного. Если хирург или терапевт могут иметь психические отклонения, то почему врач-психиатр должен быть защищен от этого? Нет. Но психиатр-маньяк, поверьте мне, маловероятно. Скорее, таковым может стать врач-хирург, например, со стремлением к жестокости, как это описано в психиатрической литературе. Человек иногда выбирает хирургическую специальность потому, что ему нравится причинять страдания. В этом случае врач пренебрегает средствами анестезии, идет на «кровавые» операции. То, что психиатр – сумасшедший, что он – маньяк, это в сознании людей довольно распространено. Вот так же и с ретроградной амнезией: это очень редко встречающийся симптом, и врач первичной помощи может встретиться с эпизодом лишь очень кратковременной ретроградной амнезии после черепно-мозговой травмы.

Какие советы, какое консультирование вы проведёте при расстройствах памяти? Если посчитаете, что данное расстройство носит вторичный характер (например, связано с тревогой или депрессией), то надо объяснить пациенту, что у него главным образом нарушена концентрация внимания. Или, допустим, при депрессии у него утрачен интерес к окружающей жизни, а при тревоге его мысли путаются, ему трудно сосредоточиться, он плохо запоминает. В данном случае необходимо лечить основное заболевание. Это расстройство – отнюдь не признак какого-то органического поражения мозга (например, опухоли мозга), а связано с другим расстройством, которое можно и следует лечить у специалиста.

Современный врач первичной медицинской помощи ориентирован пока что только на диагностику психических расстройств. Мы очень осторожно относимся к идее того, что он возьмет на себя (как на Западе) функции их лечения. Это вопрос будущего. В настоящее время для нас важнее другое: чтобы врач первичной

медицинской помощи смог выделить больных с психическими нарушениями и направить их к специалисту. Тогда вы как врач первичной медицинской помощи говорите пациенту, что ему следует начать лечение основного заболевания. В случае если это первичное расстройство памяти, не связанное с какой-то органической патологией, то вы рассказываете, что снижение памяти не является катастрофическим признаком отсутствия ума. Известны великие личности, которые, однако, отличались довольно скверной памятью. Например, Чарльз Дарвин в 56 лет с удовольствием читал свои книги и восклицал: «Кто это написал? Как здорово написано!»

Совсем не обязательно иметь великолепную память, чтобы вести нормальную человеческую жизнь. Но если вы видите процесс, в котором прогрессирование, ухудшение памяти (скажем, фиксационная амнезия) носит быстрый характер, тогда следует заняться дифференциальной диагностикой, т.е. выяснить, что же это за быстротекущий процесс, и обеспечить консультирование так называемых «узких» специалистов – не только психиатра, но и нейрохирурга, невропатолога. Пациент должен пройти соответствующее обследование, такое, как ЯМРТ, потому что речь, возможно, идет о каком-то прогрессирующем заболевании. В вашу задачу входит убедить пациента, что ему необходимо пройти это обследование.

Если же прогрессирующего темпа нет, вы даете, кроме медикаментозных рекомендаций по лечению основного процесса, ряд советов: прибегать к приемам, которые позволяют лучше запоминать (например, записывать, что надлежит сделать), создать систему запоминания. В случае же, когда расстройства памяти (скажем, фиксационная, антеро- и ретроградная амнезии) возникли после черепно-мозговой травмы, совет очень простой: «Вам надо лечить последствия. При интенсивном и качественном лечении происходит либо полное, либо частичное восстановление памяти. Для этого необходимо только терпение и определенное время».

В большинстве случаев эти расстройства носят обратимый характер. Желательно вовремя назначить лечение, так как пациент (тем более, что это может быть молодой человек работоспособного возраста) сильно скорбит по поводу утраты памяти, что зачастую приводит к тяжелой депрессии. Если вы видите скорбь

и сильные переживания по поводу этой проблемы, следует задать вопрос о настроении и (обязательно!) о наличии суицидальных мыслей. Представьте себе человека, который перенес черепно-мозговую травму, у него резко ухудшилась способность к запоминанию, и он утратил многие прежние знания. Он остается незащищенным, у него уже нет профессии, но есть семья, дети, для которых он был и остается основным кормильцем. В настоящем у этого человека утрачена способность приобретения новых знаний или восстановления прежних. Если он будет рассматривать случившееся как необратимый процесс, то это, естественно, приведёт его к состоянию депрессии и к идее: «Чем жить таким инвалидом, лучше вообще не жить».

Врачу первичной медицинской помощи необходимо попытаться своевременно обнаружить суицидальные мысли. Обманывать пациента, говорить, что это ерунда, пустяки и через два месяца лечения все пройдет, нельзя. Вы информируете его (и это соответствует действительности), что при хорошо организованном, качественном лечении, при определенном терпении и времени в большинстве случаев удастся добиться если не полного, то достаточно хорошего восстановления памяти.

То же самое вы сообщите и членам его семьи, потому что семья – организация сложная. Представьте себе брак, где муж и жена далеко не идеальные спутники жизни, которые не являются друг другу опорой, защитой в трудных ситуациях. Такая семья в случае болезни партнера может и не сохраниться, а уход от больного человека жены может стать для него трагедией. Поэтому родственникам нужно дать максимально правдивую информацию, а как они ей распорядятся – проблема самой семьи. Если вы скажете, что «мозги пропали», то это трагическое и недостаточно достоверное сообщение. Если же заверите, что это не проблема и через пару месяцев память восстановится, то вы тоже будете не правы. А если дадите ту информацию, о которой я сказал, которая правдива, то пусть этот человек сам распорядится полученной правдой.

Все дело в том, что консультирование пациента и семьи – очень ответственная работа. В ней от нас требуется максимальный профессионализм. Почему? Допустим, молодой или не очень опытный врач ошибся в диагнозе. Его можно поправить, если рядом с ним более опытные коллеги. Но когда вы проводите консультирование один на один, вы один с этим пациентом или

с его семьей, ваш коллега при этом не присутствует, поправлять вас некому. И если вы дали неверную информацию, то она никем не контролируется, не откорректирована. Ее приняли от вас, не перепроверяют, да и нет возможности ее исправить. Поэтому консультирование – деятельность еще более ответственная, чем диагностическая или терапевтическая работа, где всегда можно получить помощь и поддержку коллег. А при консультировании каждое ваше слово может отпечататься и исказить всю жизнь человека, поэтому прибегайте только к той информации, которая является на сегодняшний день достоверной.

Не бойтесь сказать: «Я этого не знаю». Например, больной задал вам вопрос: «Скажите, а что будет с моей памятью через полгода или год? Я должен потерпеть?» Если вы не имеете точного ответа, лучше скажите, что не знаете, что посоветуетесь с коллегами. Ко мне приходят и спрашивают: «Могу ли я принимать вот такое лекарство?» Я говорю: «Не знаю, я не работал с этим препаратом. Если хотите, то придите и задайте этот вопрос мне через неделю, я постараюсь найти всю возможную информацию об интересующем вас препарате и дать ответ». Не бойтесь говорить «не знаю».

Вот шаман никогда не может произнести таких слов, потому что работа с ним построена на том, что называется «вера». Нельзя прийти в храм и спросить священника: «Бог есть или нет?», а он скажет: «Не знаю, это не та глава, которую я успел прочитать». Всё! К такому священнику уже никто не придет; он должен нести веру, как и колдун, шаман, целитель. Взаимодействие с ними построено на вере, а вера не допускает сомнений, или же они должны быть преодолимы.

Наше же общение с пациентом лишь в небольшой доле построено на вере, наша работа должна строиться на доказательности. Поэтому врач имеет право на ответ «не знаю». Для меня примером послужил один покойный профессор, у которого лежал пациент N. Сын этого пациента, наш коллега, профессор из Москвы, прилетел на несколько дней, чтобы проведать отца и решить, чем он может ему помочь. Наш профессор сделал определенные назначения, рассказал о диагнозе, объяснил смысл операции, которую они будут проводить, и сын задал вопрос: «Завтра уезжаю в Москву; скажите, есть ли какие-то препараты, которые можно там достать и передать сюда?» – «Да, есть». Профессор открыл справочник, стал внима-

тельно смотреть пропись, дозировку, форму выпуска и сказал: «Ничего страшного, лучше посмотреть, чем ошибиться». Для меня стало прекрасным уроком, когда человек, облеченный такой властью, авторитетом, не постеснялся заглянуть в справочник.

Когда к хирургу приходят родственники пациента (неважно, профессор ли он медицины или нет), они смотрят на него, как на Бога, в чьих руках жизнь их близкого. Тем не менее, даже в этом случае врач говорит: «Извините, я не знаю, я сейчас в справочнике посмотрю». Это – прекрасная честность, которая позволяет сказать сидящему напротив клиенту о неуверенности в каких-то своих знаниях и желании их восполнить, об умении их восполнять, пользуясь справочником, для чего он и лежит на врачебном столе. Поэтому к любому консультированию по любому симптому относитесь с чувством чрезвычайной ответственности! Может быть, это самое трудное и самое важное в нашей работе, поскольку то, что мы сообщаем пациенту, способно перевернуть всю его жизнь, всю судьбу, сделать ее иной.

При консультировании любого симптома или любого расстройства необходимо также получить обратную связь. Это очень важно! Мы никогда не знаем, *как* нас услышали. Иногда я слышу: «Валерий Владимирович, но вы же сказали...», и у меня становятся волосы дыбом, и я задаю себе вопрос: «Я что, находился в нарушенном сознании? Это происходило в другом измерении? Что ж я такое мог произнести, какое слово, чтобы его так замысловато исказили?!» Мы должны всегда помнить: *то, что мы произносим, далеко не всегда адекватно тому, что слышит наш собеседник*. Поэтому после каждого консультирования попросите вашего пациента рассказать вам, что он услышал. Скажите ему: «Я дал вам несколько советов, мне очень важно, чтобы вы их запомнили. Пожалуйста, воспроизведите их, расскажите мне, как вы их поняли?» И тогда вы можете получить информацию о том, что нужно изменить в вашем врачебном сообщении. До тех пор, пока вы не получите правильную обратную связь, не следует прекращать консультирование.

Поэтому, с учетом ограниченного времени врача первичной медицинской помощи, его консультирование должно быть лаконичным, кратким и четким. Оно должно давать только самую главную информацию и обязательно включать обратную связь. Это вопрос, который можно сформулировать так: «Расскажите, как вы меня услышали. Давайте послушаем, *что* вы услышали».

И вы можете услышать такое, что просто содрогнетесь! К сожалению, врачи первичной медицинской помощи, да и не только они, предпочитают вообще обходиться без консультирования. Ты пришел ко мне, врачу, рассказал, я тебе задал вопросы, теперь – вот тебе рецепты, вот направление на обследование, шагай! И когда ты спрашиваешь пациента: «Что сказал врач?», то слышишь ответ: «Врач сказал, что надо пить вот эти лекарства».

Мы избегаем консультирования бессознательно, потому что оно действительно очень ответственно. И мы часто не можем четко сформулировать то, что рекомендуем делать. Нам трудно сказать: «Знаете, я не очень понял ваши проблемы. И не готов к установлению диагноза. Я колеблюсь между таким-то и таким-то расстройствами. А потому назначаю сейчас вам курс лечения, который не повредит ни одному из этих двух расстройств, но поможет прояснить диагноз и выбрать более правильный способ помощи. В случае если это “то” расстройство, данное лекарство должно дать эффект, если же “другое”, то препарат будет малоэффективен, и тогда такая реакция на лечение поможет нам с вами понять вашу проблему». К подобному разговору мы часто не готовы. Мы боимся, что пациент скажет или подумает: «Если ты не знаешь, то зачем же тогда выписываешь мне лекарство? А если я умру? Почему я должен рисковать своими деньгами?»

В таких случаях консультирование превращается в обсуждение с пациентом проблемы – готов ли он пойти на подобную тактику или нет. Если не готов, вы даете ему единственный честный совет: «Вам следует обратиться к врачу X, мне кажется, что он более профессионален и, может быть, сможет более точно разобраться в вашей проблеме».

Лекция 7. ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ). РАССТРОЙСТВА ИНТЕЛЛЕКТА. РАССТРОЙСТВА ЭМОЦИЙ

Память в определенной степени является составной частью более широкого понятия «интеллект». Хотя в психологической литературе роль памяти в интеллектуальных процессах невелика, а знак равенства ставится, скорее, между абстрактным мышлением

и интеллектом. В психиатрии еще сохраняется традиция рассмотрения памяти как важной составной части практической деятельности. Эти понятия часто сближаются, и интеллектуальные возможности пациента исследуются в основном через его память.

Дэвид Голдберг и его соавторы, на книгу которых я часто ссылаюсь, в структуру интеллекта включают еще и то, что в традиционной русскоязычной литературе относится к понятию «сознание». Это несколько спорная трактовка, поэтому мы все-таки остановимся на более традиционных подходах. Врач первичной медицинской помощи, оценивая интеллект, изучает следующие категории: 1) различные расстройства памяти, или так называемые мнестические расстройства; 2) то, что можно обозначить бытовым понятием «кругозор», т.е. некоторая интеллектуальная осведомленность о мире, которая должна быть соотнесена с жизненным путем человека.

Мне понравилась одна история, рассказанная советским актером В.А. Лепко. Он дружил с пожарником своего театра, и они часто болтали о разных вещах. Пожарник любил провожать его, и однажды, когда они возвращались домой, в разговоре возникла ситуация, заставившая Лепко сказать, что Земля круглая. Пожарник нескрывая удивился: «Как мне с вами интересно! От вас всегда узнаешь что-нибудь новое, необычное, интересное!» Наверное, этот пожарник имел очень узкое образование, а может быть, он умел только расписываться и знал лишь элементарный счет. Видимо, в его жизненный опыт и полученные им знания не входили сведения о географии. Так что врачу нужно попытаться оценить элементарные знания, которые должен примерно иметь человек определенного возраста, прошедший определенный жизненный путь.

Характеристика интеллекта включает также оценку словарного запаса пациента. К сожалению, лексикон некоторых молодых людей обычно состоит из нескольких слов, которые заменяют большинство других русских слов, чаще всего это – «блин» и «короча». Слово «короча» означает, что сейчас будет длинный и нудный рассказ с массой деталей и повторов, потому что у человека недостаточный словарный запас. Для того чтобы выразить что-то одним точным словом, ему приходится приводить массу других, которые бы характеризовали ситуацию, поскольку ключевое слово, отражающее эту ситуацию (например, катаклизм), он не знает

и никогда не слышал. И пациент говорит: «Короче, я попал там в такую ситуацию...», хотя мог бы сказать: «У меня сегодня была экстремальная ситуация». Но слово «экстремальная» ему неизвестно. Однако это вовсе не свидетельствует о снижении интеллекта, это просто характеристика данного интеллекта. Для чего врачу первичной медицинской помощи важно дать такую оценку? Прежде всего, для того, чтобы избрать правильный стиль беседы.

Вы не должны переходить на использование «блин» и «короче», но ваши слова должны быть простыми. Следует избегать сложноподчиненных и сложносочиненных предложений. Это должны быть достаточно четкие, понятные вопросы и объяснения. В беседе с больным, каким бы ни был его интеллект, следует избегать сугубо специфической медицинской терминологии. Если вы хотите, чтобы ваш пациент знал название заболевания или симптома, которое у него имеется, тогда вам предстоит задача по объяснению сути этого симптома. Объяснения действия препарата, который вы назначаете пациенту, должны всегда исходить из его интеллектуальных возможностей. Очень хорошим дополнительным приемом может стать какой-нибудь рисунок, показывающий действие лекарства.

Приведем пример, как таким образом можно объяснить эффект антидепрессантов. Вы объясняете, что наш мозг – это сложное устройство, в чём-то похожее на телефонную станцию, где сигналы передаются по проводам. По одним проводам (они называются «нервы») сигнал подходит к устройству, которое может, если проводить аналогию с телефоном, считаться узлом связи. Здесь сигнал перерабатывается и движется дальше. Так происходит и в нашем мозгу. Если мозг работает нормально, сигнал, который идет по так называемому приводящему нерву, равен сигналу, который проходит от этого промежуточного устройства, называемого синапсом. Когда мозг работает нормально, мы чувствуем себя хорошо. Если же происходят какие-то мозговые (или психические) расстройства, то в основном это случается в синаптической щели. Вместе с тем я не стал бы употреблять слова «синаптическая щель», а предпочел бы сказать, что здесь есть такая маленькая емкость, играющая очень важную роль, так как в ней содержатся вещества, отвечающие за передачу нервного сигнала. При некоторых заболеваниях (например, при депрессии) происходит нехватка определенного вещества. Оно называется серотонин.

И происходит это не потому, что его мало выделяется в данном резервуаре, а в связи с тем, что это вещество быстрее разрушается, его становится недостаточно, и нервный сигнал ослабевает.

Каково действие антидепрессантов? Они выполняют своеобразную роль «закрывающих пробок», т.е. закрывают те отверстия, через которые обратно всасывается это вещество. Если вы будете принимать данное лекарство, то оно выполнит функцию этих «пробок» и количество необходимого вещества, серотонина, будет увеличиваться, что очень важно для правильной работы мозга. Следовательно, ваше состояние изменится в лучшую сторону. Но это, конечно, можно рассказать далеко не каждому пациенту. Впрочем, вы вольны сами придумать какие-то модели, позволяющие объяснить действие того или иного препарата. Но ваше объяснение должно быть очень четким, чтобы у пациента не сложилась некая фантастическая, странная, а иногда и вызывающая страх, концепция о действии препарата. Так мы вновь использовали прием, о котором говорили в прошлый раз: прием обратной связи. В нескольких словах ваш пациент должен рассказать о том, как он понял, для чего нужно это лекарство.

Однако в большинстве случаев вам не стоит заниматься рассказом о механизме действия препарата. Интеллектуальные возможности большинства пациентов врача первичной медицинской помощи не очень велики. Нередко это пожилые люди, лица с невысоким образованием. Поэтому вы просто рассказываете, от чего помогает это лекарство. Например: «Данное лекарство снижает повышенное давление, его действие продолжается 8 часов, поэтому вы должны принимать его 2–3 раза в день, для того чтобы действие лекарства носило равномерный характер».

Расстройство интеллекта проявляется в двух вариантах. Первый – это его недоразвитие, подобное сегодня называется «ментальная ретардация» (умственная отсталость), а раньше такое расстройство называлось олигофренией. Этот термин пришел из немецкой психиатрии XIX века и закрепился в России, а затем и в советской психиатрии, но сейчас от него следует оказаться не только потому, что он не соответствует международным классификациям, но и потому, что слово «олигофрен» стало стигматизирующим, клеймящим. В связи с этим оно заменено в МКБ-10 на термин *ментальная ретардация*, т.е. умственное недоразвитие, которое носит врожденный характер или приобретается в первые

годы жизни. Его главной особенностью является недостаточное формирование интеллекта. Если внести какой-то архитектурный образ, архитектурную метафору, то это – недостроенное здание, в котором есть элементы фундамента, стен, но конструкция его весьма несовершенна.

Другое расстройство – **деменция**, или слабоумие, когда у человека со сформировавшимся, а иногда и очень высоким, интеллектом в результате каких-то воздействий на мозг интеллект разрушается. Это расстройство носит органический характер. Понятие, которым пользовались многие годы, «шизофреническое слабоумие», т.е. слабоумие, которое носит не органический, а функциональный характер, сейчас исчезает из классификации. Успехи психофармакологии и реабилитационные работы показывают обратимость данного расстройства, т.е. изменяются представления об основных признаках деменции – прогрессировании, необратимости или малой обратимости.

Расстройства эмоциональной сферы

Самым частым, практически неспецифическим, нарушением, которое может наблюдаться при любом психическом или соматическом расстройстве, является **тревога**, и это, пожалуй, главный обманщик правильной диагностики врача первичной помощи. Дело в том, что она представляет собой психофизиологический феномен, не психологический, а именно психофизиологический. Психологически чувство тревоги ощущается как чувство опасности, но опасности неопределенной, как чувство психического напряжения, как ощущение того, что может произойти что-то неприятное. А физиологически тревога проявляется набором вегетативных симптомов, с доминированием симпатического или парасимпатического тонуса, а иногда их комбинацией. Поскольку вегетативная нервная система регулирует работу всех внутренних органов, тревога может вызвать соматизированные симптомы практически любого органа. Почему она так часто встречается в практике врача любой профессии? Потому что тревога – это компонент стрессовой реакции. Учение Ганса Селье о стрессе является одним из витков развития медицинского подхода к патологии человека. Вся история медицины – это попытка найти некий универсальный механизм, спо-

собный ответить на вопрос, что имеется общего между самыми разными формами человеческой патологии. Вспомните гиппократовскую идею о различных вариантах желчи: желтой (холерик), черной (меланхолик) и др. Возможно, это была первая схема универсального патогенеза. Хотя, думаю, что и до Гипократа пытались найти универсальный механизм болезни. Это вообще характерно для человека, для человеческого мышления, для науки – искать некий универсальный ключ, с помощью которого можно было бы объяснить все многообразные патологии. Концепция Г. Селье есть шаг (один из последних шагов на сегодняшний день) в такой универсальной попытке объяснения человеческих заболеваний.

Согласно Г. Селье, в каждой стрессовой реакции предполагается наличие трех фаз: первая так и называется – *фаза тревоги*, или алярм-реакция, когда организм готовится к отражению опасности. При этом не важно, откуда исходит эта опасность – из самого организма или из внешней среды. То, что вызывает стрессовую реакцию, носит название *стрессора*, т.е. побудителя стрессовой реакции, её источника. Причем очень важно, что стрессор может быть любым, а реакция – неспецифической, одинаковой. Любой стрессор (а им может стать недостаток кислорода, механическое воздействие, инфекция, интоксикация и т.д.) приводит к нарушению равновесия организма с окружающей средой. И первая реакция стресса – готовность организма отразить опасность. Вторая фаза носит название *напряжение* и связана с мобилизацией резервных возможностей организма. И, наконец, если действие стрессора не прекращается или если он очень сильный, ломающий защитную систему организма, то наступает третья фаза стресса, которая называется *истощение*. А если действие стрессора продолжается, наступает смерть.

Стресс обеспечивается различными биологическими механизмами: реакциями вегетативной нервной системы, эндокринных систем надпочечников и щитовидной железы, которые называются осями стресса. Последовательность включения этих осей – от самых мгновенно реагирующих до тех, которые вступают в действие позднее. То есть организм включает не всю систему защиты сразу, а последовательно. Если противодействие первого порядка не приводит к восстановлению равновесия, включается вторая ось, третья и т.д.

Человек, в принципе, должен испытывать ситуации стресса. Отсутствие такового означает смерть, поскольку только благодаря стрессу организм функционирует, находится в определенном тоне. Поэтому когда я вижу вывески коммерческих лечебных заведений с названием «антистресс», то заранее понимаю, что произойдет в этом центре и чем закончится. Мы в равной мере можем говорить о стрессе как источнике нашей жизни и как причине нашей смерти.

Когда стресс несет негативные последствия, когда он оценивается организмом как сигнал серьезной опасности, он называется *дистресс*. И когда мы слышим фразу: «Ой, у меня вчера был такой стресс!», на самом деле это следует читать: «Ой, какой у меня вчера был дистресс!» Радость тоже может вызывать стрессовую реакцию, и тогда это называется *эустресс*. Просто должен быть определенный баланс между дистрессом и эустрессом, то есть для гармоничного функционирования организма человек должен получать и то и другое. Я сомневаюсь, что можно подсчитать количественным методом отношение эустресса к дистрессу, но, несомненно, человек должен иметь и дистресс, это тоже важно.

Есть интересные исследования, показывающие, что странные формы поведения невротиков, которые ведут к созданию трудных, сложных ситуаций, объясняются дефицитом отрицательных эмоций. Это поиск дистресса. Мы знаем людей, которые увлечены чем-то опасным и даже имеют рискованные профессии. Проще говоря, они ориентированы на интенсивное получение дистресса, исходя из особенностей своего организма. Например, горнолыжники, скалолазы, альпинисты, каскадеры, путешественники, байдарочники. И статистика смертей никого не останавливает. Эти люди ищут состояние дистресса для поддержания жизненного тона. Поэтому выражение «бесится с жиру» имеет смысл. Слишком благополучная, слишком «ватная» жизнь, лишенная трудностей и опасностей, может привести к таким же серьезным нарушениям организма, как и жизнь, в которой много дистресса.

С какого же момента дистресс становится патологическим и опасным, повреждающим организм? В современной классификации МКБ-10 расстройство, возникающее в результате такого стресса, называется «посттравматическое стрессовое расстройство». Это происходит, когда человек попадает в ситуацию землетрясения, автокатастрофы, крушения на море или военных дей-

ствий, когда он подвергается очень сильному психологическому воздействию. К стрессовым факторам, способным вызвать посттравматические расстройства, следует отнести и насилие, совершаемое над человеком.

Если же стрессор не столь быстр и менее интенсивен, то тогда расстройство, возникающее вследствие его, носит название «расстройство адаптации». Его можно, например, наблюдать у людей, которые внезапно утрачивают профессию или работу, переезжают в другую страну, теряют кого-то из близких. Между этими двумя видами расстройств не следует проводить жесткой грани, она достаточно условна. Для какой-то женщины смерть ребенка может явиться расстройством адаптации. К примеру, у нее благополучная семья, заботливый внимательный муж и еще есть дети. Она горюет, очень переживает о смерти одного из своих детей, но всё же не утратила всего. А для другой женщины, у которой нет семьи, жизнь которой целиком была посвящена единственному ребенку, только с ним были связаны все надежды, внезапная гибель этого ребенка может рассматриваться как посттравматическое стрессовое расстройство.

Для профессионального солдата «спецназовца», прошедшего специальную многолетнюю подготовку, многократно участвовавшего в военных боевых действиях, очередное участие в них не станет тем, что должно привести к посттравматическому стрессовому расстройству. Но смерть единственно близкого человека или предательство значимого в жизни человека для этого храбрца может оказаться посттравматическим стрессовым расстройством. Понятие стрессора, его индивидуальная значимость всегда соотносена с проблемой личности, с тем, что наиболее значимо для данной личности. Посттравматическое стрессовое расстройство возникает тогда, когда практически разрушается наш мир, мир, в котором мы жили.

Вернёмся к начальной стадии стресса. В первой его фазе, если говорить о симптомах вегетативной нервной системы, преобладают реакции симпатического тонуса. Интенсивность их будет нарастать и во второй фазе, даже достигать максимума, но наряду с этим могут проявляться признаки повышения парасимпатического тонуса. В третьей фазе доминирует парасимпатический тонус, в связи с чем существует понятие так называемой парасимпатической смерти, или вуду-смерти. Вуду – это определенный рели-

гиозный культ, распространенный на островах Карибского моря, в Полинезии и Африке.

Врач первичной медицинской помощи может встретиться с возможными признаками начальной фазы вуду-смерти (парасимпатической смерти). Представьте, к вам приходит женщина, которая говорит, что ее дочь очень религиозна – и не просто религиозна, а скорее ее мышление носит оккультный характер, т.е. она верит всевозможным чудесам, предсказаниям и прочему. У этой девочки умирает бабушка, которую она очень любила. По описанию матери можно предполагать, что у дочери в течение месяца или двух наблюдается расстройство адаптации. Она становится грустной, иногда плачет, часто вспоминает бабушку, быстро устает, снижен аппетит, иногда плохо спит. Мы можем говорить о депрессивной форме адаптации. Но девочка к тому же начинает видеть сны, которые называет вещими. К ней во сне приходит бабушка и называет дату ее смерти: она умрет через три недели. Поскольку идет комбинация особенностей личности этого человека (его веры в различные предсказания, в возможность предугадывания судьбы и т.д.) с депрессией, которая отличается преобладанием парасимпатического тонуса, то дальше мы видим углубление депрессивного состояния, а иногда, за счет снятия тревоги и неопределенности, возникает своеобразное просветление, облегчение.

Пациентка, студентка, возвращает в библиотеку все книги, отдает долги, пишет письма родственникам, которые живут в другом городе, прощается с ними. Она сообщает, когда умрет. Девушка выбирает себе платье, в котором ее должны хоронить, выбирает платок и готовится к смерти. Куда ее поведут в таком случае? Родственники, скорее всего, пойдут с ней к целителю, но целитель поможет только в том случае, если вызовет настоящее доверие, если сможет убедить свою клиентку в том, что он сильнее тех сил, которые управляют ее жизнью и смертью. Целитель же, к которому ее привели, не смог этого сделать, и только тогда мать обратилась за помощью к врачам.

Ю.М. Губачев и др. (1990 г.) в своих описаниях вуду-смерти приводит случаи, когда другой целитель оказывался сильнее того колдуна, который приговорил человека к такой кончине. Всё дело в том, что ритуал вуду-смерти следующий: колдун берет глиняную фигурку человека и в присутствии всего племени втыкает

священную иглу в сердце фигурки, сообщая, что он посылает человеку смерть. После чего этот человек уходит в свою хижину, и через несколько дней у него наступает парасимпатическая смерть, он угасает, затем описывается случай спасения человека от такого конца, когда приговорённый уже почти угасал.

Это произошло в начале 20-х годов XX века на островах Полинезии. Люди, жившие там, совершенно не знали о существовании радио и даже граммофона. Члены одной этнографической экспедиции на островах Полинезии собрали все племя, выбрали из своего числа одного человека с внушительной внешностью (здорового, крепкого, но довольно глупого, ироничную фигуру в экспедиции), который громогласно сказал колдуну: «Я вызываю тебя на соревнования. Можешь ли ты сделать так, что тебя нет, а твой голос будет? Попробуй». Тот не смог. Тогда члены экспедиции записывают голос своего человека на восковой валик, а он уходит из палатки на далекое расстояние. Включают граммофон, звучит голос отсутствующего – и колдун посрамлен! Человек возвращается и говорит: «Вы все видели, что моя сила больше его силы?» – «Да», – отвечает племя. – «Тогда скажите тому человеку, что я его освобождаю от смерти», – велит пришедший. И что вы думаете! Через несколько часов симптомы наступающей парасимпатической смерти прекратились.

Вернемся к нашему клиническому случаю. Если бы целитель, к которому привели девушку, смог продемонстрировать свою возможность управлять вещами снами, противостоять им, то тогда он стал бы для нее безоговорочным авторитетом. А так эта девочка оказывается в поле зрения врачей, и ей предлагают лечение, от которого она категорически отказывается, поскольку считает его бессмысленным. Она уже несколько раз видела сон и точно знает, что умрет. Помните, всё это происходит на фоне депрессии!

Тогда врачи предлагают ей следующую конструкцию: «Знаешь ли ты, что лекарства помогают людям?» Она студентка, поэтому говорит, что знает. «А как ты думаешь, кто приносит блага людям, Бог или дьявол?» Девочка уверенно отвечает: «Бог». – «Если бы Бог был против медицины, она не сохранилась бы, не совершенствовалась, не создавались бы новые лекарства, которые спасают людей. Не так ли?» – «Да», – говорит она. – «Значит, лекарства можно рассматривать как Божий дар, а то, что ты слышишь про свою смерть, означает, что это намек, это призыв

к тому, чтобы тебе помогали. Если этого не произойдет, ты действительно умрешь. Ты хочешь этой смерти, но Бог её не хочет, поэтому он и привел тебя ко мне. Если бы Бог этого не желал, тебя бы здесь не было». Девушка согласилась на инъекции анафранила и, к счастью, сейчас жива. Однако следует сказать, что в нашей клинике встречались, хотя редко, случаи парасимпатической смерти пациентов, попавших в очень трудную ситуацию.

Фаза истощения может наступать не только в результате многолетнего воздействия стресса, но и формироваться и идти к финалу даже в течение относительно короткого времени – нескольких недель, если этому предшествует какое-то предварительное стрессовое воздействие. Тревога является неспецифичным симптомом, неспецифической реакцией на любой внешний раздражитель и на внутреннюю человеческую проблему. Это – универсальная реакция всего организма и личности. По всей вероятности, она представляет осевой, базисный симптом практически всей функциональной патологии и, в определенной степени, органической патологии. Поэтому, встречаясь с каждым пациентом, врач первичной медицинской помощи может и должен искать у него симптомы тревоги.

Всегда ли возможно устранить фактор, вызывающий стрессовую реакцию? Конечно, нет, особенно если речь идет о психическом стрессе, например связанном с какими-то нашими личностными проблемами. Поскольку способом предотвращения стрессовой реакции может быть и смерть, организм должен иметь средства предотвращения такой опасности, адаптационные механизмы, которые бы работали против такого исхода.

Можно предположить, что многие варианты психопатологии являются адаптационными феноменами приспособления человека, его личности к длительной или хронической тревоге. В квартире каждого из вас существует несколько приспособлений, которые называются предохранителями: они находятся в вашем электрическом счетчике, в телевизионном приемнике или в другой аппаратуре. Когда перегорают эти предохранители? Когда напряжение становится столь высоким, что оно опасно для всего комплекса, скажем для приемника, телевизора или для электропроводки в доме, которая может загореться.

Что такое состояние *астении*? Слабость, утомляемость, невозможность долго работать, снижение концентрации внимания,

снижение аппетита, повышенная сонливость. Чаще всего это реакция на хроническую тревогу. Что происходит с человеком после бурной эмоциональной вспышки? Он чувствует себя опустошенным, ему хочется спать. Вы все находились в ситуации стресса: например, на экзамене вы были очень напряжены, а затем вашей главной эмоцией часто становилось желание спать. Это – кратковременная ситуационная астения, предотвращающая организм от дальнейшей поломки. Поэтому астения – самая неспецифическая форма трансформации тревоги. Когда мы ослаблены, когда сонливы, то не столь бурно реагируем эмоционально на какие-то события и собственные переживания, мы можем сказать «мне необходим отдых» и лечь спать. Так, видимо, и появилась пословица «утро вечера мудренее»: выспишься – и найдешь способ, как решить проблемы. Кроме того, психологическая устойчивость различных людей неодинакова. И форма выбора адаптационной переработки тревоги во многом зависит от личности и психофизиологической конструкции организма.

Волтер Кенон в 1929 году описал реакцию «бегство – нападение», когда организм реагирует на стрессор или агрессией, или убегаем. *Астения* – это убежание. Убежание от сложностей жизни, от её опасностей, от незнания, как распорядиться своей жизнью, своей судьбой. Организм дает тебе право не принимать решений, поскольку ты себя плохо чувствуешь. Организм дает тебе право не совершать какого-то поступка, которого ты боишься, так как не знаешь его последствий.

Но может быть и другая реакция на тревогу – нападение. Формы переработки тревоги, формы её трансформации мы называем масками, или ликами, тревоги. Такая маска будет называться **агрессия**. Агрессия чаще всего связана со страхом своего несовершенства, боязни выглядеть беспомощным, несостоятельным и т.д.

Какие собачки чаще всего самые агрессивные в присутствии хозяев? Маленькие, потому что они трусливы, они боятся, они прижимаются к ноге хозяина и свирепо лают; большие же собаки обычно спокойны и добродушны, т.к. знают свою силу.

Агрессия это тоже способ преодоления тревоги. И когда мы говорим о том, что психическое здоровье является не просто проблемой здравоохранения, но проблемой национального масштаба, то мы имеем в виду, что рост агрессии в этом мире, идущий

параллельно с ростом тревожных расстройств, – вещи взаимосвязанные.

Следующая маска тревоги – это **страх**. Наши пациенты, приходя к нам, очень часто путают тревогу со страхом. Для них это синонимы, да и врачи первичной помощи тоже часто считают их одним и тем же. Но страх – это тревога, получившая адрес, это опасение чего-то конкретного. Например, тяжелой болезни, одиночества, когда может произойти «серьезный приступ» и никому будет помочь; или страх высоты, потому что может потянуть вниз, и ты упадешь.

Патологический страх называется **фобией**, самой распространенной в настоящее время является **агорафобия**. Этот термин приобрел сегодня более широкое значение (толкование), чем раньше, и означает страх неполучения помощи со стороны.

Почему фобии могут считаться формой адаптационной трансформации тревоги? Потому что легче бояться чего-то конкретного, чем бояться вообще. Против этой конкретики можно создать контрприемы. Например, если у тебя страх высоты, ты можешь не подниматься на верхние этажи зданий, не летать самолетом и отказаться от восхождения в горы. Да, твоя жизнь будет иметь определенные ограничения, но тем самым как бы устраняется источник опасности. Если у пациента агорафобия, он может построить свою жизнь так, что всегда будет находиться рядом с телефоном и при необходимости сможет позвонить о помощи; или брать с собой какого-то члена семьи, когда будет выходить на улицу; избегать выездов на транспорте, особенно душным летом, когда можно почувствовать себя плохо.

Мне встретила пациентка, которая испытывала страх перед любым видом транспорта, особенно перед метро. Это привело к тому, что она даже вынуждена была оставить институт, потому что в Москве ходить пешком затруднительно.

Фобии, как правило, ведут к созданию охранительных форм поведения, описанных выше. Чем дольше длится агорафобия, тем больше закрепляются стереотипы этих форм поведения.

Следующим видом трансформации тревоги, которую, пожалуй, можно поставить на второе место после астении и агрессии, является **депрессия**.

Вспомним психологическое содержание тревоги. Это ощущение какой-то неопределенной опасности в окружающем мире

или внутри себя, потому что наше тело и наша душа тоже могут быть источниками опасности: «Могу сойти с ума», «Могу заболеть неизлечимой болезнью», «С моими близкими может что-то случиться». Но не понятно, что именно.

Когда же мы говорим, что тревога трансформируется в фобию, то уже получаем адрес, чего надо бояться. Т.е. из неопределенности мы переходим в определенность, в плохую, мешающую нам жить, но все-таки определенность.

Организм не может найти идеальные способы приспособления. Он создает механизмы, которые выглядят как симптомы, как болезнь, но одновременно являются механизмами приспособления. Почему об этом должен знать врач? Потому что тогда это определяет его тактику терапии: он работает не с маской, а с тем, что является источником формирования этой маски. Или же работает и с маской, и с тем, что породило эту маску.

Депрессия является формой (может быть, не все виды депрессии, но очень многие) трансформации тревоги. Поэтому стоит сказать, что депрессия и тревога очень часто сочетаются. Необходимо задать вопрос: «А почему?» Возможно, между ними существует какая-то неслучайная связь, которая определяется общностью их происхождения? Я предлагал вам подумать над тем, что такое тревога. Это – неопределенная опасность, грозящая отовсюду. А что такое депрессия с психологической точки зрения? Как ее можно было бы сформулировать короткой, простой, бытовой фразой? Тоска, печаль. Каким символом может быть обозначена депрессия? Ничего хорошего уже не будет, будет только плохо. Ничего уже не имеет цены, в том числе и моя жизнь. Конец однозначно плохой. Не так ли? Человеку не нужно гадать, хорошим будет конец или плохим, лучше любой выбор, даже плохой, чем неопределенность. Ведь, повторюсь, самое тяжелое состояние для человека – состояние неопределенности. А депрессия – это определенность, плохая, скверная, но определенность.

Единичные исследования показывают, что и повышенное настроение – *мания* – тоже связано с тревогой. Выделяется такой вариант мании, как гневливая, когда повышенное настроение сочетается с раздражительностью. Прослеживается ряд этапов трансформации тревоги: этап перехода в агрессию, а затем – повышенное настроение.

На бытовом уровне возможность перехода к повышенному настроению можно понять из притчи, которая мне очень нравится. Притча про Чингисхана, в которой говорится о том, как он обложил город очень тяжелой данью и послал своих разведчиков узнать, что делают жители. Плачут, говорят, что нет денег. Но через два дня город собрал и прислал дань. Тогда Чингисхан вновь потребовал у жителей еще большей дани и послал своих разведчиков, которые снова сказали, что жители плачут, но дань всё-таки принесли. В третий раз Чингисхан облагает немислимой данью этот же город и отправляет тех же лазутчиков. На этот раз они возвращаются и говорят, что жители смеются и веселятся. «Значит, – довольно заключил Чингисхан, – они действительно отдали всё, им уже нечего терять!» Да, это веселье, этот «пир во время чумы» – своеобразная форма, когда человек освобождается от тревоги. Отсюда – прямая связь уровня тревоги в популяции и уровня алкоголизации, т.е. стремления к расслаблению, к транквилизации или к поднятию своего настроения.

Наконец, еще одной возможной формой трансформации тревоги может считаться бред. Когда человек из того мира, который вызывает у него тревогу и напряжение, переходит в другой мир, трансформированный, и он точно знает, кто его преследует (бред преследования), кто на него воздействует (бред воздействия), как трактовать явления окружающего мира – это бред значимости, бред отношений. Как трактовать этот сложный и трудный мир? А трактовать его можно как сигналы опасности. Ты вооружен знаниями, значит, можешь создать систему защиты. Или ты можешь перепоручить свою судьбу Космосу, или Богу и передать им ответственность за все твои поступки.

Мы говорили о том, что тревога – обязательный, осевой симптом так называемых функциональных расстройств. Но и при органических расстройствах она тоже играет очень большую роль. Например, пациент с органическим снижением интеллекта (деменцией) живет в мире, который из-за снижения интеллекта ему плохо понятен: он не может запомнить, какое сегодня число, не может вспомнить, завтракал он или нет; он забыл, как включать газовую плиту, и т.д. Человек оказывается в очень сложном и трудном мире и на это он тоже реагирует тревогой, а та, в свою очередь, резко ухудшает его психическую работоспособность и делает его еще более беспомощным.

Исследования нашей кафедры показали, что длительное существование тревоги ведет к нарастанию хронической гипоксии мозга и к сосудистым расстройствам, а усиливающаяся гипоксия ещё более усугубляет состояние тревоги. Таким образом, возникает «порочный», замкнутый круг, в котором гипоксия порождает тревогу, а тревога – гипоксию, и они усиливают, потенцируют друг друга. Это опять-таки ключ к терапии, ключ к пониманию хронизации тревожных расстройств, которые постепенно из функциональных начинают превращаться в органические.

Лекция 8. СИНДРОМ СНИЖЕНИЯ ИНТЕЛЛЕКТА

Если мы представим себе регистр расстройств, где на одном его полюсе окажутся небольшие обратимые нарушения (чаще всего это астенический синдром, который характеризуется утомляемостью, тревожностью, раздражительностью, снижением способности к концентрации внимания и связанным с этим нарушением запоминания), то на другом полюсе данного регистра логично поместить деменцию. Если при астеническом синдроме наблюдается легкая фиксационная гипомнезия, то тяжелая деменция приводит к тому, что человек вообще не способен запоминать текущие события. Если при астеническом синдроме характерна рассеянность, то при деменции пациент вообще не может сконцентрировать свое внимание.

Я не хочу ставить знак равенства между астенией и деменцией, но можно говорить о какой-то легкой модели деменции в виде астении и о том, что действительно называется деменцией. Однако интервал между этими двумя полюсами должен быть чем-то заполнен. В психике, в природе все непрерывно, не бывает резких скачков, практически не существует явлений только в виде полярных форм, это всегда непрерывность, континуум. Например, лето – зима, это два полюса, а между ними весна – осень, заполняющие промежуток между двумя полярными состояниями природы. Так вот, в нашем случае таким заполняющим понятием до недавнего времени был психоорганический синдром.

Врачи-интернисты любили называть этот синдром энцефалопатическим. Понятие «энцефалопатия» сохранилось в VI главе неврологической классификации МКБ-10 и, по-видимому, впер-

ди еще предстоит работа по согласованию терминологии отдельных глав. В психиатрии чаще используется термин «психоорганический синдром». Досадно, когда люди, работающие в одной научной области, одно и то же состояние определяют разными терминами. Достоинство международной классификации как раз и заключается в том, что создаются достаточно жесткие (правда, упрощающие реальность) критерии. Но, тем не менее, реальность такова, что еще достаточно долгое время врач первичной помощи в амбулаторных карточках или в карточках своих коллег будет встречать понятие «энцефалопатия», или «психоорганический синдром».

Главным, ведущим расстройством психоорганического синдрома является *психическая беспомощность*. Достаточно понятен термин «физическая работоспособность», т.е. та работа, которую может физически выполнить тот или иной человек. Её можно измерить путем специальных тестов. Но существует и понятие «психическая работоспособность» – способность человека к выполнению какой-то психической деятельности. Одним из проявлений снижения психической работоспособности является утомляемость. Под этим словом следует понимать «выраженную утомляемость», поскольку людей, которые вообще не утомляются, в природе не существует. У каждого из нас свои пределы выполнения работы, после которых мы уже утомлены. Это понятие – «быстрая утомляемость» – начинает приближаться к понятию «психическая беспомощность», которая достаточно выражена. Психическая беспомощность складывается из снижения концентрации внимания – трудности сосредоточиться на чем-то, ослабления памяти, прежде всего за счет фиксационной гипомнезии – ухудшения сообразительности. В основе этих нарушений лежат не только органические поражения, но и тревога. Приходилось ли вам видеть, как человек в состоянии сильной тревоги ничего не может сообразить, у него путаются мысли, и он говорит: «Знаешь, я не могу сейчас ничего делать, не нахожу себе места!» Так мы заявляем о своей психической беспомощности.

Вспомните, как ведут себя люди на железнодорожных вокзалах и в аэропортах, особенно пожилые люди, которые впервые отправляются в путешествие за границу. Они суетливы, постоянно перепроверяют документы, что-то теряют, потом находят. Они пребывают в суетливом движении, и в их глазах видна растерян-

ность. Почему? Потому что они боятся неизвестности, связанной с этим путешествием, они летят в страну, языка которой зачастую не знают; кроме того, не знают, встретят ли их родственники или знакомые. Как пройти таможенный контроль?! Они беспомощны!

Мы часто видим пожилых людей, которые судорожно перебирают свою сумочку в поисках ключа или нужной бумажки. Вспомните следователя лейтенанта Коломбо из известного сериала, который играет растерянность, играет чудака, и как он вытаскивает нужный и очень важный документ. Он достаёт из своего кармана кучу смятых и грязных бумажек, производя впечатление растерянного пожилого человека, бестолкового и бессмысленного. Тем самым сыщик снимает оборонительные механизмы преступника, делает того снисходительным по отношению к себе. Это игра, в которой противник расслабляется, и вот в куче смятых и, казалось бы, ненужных бумажек, лейтенант находит то, что оказывается абсолютной уликой виновности подозреваемого. Эта некая игра в беспомощность порождает очень важное чувство, которое часто, как и у партнеров или противников Коломбо, возникает у врача. Чувство, которое одновременно ранит пациента, это чувство снисходительности, это позиция сверху вниз, а далеко не партнерство.

Между тем отношения врача и клиента всегда полны возможности стать партнерскими. Партнерство не всегда достижимо, но оно желательно. Работайте со своими чувствами и мимикой. Позиция снисхождения (да что с тебя, старого дурака, взять) сразу отгораживает пациента. Какая может быть реакция на бабушку, которая ищет свой рецепт? Она волнуется, она знает изъяны своей психики, и она ищет рецепт, который ей выписал врач, и переживает, что не смогла приобрести нужное лекарство. Какие чувства такая старушка способна вызвать у врача? Агрессию, неприязнь, нетерпение, раздражение. И может случиться, что ей скажут: «Слушайте, у меня нет времени, вы не единственный пациент». Что произойдет в таком случае? Её симптом только усилится. Если больной видит, что с ним так обращаются, он, безусловно, ощущает свою неполноценность, его тревога, растерянность возрастают.

Каждый семейный врач может провести и простое консультирование. Мы предлагаем пациенту использовать те поведенческие приемы, которые позволят ему избежать усиления пси-

хической беспомощности. Например, выработать определенный маршрут поездок, создать систему записей, чтобы он не забывал чего-то. Когда врач вместе с пациентом создает систему, которая подстраховывает больного от частого напоминания одного факта: «Господи, ну что же я стал таким глупым?!», – тем самым уменьшаются тревога и беспокойство. Если врач дает простые советы – радуйтесь тому, что у вас получилось самое простое: «Не проводите слишком много времени перед телевизором». Пожилые люди живут в суррогатной жизни, жизни мексиканских и других сериалов, которые дают им иллюзию жизни, псевдострасти, псевдострадания. И если они погружаются в эту жизнь, а потом выходят из дома и встречаются с другой жизнью, не похожей на ту, что в сериале, то это столкновение бывает очень тяжелым. Поэтому совет «не проводить большую часть времени у телевизора» важен для пациента.

Недавно я встречался со своими старыми знакомыми: он – в прошлом главный инженер, очень приятный, очень совестливый, нравственный, порядочный человек, который возглавлял когда-то крупную организацию, она – заботливая хозяйка. И когда я спросил ее, как он себя чувствует, то услышал: «Да все хорошо, вот только мне не нравится, что он стал задумываться о смысле жизни». Не знаю, прав был я или нет, но сказал, что, на мой взгляд, это весьма хорошо, т.к. человек, смотрящий сериалы, делает это для того, чтобы не задумываться над смыслом своей прожитой жизни. В жизни самого заурядного человека можно найти то, что делает ее самоценной, – в том случае, если у пациента нет депрессии. Если же она есть, то оценка своей жизни будет негативной, что причиняет страдания. Когда же депрессии нет, размышления о своей жизни полезны, ведь в ней что-то еще можно изменить – ты еще не умер, ты еще жив!

Есть и еще один маленький кирпичик в здании психоорганического синдрома: это – понятие «неряшливость». Когда она появляется у больного, то это плохой прогностический признак. Это, скорее, бытовое понятие, и часто именно с этой фразы в истории болезни и начинается психический статус – «внешне опрятен».

Неряшливость – это грубое пренебрежение правилами гигиены, это показатель снижения оценки социального контроля: я не осмысливаю, каким меня видят окружающие. Маленький ребенок неряшлив, поскольку его еще не научили навыкам ухо-

да за собой. Он может ходить в рубашке, надетой задом наперед, за ним могут волочиться шнурки от ботинок, он не умеет их завязывать, поэтому по отношению к маленьким детям понятие «неряшливость» не применяется в том контексте, в котором оно подразумевается здесь, в оценке, данной врачом первичной помощи. Чаще всего неряшливость – это внешний, легко читаемый признак начинающейся деменции.

У швейцарского писателя-драматурга Фридриха Дюрренматта есть пьеса, где отставные юристы, пожилые люди, воспроизводят ситуацию своей бывшей профессиональной жизни. Судебный процесс. Один – прокурор, другой – судья, третий – адвокат. Они устраивают шикарный обед, приглашают человека со стороны и устраивают над ним судебный процесс. Как правило, их приговор всегда обвинительный. В этой пьесе благополучный коммивояжер, мало задумывающийся над своей жизнью, веселый, беззаботный парень, попав на это судилище, заканчивает жизнь самоубийством, потому что ему доказывают, что его прошлые поступки оцениваются как преступление.

Почему я об этом рассказываю? Потому что это довольно безнравственный процесс, в котором сняты некоторые правила социальных норм: когда суд устраивается как игра, как шутка, но очень опасная, слишком жестокая. Это игра очень старых людей, у которых снижена критичность, а также изменены представления о нравственности и прочем. И один из признаков такого снижения (хотя они и произносят умные речи: адвокат блестяще защищает, прокурор блестяще нападает, судья судит, проявляя старые навыки их профессии) заключается в том, что они крайне неряшливы: выглядят неопрятно, облиты соусом, перемазаны, едят руками. Небрежность и неряшливость – внешний признак их *нравственной* неряшливости. Поэтому неряшливость может входить в число симптомов, маркеров. И хотя в психиатрии данный термин нигде не узаконен как симптом, но в версию врачей первичной медицинской помощи его ввели.

Неряшливость – показатель того, что человек стал беспомощным, перестал правильно оценивать себя. Когда хотят показать сохранность пожилого человека, говорят: «Какая чистенькая, аккуратная старушка». На Западе самые аккуратные люди – старики. Если молодые могут ходить в рваных джинсах, бравировать этим, то старички и старушки аккуратно причесаны, наглажены, они

не богаты, но ухожены, и тем самым как бы подчеркивают: мы сохранны, мы сохранили свои психические функции. Вид этих ухоженных старушек, особенно когда они сидят в кафе и пьют кофе с пирожными, наверное, одно из самых тяжелых чувств, которые я испытываю на Западе: у меня перед глазами сразу встают лица наших стариков – с мертвыми глазами живых трупов, которые иногда ходят плохо одетыми, совсем не потому что им нечего одеть, а потому что им уже все равно, что это уже неважно, не имеет смысла. Раз общество безразлично к ним, то и им безразлично, как они выглядят в глазах этого общества.

Еще одним вариантом трансформации тревоги является *агрессия*. Агрессия при стигматизации психически больных рассматривается как обязательный признак любого психического расстройства. Когда люди описывают типичный портрет душевнобольного, они очень часто упоминают о том, что он очень агрессивен и опасен. На самом же деле, если проводить статистику между психически здоровыми людьми и психически больными, то агрессия чаще будет встречаться у первых.

Вот несколько определений агрессии. Последнее (третье) подвергает сомнению термин «аутоагрессия», т.е. агрессия против самого себя, или эквивалент понятия «суицид».

1. Агрессия – это любое поведение, содержащее угрозу или наносящее ущерб другим. Из этого определения мы никак не можем прийти к понятию аутоагрессии.

2. Те или иные действия могут быть квалифицированы как агрессия, если они включают в себя намерения обиды или оскорбления, т.е. имеют цель причинить обиду, или оскорбление, или ущерб. Здесь важно желание причинить ущерб. Если вы наступили нечаянно на ногу человеку в автобусе, это не агрессивное действие, но если вы сознательно это сделали, то такое действие рассматривается как агрессивное.

3. Агрессия – любая форма поведения, нацеленная на оскорбление или причинение вреда другому живому существу, не желающему подобного обращения. Таким образом, из данного определения исключаются, например, случаи садомазохизма.

Существует много психологических теорий *агрессии*, и одна из них, самая распространенная, связывает агрессию с фрустрацией, т.е. препятствием, которое стоит между человеком и его желанием. В определенной степени это можно связать и с тревогой,

потому что фрустрация – состояние психического напряжения, в одном из вариантов которого оно проявляется в агрессивных действиях, нападении.

Когда мы беседовали о трансформации тревоги, то говорили, что она может проявиться или в нападении, или в бегстве. Одни люди в ситуации напряжения, тревоги склонны к пассивности – и тогда это астения или депрессия, а другие – к нападению. Мы можем сейчас представить женщину, стоящую перед дверью своего дома, в которой поменяли замки, а она еще не умеет ими пользоваться. Стоит уже битый час и не может открыть дверь, из-за чего в ярости бьет дверь ногами. Может такое быть? Конечно. Вот эта дверь и есть физическое препятствие к ее желанию оказаться в собственном доме.

В психологии существует понятие «перенесенная агрессия». Когда мы не можем быть агрессивными к тому, кто (или что) вызывает у нас чувство агрессии, злобы, то проявляем ее к тому и там, где это возможно. Например, человек, оскорбленный своим начальником и боящийся возразить ему из-за страха увольнения, приходит домой и избивает своего ребенка. Это и есть перенесенная агрессия, не связанная с психическим расстройством, – один из механизмов психологической защиты. Думаю, в нашей аудитории нет ни одного человека, который хотя бы раз в жизни не совершил действия перенесенной агрессии. Вы недовольны собой – и кричите на своего соседа.

У известного датского художника-карикатуриста Херлуфа Бидструпа есть такая картинка о перенесенной агрессии и возмездии за агрессию: следует цепочка ударов по беззащитному, доходя до самого высокого начальника. Швейцар, на которого спустилась вся эта агрессия, выпнул собачку за двери офиса, и «породитель» данной агрессии – босс – страдает: собачонка вцепляется в него в ярости. Это – история про месть, а агрессия, действительно, может быть проявлением мести.

В психопатологии агрессия встречается не так уж часто. Какой пациент может стать источником агрессии? Прежде всего, с бредом преследования. Такие пациенты называются «преследуемый преследователь», когда они начинают обороняться от своих мнимых врагов. Преследуемый преследователь встречается крайне редко, потому не нужно смотреть на больного с бредом преследования как на потенциального агрессора. Если врач первичной

медицинской помощи встретился с высказываниями пациента о том, что за ним следят или его хотят убить, необходимо задать вопрос: «Какие меры защиты от этого вы применяете? Какие намерены применить, если эти вам не помогут?» За 38 лет моего стажа я пересмотрел множество больных шизофренией и видел только одного потенциально опасного пациента с бредом значимости. Он считал, что все женщины в красных одеждах намекают ему на его сексуальную неполноценность, и он принял решение: если кто-то еще раз это сделает, то он расправится с такими.

Для того чтобы оценить степень опасности агрессии у пациента с бредом, вы не только должны узнать о его намерениях, но и расспросить его окружение, родственников, совершает ли он агрессивные поступки; каков их характер; в чем они проявляются. Нередко мы сталкиваемся с ситуацией, когда мать больного говорит о том, что он ее бьет. Спросите ее о том, как это происходит. В большинстве случаев – из-за неадекватного взаимодействия матери со своим сыном. Например, он приходит домой в состоянии легкого опьянения, и начинается домашний скандал, мать активно нападает, говорит, что она сейчас вызовет «скорую помощь», что врачи запретили ему употреблять спиртное, т.к. он пьет лекарства, которые нельзя совмещать. И, наконец, произносит ключевую фразу: «Сейчас вызову “скорую” – и тебя опять упрячут в психушку». Кто же здесь агрессор? Мать! Она никого не избивала, но это была вербальная, словесная, агрессия, в ходе которой она предъявила психиатрическую больницу не как место, где помогают, а где укрощают – эквивалент тюрьмы, и в ответ получила оборонительную агрессию, защиту.

Врач первичной медицинской помощи не должен заниматься консультированием матери этого пациента. Он может предупредить мать больного, что некоторые формы ее взаимодействия с сыном неправильные и следует рассказать о них психиатру, который наблюдает его. Психиатр сможет дать рекомендации, которые позволят в будущем уменьшить степень этой агрессии, но больной не рассказывает из-за страха быть наказанным, а наказание для таких больных – насильственное помещение в психиатрический стационар.

Агрессию могут проявлять также пациенты с императивными галлюцинациями (слышащие голоса в форме приказа), но это вовсе не значит, что каждый пациент, которому голоса приказыва-

вают произвести какое-то агрессивное действие, немедленно выполнит его. У каждого психически больного существуют те же критерии допустимого поведения, что и у здорового человека. Я видел больных, которые кричали и требовали привязать их, потому что голоса приказывали ударить кого-то: «Привяжите меня, не то я ударю!» Врач первичной медицинской помощи не должен воспринимать пациента с такими расстройствами как человека, совершенно не контролируемого. Необходимо помнить, что только тяжелая патология или отсутствие запретов (социальных, нравственных) приводят к реально агрессивным действиям. К такой форме тяжелой патологии может быть отнесен делирий (нарушенное сознание) – когда пациент неправильно воспринимает окружающий мир, чаще всего как угрожающий, и потому обороняется от этой мнимой угрозы.

Наконец, агрессия может возникать в состоянии дисфории – угрюмого, злобного, раздражительного настроения, которое чаще встречается при эпилепсии. Пациенты с дисфориями наиболее часто совершают агрессивные действия.

Описывая любую агрессию, врач должен отразить ситуацию, в которой она произошла, и задать пациенту вопрос о том, какие чувства он испытывает после этого агрессивного поступка: удовлетворения, вины или безразличия? Это чувство является способом оценки агрессивной опасности в будущем. Если пациент испытывает чувство вины, то вероятность повторения агрессии минимальна. Когда же – чувство удовлетворения, то вы задаете вопрос: «Почему?» Если он скажет, что отомстил обидчику, резонно узнать, что же он будет делать дальше, что намерен предпринять. Но самым опасным окажется пациент, у которого его агрессивные действия не вызвали никаких чувств, который остался равнодушным. Вероятность и возможность повторения агрессивных чувств и поступков со стороны такого человека довольно высока.

Лекция 9. ДЕПРЕССИЯ

На примере этой темы мне хотелось бы показать вам общие позиции психиатрии, периодически доминирующие в ней. Слово «депрессия» многозначно: оно означает и состояние, и расстрой-

ство, и симптом. В последнем случае мы говорим о том, что это печальное, грустное, пониженное настроение.

Первая сложность депрессии как симптома – это то, что ее трудно диагностировать, так как наш пациент должен уметь читать свои чувства и выражать их словами. Затруднительность диагностики депрессии как симптома заключается в том, что описание тоски и печали должно быть выражено словом. А если говорить более профессиональным языком – это чувство, которое следует вербализовать. Но это трудно сделать, поскольку в некоторых языках вообще отсутствует термин «тоска», и носители таких языков вынуждены использовать термин «депрессия».

Названия психических расстройств часто несут в себе стигматизирующий характер, например шизофрения. Распространенность депрессии, активная работа по ее выявлению и лечению привели к тому, что в США и Западной Европе данный диагноз перестает восприниматься как стигматизация. Среди образованного населения в нашей стране также появляются пациенты, воспринимающие этот диагноз уже без страха стигматизации. Тем не менее, мысль о том, что это все-таки серьезное психическое расстройство, вызывает у пациентов, даже у тех, кто уже перенес когда-то в жизни депрессивный эпизод и успешно лечился, сопротивление такому диагнозу. У них формируется так называемый синдром отрицания, то есть психологический защитный бессознательный механизм, с помощью которого на сознательном уровне, путем другого защитного механизма – рационализации, формируется «успокаивающая» концепция болезни: давно не отдышал, переутомился и т.д.

Один пациент говорил мне, что слово «депрессия» вызывало у него чувство опасности. Когда появились первые признаки депрессии, он, приходя ко мне, пытался убедить себя и меня в том, что это не депрессия, а усталость, печаль от каких-то личных неурядиц, или просто его состояние связано с плохим физическим самочувствием. Но он все-таки приходил к врачу, и, по всей вероятности, в тот момент у него имелось двойственное отношение к своему состоянию, потому что однажды он произнес следующую фразу: «Валерий Владимирович, знаете, что такое депрессия? Депрессия – это смерть, ты – мертвый, и каждый раз ждешь, что снова умрешь, и не веришь в то, что опять возродишь».

ся». Поэтому ощущение опасности, идущее от депрессии, даже при дестигматизации этого термина сохраняется.

Депрессия как расстройство включает в себя целый набор симптомов. Если пациент приходит к вам и (поскольку это слово «депрессия» начинает проникать в наше массовое сознание) говорит, что у него депрессия, не начинайте радоваться тому, что вам попался такой пациент, который сам правильно определил у себя такое состояние. В этом случае обязателен следующий вопрос: «Расскажите о тех чувствах, которые вы испытываете? Что изменилось в вашем состоянии и поведении?» Под словом чувство наши пациенты нередко понимают ощущение, и они могут начать рассказывать о всяких ощущениях в своем теле. Тогда логично задать вопрос: «Опишите, что вы чувствуете в своем теле». И чаще всего пациент, отмечающий у него депрессию, опишет вам состояние внутреннего беспокойства и тревоги.

Почему же тревожный пациент, придя к врачу, называет тревогу словом «депрессия»? Потому что в нашем сознании с тревогой ты должен справляться сам. Не нужно ходить по врачам, а следует взять себя в руки, как это делал барон Мюнхгаузен, беря себя за волосы и вытаскивая из болота. Поэтому очень немногие «тревожные» пациенты идут за помощью к врачу, но прийти к доктору и сказать, что у тебя депрессия, – это уже возможно, потому что данное слово стало уже как бы узаконенным и перестает рассматриваться как «настоящее» психическое расстройство.

Если ваш пациент затрудняется описать, что происходит в его теле, сделайте другую вещь. Скажите ему: «Покажите руками, что происходит в вашем теле?» Какие жесты вы увидите при тревоге? Жесты волнения: хаотические движения руками, иногда – сжимание или разжимание рук, и всегда либо в районе сердца, либо в эпигастральной области.

А какой жест покажет пациент с депрессией? Он сжимается – это жест сжатия тела и души. И, наконец, попробуйте использовать прием присоединения и скажите ему: «Сейчас я буду делать определенные движения, а вы повторяйте их за мной». Примите позу сжатия и спросите его через пару минут, что он почувствовал. И он скажет – мне неприятно, мне грустно. А если вы будете совершать хаотические движения, то через несколько минут ваш пациент скажет: «Хватит, прекратите, мне неприятно!» Так, скорее,отреагирует пациент с тревогой. Жесты, мимика переда-

ют наши чувства, но они передаются и окружающим. Общаясь с тревожным пациентом, мы нередко тоже начинаем испытывать напряжение, что на бытовом уровне проявляется словами: «не плачьте, расслабьтесь, успокойтесь» и т.д. Если вы сидите рядом с грустным, печальным, тоскливым человеком, у вас может возникнуть желание отойти, т.к. вы тоже ощутили *чувство* скованности.

Когда пациент будет рассказывать вам о своей депрессии, то далее он обязательно начнет искать объяснение этому состоянию, т.к. все мы хотим жить в структурированном мире, мире четких и понятных причинно-следственных связей. И врачи, и ученые так же, как и наши пациенты, хотят жить в причинно-следственном мире.

Поэтому первым вопросом, который интенсивно занимал исследователей депрессии, был вопрос «Почему?». Отсюда родились классификации депрессии – как попытка ответа на данный вопрос. Ведь ответ несет в себе очень важный смысл: известна причина – известно, как лечить.

Самой распространенной схемой, построенной на системе нозологии и соотнесении этой нозологии с лечением, является классификация Пауля Кильхгольца, известного швейцарского психиатра. Она представляет собой некий континуум, в котором механизмы возникновения депрессии делятся на нозологические группы. Достоинство этой классификации заключается в том, что она, отражая прежнюю этиологическую концепцию Э. Крепелина, где классификация заболеваний построена не синдромологически, не по клинической картине, а по причинному фактору, одновременно пытается дать и дифференцированную терапию, соотнесенную с этиологией. Каждой из этих групп предложена та терапия, которая является наиболее адекватной. Эта схема была последней и, пожалуй, самой совершенной попыткой, вытекающей из нозологической концепции Э. Крепелина, из его классификации депрессии.

Вы знаете, что в МКБ-10 этиологический принцип построения классификации практически исключен, и основной акцент ставится на вопрос «Как?»: «Как это протекает?», «Какими симптомами проявляется?».

В прежних этиологических концепциях депрессии тоже делались попытки подробного описания симптоматики, которая позволила бы дифференцировать эндогенную и психогенную де-

прессии. Но это было лишь способом для получения главного ответа на вопрос «Почему?».

В современных же подходах к депрессии вопрос «Почему?» менее актуален, чем вопрос «Как?», т.е. «Какова клиническая картина этого расстройства?», «Какова продолжительность по времени?». Поэтому за эталон депрессии как расстройства берется депрессивный эпизод, его симптоматика. Остальные виды депрессии показывают лишь некоторые отличия этой симптоматики от классического депрессивного эпизода или особенностей его протекания. Например, какое это расстройство – моно- или биполярное? Протекающее в виде только депрессивных эпизодов или же биполярное расстройство, когда, помимо депрессии, у больного наблюдаются и подъемы настроения?

Полностью избежать вопроса «Почему?» в классификации МКБ-10 пока не удастся, поэтому выделяются вторичные депрессии. Они рассматриваются как вторичные по отношению к первичному заболеванию. Например, постшизофреническая депрессия. В её описании, однако, основной акцент сделан на симптоме, на вопрос «Как?», а не «Почему?», потому что, имея дело с постшизофренической депрессией, мы не можем сегодня ответить на вопрос, почему она возникает. Связано ли это с самим шизофреническим процессом, когда неизученный пока биологический фактор возникновения шизофрении одновременно вызывает и депрессию, или это реакция личности на болезнь, или же сочетание того и другого? Для того чтобы диагностировать постшизофреническую депрессию, не нужно разбираться в механизмах возникновения – важно выяснить, как она протекает, для организации терапии. Вопрос «Как?» важен еще и потому, что психофармакологические средства направлены не на этиологию, а на симптом, на определенную группу расстройств.

Если у человека тревога, то она возникла в связи с нерешенными личностными проблемами или является последствием поражения головного мозга каким-то органическим процессом. Анксиолитик, препарат для снятия тревоги, будет одинаково успешно функционировать и в том и другом случае. Кроме постшизофренической депрессии, по этиологическому признаку выделяются послеродовая и сезонная депрессии. Но, опять-таки, механизмы возникновения этих расстройств недостаточно известны. Психическая травма, связанная с родами, – это страх роженицы за свою

жизнь и жизнь ребенка? Это физический болевой стресс или же инфекция? Или просто констатация того, что после родов возникает депрессия?

Сезонная депрессия. Наиболее известна зимняя депрессия, и, казалось бы, в ней изучен главный причинный фактор: это депривация света. Эпидемиология распространения данной депрессии четко подтверждает, что этиология этого расстройства известна. У жителей полярных зон её частота составляет 90–100%; по направлению к югу она снижается, но даже в южных зонах все равно отмечается снижение настроения в 0,5% случаев.

Зимняя депрессия – серьезная проблема для стран, находящихся на Севере. Это районы крайнего Севера России, Аляска, Скандинавия. Здесь можно задать вопрос: «Почему не у всех людей возникает зимняя депрессия? Что в их организме препятствует её возникновению?». Точного ответа на эти вопросы нет. Кроме того, показано, что летняя депрессия по своим механизмам отличается от зимней.

Для того чтобы исследования депрессии были сравнимы, необходимо найти инструмент, который был бы одинаково универсален в разных точках мира, в разных популяциях, у разных людей. Отсюда следует, что одним из самых серьезных аспектов исследования депрессии становится изучение этно- и транскультуральных аспектов, т.е. как протекает депрессия в различных культурах, у представителей различных рас, у людей, живущих в разных климатических, социальных и географических условиях. Какие симптомы при этом оказываются обязательными, а какие могут у кого-то не появляться. Эти исследования показывают, что депрессия существует везде. Как бы по-разному она не протекала, но встречается у людей разных рас, верований и культур.

Однако есть и отличия. Когда мы рассуждали с вами о бреде, то я вам говорил, что бред достаточно тесно связан с социальными условиями жизни общества, его культурой, и рассказывал об исчезновении каких-то видов бреда в настоящее время и о появлении новых его разновидностей. Так, оказалось, что при депрессии идеи греховности не характерны для культур атеистических или языческих, что они свойственны в основном представителям иудейской или христианской религиозной среды. А у народов языческих или атеистических идеи греховности и виновности практически отсутствуют и в большинстве случаев

на первое место выходят соматические проявления депрессии. Но здесь опять-таки вмешивается социальная среда, культура, в которой формируется человек. Для некоторых регионов Африки характерно то, что депрессия протекает с идеей омертвления своего тела, лишения Богами тела.

Лекция 10. ДЕПРЕССИЯ, ЕЁ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Мы остановились на том, что этнокультуральные особенности помогают ответить на вопрос «Как?». Вспомните три вопроса: «Почему?», «Как?» и «Зачем?», которые возникают при исследовании депрессии. Мы пока затрагивали только «Почему?» и начали говорить о «Как?». В последнем случае мы остановились на том, что именно эпидемиологические, популяционные и культуральные исследования позволяют ответить на вопрос «Как проявляется депрессия?».

Эти исследования позволили сформулировать следующую позицию: депрессия – одна из психосоциальных или психобиологических социально детерминированных реакций человека. Она проявляется вне зависимости от этноса и культуры. Если вернуться к историческим описаниям депрессии, которые можно почерпнуть из художественной литературы (например, у Гомера или из описаний философов и врачей древности), то напрашивается вывод: депрессия была всегда. Есть предположение, что её можно обнаружить и у животных. В частности, производились исследования, в которых экспериментально воспроизводили депрессию у животных. Однако при этом можно было ориентироваться только на поведенческие компоненты и, естественно, отсутствовала возможность изучения мыслительной деятельности.

Да, это очень важный вопрос: «Что же такое депрессия? Что в ней самое главное?» Вопрос для меня лично тоже первостепенный, поскольку, много лет занимаясь депрессией, относясь к ней, как к очень важной проблеме, я боюсь, чтобы с ней не произошло того, что случилось с диагнозом «шизофрения» – он стал «автоматическим» практически для любого пациента, у которого не находилось явных признаков тяжелых органических расстройств (и даже тогда возникал диагноз «шизофрения на ор-

ганической почве»). Диагноз «шизофрения» становился как бы автоматическим символом любого психического расстройства. В практической деятельности это проявлялось тем, что больной – с навязчивостями, а вы не в силах его вылечить. Собирался консилиум, где ученые мужи доказывали, что это – навязчивости шизофренического характера. После этого лечащий врач успокаивался, поскольку предполагалось, что невроз – «вещь», по определению, обратимая, и доктор должен вылечить такого человека, а шизофрения, заведомо, – заболевание хроническое. Стало быть, давайте мы ему поставим шизофрению, дадим вторую группу инвалидности – и пусть он от нас отстанет. Что с шизофреника взять?!

Так вот, я опасаясь, чтобы ничего подобного не произошло с депрессией и мы у каждого пациента не стали бы ее находить. Тем более что она действительно встречается часто и нередко протекает в атипичной форме. Кроме того, точный ответ на вопрос «Как?» должен снять опасность, которая всегда существует в медицине – опасность, свойственную человеческому функционированию. А называется она «мода». Мода на определенные лекарства, когда врач начинает видеть прекрасные результаты только потому, что их хочется увидеть. А потом приходит доказательная медицина и говорит, что это лекарство не может помогать по существующим правилам, не в состоянии излечить больного, потому что оно, например, не проникает через гематоэнцефалический барьер. Значит, никак не может попадать в мозг!

Пример такого применения – история с аминалоном, или гамалоном, за который платили громадные деньги. Хотя к тому времени исследования на животных начали показывать, что данный препарат непроеходим через вышеупомянутый гематоэнцефалический барьер. Представляете? Препарат, вроде бы ориентированный на мозг, до мозга не доходит! Или история инсулинокоматозной терапии, инсулино-шоковой терапии, которая на сегодняшний день рассматривается как одна из самых больших наших неудач. В основе моды на лекарство во многом лежит так называемая конформность, т.е. подверженность влиянию других коллег.

В настоящее время, несомненно, имеет место мода на депрессию. Если мы возьмем количество публикаций, так или иначе относящихся к аффективным расстройствам, то их будет наверняка

больше, чем публикаций по шизофрении. Потому что с шизофренией психиатры как бы уперлись в определенный тупик, и ничего такого, что поменяло бы принципиально отношение к ней, кроме психосоциальной работы с таким больным или психотерапии шизофрении, на сегодняшний день пока не удается найти.

Нужен какой-то иной биологический фундамент – но этот скачок должна сделать биология, а не мы. Мы же представители не фундаментальной науки, а прикладной. Вот когда из фундаментальной науки поступят новые сведения, меняющие представления о биологии и о биохимии мозга, тогда и возможен резкий скачок в понимании шизофрении.

Сегодня каждый, кто занимается депрессией, должен задавать себе вопрос: «Не является ли мое занятие, моя диагностика депрессии влиянием моды? Не подвержены ли мы, каждый из нас, ставя диагноз “депрессия”, этому влиянию?» Это принципиально важно для врачей-психиатров, потому что в нашей стране окончательный диагноз «депрессия» пока устанавливает не врач первичной помощи, а психиатр. Поэтому необходимо еще раз весьма серьезно сосредоточиться на вопросе «Как?».

Ядро депрессии составляют симптомы, которые являются облигатными, т.е. обязательными, в любой культуре наряду с симптомами, которые могут быть в разных культурах, а могут и не быть. Культурально независимыми облигатными симптомами депрессии считаются изменение настроения, расстройства влечений – так называемая ангедония, снижение активности. Это весьма похоже на депрессивную триаду Э. Крепелина: тоскливое печальное настроение, интеллектуальная и двигательная заторможенность и ангедония (утрата интересов). Наличие хотя бы двух из этих трех осевых симптомов депрессии обязательно для ее диагностики. Это триада, которая была выделена у самых тяжелых депрессивных пациентов.

Но культурально независимые признаки депрессии каждого отдельного человека могут иметь разный удельный вес, разную проявляемость и, самое главное, разную интеллектуальную оценку. Для того чтобы в каждой культуре, в каждой отдельной группе людей, у каждого пациента уметь диагностировать депрессию через наличие вышеуказанных трех основных признаков, мы должны получить спектр того, как они будут проявляться у разных людей. К сожалению, у нас на сегодня нет инструментальных ме-

тодов оценки этих главных симптомов: хотя бы таких, какие на самом элементарном уровне существуют в арсенале терапевта, – тонометр, или более сложных – биохимических, когда, допустим, вы можете получить точную цифру содержания сахара в крови у пациента, и т.д. Да, у нас нет пока подобных инструментальных методов, с помощью которых мы могли бы обнаружить хотя бы не выраженность, а наличие определенного признака.

Эти относительно независимые от культуры признаки встречаются у всех людей, как показывают сравнительные так называемые транскультуральные исследования. Но в каждой культуре, в каждом индивидуальном человеке они проявляются по-разному. Это особенно важно для психотерапии депрессий, потому что, если пациент передает чувство тоски определенным набором слов (например, определенными сравнениями, определенными метафорами), то для вас, работающих не биологическим, а психотерапевтическим методом, данный набор слов, метафор, с помощью которого чувства выражаются через ощущения, становится той мишенью, с которой вы работаете как психотерапевт. Вы не вправе предложить пациенту свое истолкование и свое описание, поскольку оно будет чуждым для него.

Американцы лет 20 назад считали, что врач, работающий с депрессией, должен в своем опыте иметь личную депрессию, тогда пациент ему становится понятен, тогда на личном опыте он понимает, каково это страдание и сколь оно тяжело. Это заставляет его вдумываться в каждую фразу больного и оценивать его, исходя из личного опыта. Но тут уж кому как: кому «повезло», тот перенес, кому не «повезло», тот не знаком. Это как прививка от кори – легкая корь, легкая скарлатина. В настоящее время диагностика депрессии врачом первичной помощи не может являться профессиональным критерием оценки качества специалиста, работающего с данным страданием. Пока у нас нет биологических маркеров депрессий, мы обречены на выявление, учет и понимание индивидуальных проявлений осевых депрессивных симптомов.

Культурально зависимыми симптомами являются следующие: суицидальные тенденции, апатия, психомоторная заторможенность, ажитация, чувство вины, ипохондрия, бред и галлюцинации.

Что означает в данном случае наличие вышеуказанной симптоматики? Мы допускаем, что у пациента имеется подавлен-

ное, печальное тоскливое настроение, но он не способен его выразить словами, не может никак вербализировать, т.е. оно есть, но отсутствуют те указания, которые дают нам право на диагностику. По существу, второй и третий признак (потеря интересов, утомляемость и снижение энергии) – это как бы дополнительная биологическая часть, более легко ощущаемая, особенно третий – снижение энергии и утомляемость. Эти признаки легче диагностируются, более понятны пациенту в проявлении его расстройств. Если бы трудность выражения и описания своего настроения не была столь значительна, то, я думаю, для диагностики депрессий в какой-то степени достаточно было бы одного признака, сочлененного с продолжительностью. Это описание тоски, грусти и печали. Если оно есть, если оно правильное и соответствует понятию не тревоги, не апатии, а именно депрессии, то с этого момента мы могли бы остановиться на диагностике, на проявлении «Как?» в виде одного симптома, что мы делаем, например, при диагностике бреда.

Если же пациент рассказывает о том, что в течение последних пяти лет он является объектом воздействия инопланетян, которые управляют им, и он считает, что это некая заслуга за его предшествующую жизнь, что его выбрали из числа других людей, то этого достаточно, чтобы диагностировать бред. Нам не надо, чтоб означенный человек ходил, скажем, в президентский аппарат и требовал орден за то, что он выбран Космосом в качестве Посредника. Нам совсем не нужно, чтобы он запирался в комнате и месяцами общался с инопланетянами. Его поведение может быть разным, но мы все равно будем диагностировать бредовую идею по одному его высказыванию, по его убежденности в этих мыслях. Очень важно, чтобы еще и поведение больного подтверждало бредовую идею. Однако в данном случае непоколебимость и противоречивость самой идеи вполне достаточны для диагностики бреда.

Также и описание чувства постоянного ожидания опасности достаточно для диагностики тревоги как симптома. Депрессию как симптом мы могли бы диагностировать по одному этому нарушению. Конечно, для диагностики депрессии как расстройства в целом, кроме основных симптомов, нужна целая группа других, так называемых дополнительных, симптомов.

Симптомы депрессивного эпизода по МКБ-10

Основные: снижение настроения, утрата интересов, снижение энергичности, приводящие к повышенной утомляемости и ослаблению активности. Отмечается выраженная усталость даже при незначительном усилии.

Дополнительные: сниженная способность к сосредоточению и вниманию; заниженные самооценка и чувство уверенности в себе; идеи виновности и самоуничужения; мрачное и пессимистичное видение будущего; идеи или действие по самоповреждению или суициду; нарушенный сон; сниженный аппетит.

Депрессивный эпизод делится на три степени: легкий, умеренный и тяжелый. Для постановки диагноза легкого депрессивного эпизода требуется не менее двух основных симптомов и хотя бы два дополнительных, умеренного депрессивного эпизода – два основных и три-четыре дополнительных симптома, тяжелого – три основных и не менее четырех дополнительных.

С какой жалобой может прийти пациент к врачу первичной медицинской помощи? На тоску, на подавленное настроение? Нет. Во-первых, зачастую он просто не может выразить это словами. Кроме того, ему известно, что печалью, грустью, тоской и занимается человек, именуемый психиатром или психотерапевтом. В крайнем случае, он может поделиться этим с невропатологом, поскольку в нашей популяции невропатолог рассматривается как врач для лечения нервов, т.е. психики. А может ли пациент прийти к врачу первичной медицинской помощи с жалобой на потерю интереса или удовольствия от ранее приятной деятельности? Нет. Скорее, он придет пожаловаться на снижение энергии, повышенную утомляемость.

Что последует дальше за этой жалобой? Пациент начнет заниматься интерпретацией, он начнет объяснять все возможные причины данного состояния, как бы подсказывая врачу решение проблемы. Пациент может предъявить заодно с этим и целый ряд соматических проявлений депрессии, и вот их-то он и будет считать ее первопричиной, а снижение энергии или, если даже вам удастся выявить, расстройство настроения расцениваются им как бы вытекающими из соматических симптомов.

В моей практике было бесчисленное множество пациентов, которые проявляли один из двух симптомов: первый – бессон-

ница (расстройство сна). Всё остальное следовало из первого, и больные прямо так и говорили: «Доктор, вы мне наладьте сон, а когда я начну нормально спать, то все другое у меня нормализуется». Если врач первичной медицинской помощи попадает на эту удочку, он назначает снотворное. Больной начинает спать. Однако вы убираете лишь один симптом из целой группы депрессивных признаков. Будет ли удовлетворен этим пациент? Нет. Что он вам на это скажет? Что выглядит очень логичным и в сути своей абсолютно правильным? Он скажет, что спит не самостоятельно, а от лекарств. «Вы не восстановили мне сон, вы мне просто даете костыль! Перестанете давать костыль, не то я опять разучусь ходить! Я пришел к вам (далее идет формулирование своего заказа) за естественным восстановлением сна, а вы мне обеспечили его с помощью лекарств!» Не может пациент, имеющий депрессию, быть удовлетворен тем, что ему не восстановили естественный сон.

Второе проявление, на которое люди могут жаловаться, – это отсутствие аппетита. «У меня отсутствует аппетит, я худею, потерял в весе». В каких-то случаях это функционирует как моножалоба. У каждого из нас своё представление о том, как оценивать состояние здоровья. Встречаются люди, для которых еда, аппетит, вес являются интегративным, самым главным, показателем здоровья.

Вы не застали такую юмореску, которая имела популярность лет 10–15 тому назад. Одно из самых любимых мест, над которым любят шутить, – это больница, это мы с вами, врачи. Нас боятся, нам очень хотят верить, хотят поверить в то, что мы можем спасти человека от смерти или от тяжелой болезни, а поскольку в это порой трудно верить, то над нами смеются. Мы – один из изблюбленных объектов юмористов. Видели ли вы, чтобы такое внимание уделялось, скажем, учителям, экономистам, инженерам? А ведь эти люди заняты такой же важной работой, как и мы. Если инженер плохо построит здание, то оно рухнет, но мы с вами всё равно остаемся классическим объектом шуток. Психологические механизмы, которые лежат в основе этого, я вам уже объяснял.

В упомянутой юмореске дело происходит в поликлинике, где сидит словоохотливая старушка и расспрашивает всех посетителей врача, что у них болит, комментируя одной фразой: «На-

верное, съели что-нибудь не то». Это гипербола, это юмор. Это тянется из древних времен, ведь к пище у нас отношение особое. Во всех культурах существует регламентированное уважение к хлебу. Его нельзя бросать, пища рассматривается как символ, синоним нашей жизни!

Вполне понятно, что аппетит и вес рассматриваются в качестве эквивалента здоровья. Кроме того, в современном обществе, где причина смерти от онкологических заболеваний стоит на втором месте, о чем начинает думать человек, у которого потерял аппетит, который теряет в весе? Он начинает подозревать, что у него онкологическое заболевание, но при этом, как ни странно, у пациента ничего не болит. И это загадочно для него, это вызывает страх, а все остальные симптомы депрессии, которые есть (но мы пока ещё о них не узнали, т.к. не расспросили его), выводятся психологически понятным путем как проявления снижения аппетита, т.е. больной меняет причину и следствие. «Главное, что у меня утрачен аппетит! Откуда ж силы будут, откуда бодрость возьмется, как я буду испытывать удовольствие от прожитого дня, какое у меня может быть настроение?! Плохое, потому что я худею, потому что, не знаю почему, но я не хочу есть. Если я раньше ел нормально, то сейчас пища для меня стала наказанием, я просто заставляю себя есть; значит, что-то со мной происходит тяжелое и серьезное...»

Это те симптомы, с которыми пациент может прийти к врачу первичной медицинской помощи. Естественно, что он может прийти с любым из соматических проявлений депрессии: с головными болями, с расстройством желудочно-кишечных функций, с перебоями в сердечном ритме. Когда вы начинаете работать с таким человеком, то первое, что я вам рекомендую сделать при жалобе на боли в сердце, – начать поправлять пациента, мягко, но неуклонно меняя выражение «боли в сердце» на «боли в области сердца». Вы можете обговорить это с ним. Так же вам следует поправлять пациента с жалобами на боли в почках. Попросите его показать рукой, где именно болит. Он показывает: «Здесь». И тогда путем психологической коррекции мы сразу можем заменить выражение «боли в почках» на «боли в пояснице», потому что в области поясницы, кроме почек, еще имеются мышцы, периферические нервные окончания, т.е. вероятны самые разные варианты возникновения болей.

Это очень важно делать, потому что при депрессии, даже когда обследование показало отсутствие патологии почек, возникающие боли дают основание пациенту подозревать, что у него какое-то трудное, не диагностируемое почечное заболевание. Поэтому даже для врача первичной помощи та элементарная психокоррекция, которую он может и должен проводить с пациентом, начинается с того, что они начинают говорить как бы на одном языке. Они договариваются называть эту боль «болью в области сердца»; они договариваются именовать другую боль «болью в области поясницы».

Посмотрим дополнительные симптомы. О чем еще может сказать пациент без особого расспроса? Если вспомнить перечень симптомов, приведенных в МКБ-10, какой из них больной способен предъявить как жалобу? Наверное, он может пожаловаться на то, что у него ухудшилась память. Об этом мы уже говорили. Особенно если у него нарушено, затруднено мышление, что характерно при симптоме депрессии, то это воспринимается как признак постепенной утраты ума. Но все-таки, как отмечалось выше, раньше он пожалуется на другое – расстройство сна и аппетита. Вот, пожалуй, все, на что может пожаловаться пациент в кабинете первичной врачебной помощи. Все остальное выявляется путем расспроса.

Я советую вам вопрос о суицидальных тенденциях прибегнуть для конца беседы. Потому что вначале между вами и пациентом контакт ещё не установлен, ваш пациент пока не поверил вам. По мере же того, как вы начинаете расспрашивать о том, что его беспокоит, и задаете те вопросы, на которые он отвечает «Да», он начинает верить и понимать, что вы – тот врач, который, кажется, разбирается в его состоянии. Тогда возникает мостик доверия.

Я не рекомендую вам следующий прием как универсальный, но иногда поступаю так. Когда ко мне приходит пациент с каким-то типичным расстройством и предъявляет несколько симптомов этого расстройства, дальше я его останавливаю и говорю: для того чтобы вы поверили мне, поверили в то, что я начинаю правильно понимать ваше состояние, давайте сделаем следующую вещь. Я стану называть вам симптомы болезни, которые могут быть у вас, а вы – отвечать, есть они или нет. Если окажется, что я правильно назвал вам большинство проявлений болезни, то, очевидно, мы с вами на верном диагностическом пути.

Что при этом подумает пациент? К какому врачу он пришел? К тому, который понимает его, или к тому, кто далек от понимания его состояния, а значит, далек от правильного диагноза? Как правило, больные говорят: «Наверное, Вы правильно понимаете, что со мной происходит». Дальше я начинаю перечислять симптомы и проявления данного расстройства. По мере того как вы их называете, каким бы тяжелым ни было само расстройство, вы видите улыбку на лице пациента, он радостно говорит: «Есть!», и даже депрессивный пациент говорит «Да». Он радуется не тому, что у него это имеется, а тому, что его начинают понимать. Ведь пациенту так важно, чтобы его понимали, особенно когда ему плохо! Вы можете добавить и описание чувств, которые вызывает тот или иной симптом.

И в конце такой беседы, даже если возникнет вопрос о суицидальных мыслях, вы получите достаточно откровенный рассказ. Если же вы с самого начала зададите этот вопрос, когда еще нет мостика доверия, то больной может ничего не сказать: «Он (врач) ещё подумает, что я сумасшедший, и отправит меня в психиатрическую больницу». Хотя и после этого все равно дайте пациенту высказать свои жалобы, т.к. прежде всего он пришел к вам за этим.

Лекция 11. СОМАТИЗИРОВАННАЯ ДЕПРЕССИЯ

В перечень основных симптомов в МКБ-10 дополнительно включены лишь соматические. Они не входят в число обязательных диагностических признаков, но в то же время мы говорили и говорим, что для современного протекания депрессии в определенных культурах характерно её частое проявление в маскированной соматизированной форме. Соматический синдром депрессии по МКБ-10 – утрата интересов и удовольствия от деятельности, которая в норме доставляла удовольствие, утрата эмоциональной реактивности на события, которые в норме приятны, пробуждение по утрам на два или более часа раньше, чем в обычное время, объективные данные о четкой психомоторной заторможенности, замечаемые другим человеком, явное снижение аппетита, потеря в весе (потеря 5% веса в течение последнего месяца), выраженное снижение либидо.

Почему же тогда соматические симптомы не являются основным диагностическим признаком депрессивного эпизода? По

очень простой причине: эти симптомы неспецифичны. Они могут встречаться при трудно диагностируемых соматических заболеваниях, поэтому дифференциальная диагностика при маскированной депрессии включает, прежде всего, дифференцировку от соматического недуга. Многие из них очень похожи на соматизированное тревожное расстройство, и поэтому врач первичной медицинской помощи или консультирующий его психиатр должны знать, что для диагностики маскированной депрессии важно не только обнаружить труднообъяснимые (в силу их неопределенности) симптомы соматического страдания, не только встретиться с собственно депрессией, резистентностью к методам стандартной терапии, но и получить набор таких признаков путем расспроса, позволяющего выставить диагноз «депрессия».

Поскольку чувства человека в нашей популяции очень тяжело вербализируются, с трудом облекаются в словесную форму, то подобный расспрос можно начинать, «втягивая» пациента постепенно в беседу, – с тех симптомов, которые значительно легче диагностируются им самим. Это та же потеря веса или изменения аппетита, расстройства сна, это жалобы на чувство усталости. Затем следует расспросить о том, что легче оценивается: поведение, работоспособность, функционирование больного с людьми? На этом этапе расспросов не следует сразу же углубляться в оценки раздражительности или конфликтов со своим окружением, потому что включаются бессознательные запреты на предъявление нарушения социальных норм, чувство стыда. Оценку этого симптома можно отложить.

Прежде мы уже говорили о вопросе «Почему?», когда пациент хочет сам объяснить, почему это с ним случилось. На данном этапе беседы такой вопрос вполне уместен. Если больной описывает вам снижение работоспособности, то вы вольны уточнить: «Как он это замечает? Как может подтвердить? Каковы доказательства? В чем конкретно это проявляется?» То есть вначале вы констатируете факт, что симптом – изменение социальной адаптации – правильно диагностирован пациентом, а вот затем звучит вопрос «Почему?». Он может сказать, что сейчас не успевает управляться со своими делами, как успевал раньше. А вы должны выяснить: «Может, их стало в три раза больше?» И тогда это не симптом снижения социальной адаптации и работоспособности. Может быть, ваш пациент получил такую нагрузку, которая про-

сто не соответствует его возможностям. Если нам предложить поднять 300 кг, а мы не сможем, то это же свидетельствует не о снижении наших физических возможностей, а всего лишь о том, что мы не тренированы, не обладаем соответствующими физическими навыками.

Если же пациент рассказывает вам о том, что работы в принципе не добавилось, расспросите его более тщательно, потому что при депрессии, с ее чувством виновности, с мыслями о своей никчемности, вы можете получить искаженный рассказ. Этот расспрос должен быть очень тщательным! Пациент может сказать, что работы не стало больше, что он просто не справляется с ней, просто не в силах. Внимательней расспросите его, были ли хоть какие-то изменения в его работе, когда он стал замечать это за собой. Может, он действительно не справляется со своими обязанностями, но его оценка носит депрессивный характер; может, не говорит о том, что эта работа превышает его силы, а низко оценивает свои возможности.

Если вы все же убедились в том, что работоспособность нарушена, его возможности действительно снижены, тогда пусть он попытается понять структуру того, почему это происходит. К примеру, ваш пациент может сказать, что ему очень трудно приняться за дело, которое раньше ему казалось обычной рутинной работой; сейчас это в его глазах выглядит тем, с чем он не в состоянии справиться.

Одна моя пациентка сказала: «Каждый мой день начинается с ужаса от мысли, что не смогу выполнять свои домашние обязанности». Заметьте, в этом даже нет никаких доводов – это чувство, а потом уже начинают появляться аргументы. «Я прихожу на работу, получаю задание – и начинаю испытывать ужас, что не справлюсь с этой работой!» Когда я спросил ее, а были ли у нее ситуации, когда она могла это превозмочь, она ответила: «Да, но я оставалась недовольна собой. На самом деле это только как бы муляж, видимость выполненной работы, а не настоящая работа». Она чувствовала себя виноватой, обманывающей других людей и ждала того момента, когда ей скажут: «Хватит делать вид, хватит так работать!»

Через такой рассказ вы сразу выйдете на несколько симптомов: на чувство собственной никчемности, на чувство вины. И если зададите следующие вопросы: «Легко ли было вам со-

средоточиться?», «Как быстро Вы принялись за работу?», то получите объяснение еще двух симптомов. Пациентка говорит, что оттягивала момент, когда нужно было выполнять более сложную работу, старалась сделать самое простое и винила себя за это. Она пыталась почувствовать, что хоть что-то может сделать. Здесь выявляется еще один симптом – нерешительность, трудность принятия решения. И если мы ее спросим, легко ли ей было сосредоточиться, что происходило с ее вниманием, его концентрацией, что происходило с мыслями, не путались ли они, то при ответе диагностируем еще один симптом депрессии.

Через человеческое поведение, через повседневную жизнь нам легче выяснять наличие симптомов депрессии, мы как бы привязываем их к той реальности, которая имеет место в жизни нашего пациента. Мы можем спросить пациентку не просто о том, как она спит, но и о чем думает, просыпаясь утром, или о чем думает, засыпая. Когда мы получим ответы, будет уместным вопрос о том, бывают ли у нее мысли о смерти. В ходе такого расспроса вы получаете структуру, которая позволит превратить беседу, интервью с пациентом не в допрос. Это особенно важно для депрессивного пациента, поскольку если мы будем расспрашивать пациента, испытывающего трудности в общении, по симптомам, то ему проще ответить «нет». Это оградит его от чужого вторжения во внутренний мир, чего он сам боится, потому что депрессивный пациент, с одной стороны, демонстрирует так называемый «призыв о помощи», он просит вас о ней, иначе вы бы не встретились с ним, а с другой – он очень боится узнать правду, т.к. в его глазах эта правда означает его душевную психическую смерть, в избавлении от которой никто и ничто не поможет. В данном случае больной выступает в двойственной роли, и эта двойственность как раз характерна для депрессии.

О двойственности больных шизофренией написано очень много, но больные с депрессией тоже двойственны. Они тянутся к помощи и вместе с тем отвергают возможность ее. У них есть надежда, но чаще всего – на какое-то чудо. Они верят, что наступит день, когда этот кошмар закончится, и одновременно присутствует депрессивный пессимизм – может стать только хуже. И чем глубже депрессия, тем уже меньше этой двойственности, а всё больше нарастание безысходности. Можно предположить, что если депрессия является своеобразной патологической фор-

мой переработки тревоги и страха, то, чем глубже эти тревога и страх, тем тяжелее реакция переработки. И это одна из возможных причин утяжеления различных степеней депрессии, а вторая причина её углубления – то, что обобщенно можно назвать конституциональной особенностью человека, включая его личность, его индивидуальную способность к стрессовому реагированию.

Рассуждая подобным образом, мы уже начинаем отвечать на вопрос не «Как?», а «Зачем?» возникает депрессия. Если принять, что «неразрешаемый» стресс (тяжелый дистресс) является однозначной угрозой биологическому существованию человека, то организм начинает включать все возможные регистры защиты от данного стресса, в том числе такие, которые выглядят как симптомы тяжелой патологии.

Сейчас мы обсудим те проблемы депрессии, которыми не должен заниматься врач первичной помощи. Этот раздел предназначен для специалистов и ориентирован на психологическую помощь пациенту, потому что это рассказ о *психологическом содержании* симптомов депрессии, именно оно подсказывает нам способы психотерапевтического вмешательства. Психологическое содержание симптомов депрессии в различных психологических и психиатрических школах трактуется по-разному. Можно выделить несколько психологических составляющих, которые допустимо соотнести с тем или иным клиническим симптомом депрессии. Первый из них – отношение к депрессивному переживанию самого пациента и такой феномен, как заторможенность мышления, а также симптом, о котором мы уже говорили, – навязчивое возвращение к одной и той же мысли.

Исторически имела место попытка деления депрессий на эндо- и психогенные, среди них в свою очередь различали реактивные и невротические депрессии. Отношение пациента к ощущению тоски и печали служило одним из критериев деления эндо- и психогенной депрессии. При первой из них возникало ощущение того, что чувства печали, тоски и вообще все, что происходит с психикой, является частью пациента, как бы вытекает из нее самой, т.е. больной не пытается найти во внешнем мире причины, которые бы вызывали это, а ищет их только в себе.

Для больных с тяжелой депрессией характерно ощущение безрадостности, ощущение того, что их ничего не интересует. Ощущение своей психической неполноценности, неспособно-

сти сосредоточиться и справиться с самим собой, *тревога по поводу абсолютной собственной никчемности*. Может даже возникнуть мысль, что вот это-то и есть мое подлинное «Я»; все остальное чисто случайно, по каким-то причинам мне удавалось скрывать, обманывать окружающих, а здесь я, наконец, оказался подлинным, и цена моей подлинности ничтожна. Отсюда еще большее чувство вины перед окружающим миром за этот обман. Однако и в данном случае, при появлении таких чувств и мыслей, какой бывает первая реакция на возникающую депрессию? Какое чувство превалирует, когда вы ощутили в себе то, что вам ничто не интересно, что вы не справляетесь с работой, что вы не можете собрать свои мысли? Какое чувство возникает? Тревога, страх! Тревога и порождает дальнейшую переработку этих переживаний.

Но если предполагать, что депрессия является формой своеобразной *патологической трансформации тревоги*, то это лишь первое чувство, и в этом случае период тревоги тоже начинает интерпретироваться депрессивно: «Я чувствовал, что, наконец, это должно произойти. Если раньше я боялся и не знал, чего боюсь, если раньше я изнывал от этого внутреннего беспокойства, то теперь точно знаю, почему это происходит». И, в принципе, пациент как бы правильно отвечает на вопрос: «Да, то было начало, да, я предчувствовал это, а вот теперь оно произошло». Он реагирует правильно на эту взаимосвязь, но неадекватно – на безысходность своего состояния, и уж совсем неправильно отвечает на вопрос о подлинности и ценности собственного «Я».

В рамках когнитивной теории депрессии вначале возникает мысль о том, что я ни на что не способен, а потом действительно появляется эта невозможность, неспособность к деятельности. Однако мне кажется, что до возникновения этой мысли все-таки имеет место эпизод тревоги. Если каждое слово раньше давалось легко, если удавалось увлечься и высказать какую-то серьезную идею и мысль, то сейчас, когда мысли с трудом собираются, когда человек не может вспомнить какие-то слова, он ни на что твердо, конструктивно не может решиться. Вспомните один из симптомов депрессии – нарушение концентрации внимания. Это интерпретируется пациентами двумя способами. Первый: «Я утратил ум». И второй: «Видимо, я и раньше не отличался умом. Если оценивать мои мысли в прошлом, то что разумного в них было?»

Значит, та двойственность у больных депрессией, о которой я говорил, порождает и двойственную интерпретацию невозможности думать. С одной стороны, это мысль о невозможности думать, мысль о «поглупении», которая тоже находит объяснение (к примеру, почтенный возраст, неправильный образ жизни). Это может быть связано с возвращением в свое прошлое – например, преодолевают воспоминания о своих родственниках, среди которых может отыскаться какой-то человек, у которого было раннее снижение интеллекта, что воспринимается больным как генетическая передача.

При более же глубокой депрессии даже не будет поиска причин поглупения, а произойдет просто констатация того, что «я всегда был глупым». Двойственность больных депрессией проявляется, с одной стороны, в том, что уже как бы «поставлен крест на себе», а с другой стороны, есть робкая попытка к спасению. Больные пытаются преодолеть трудности в мышлении, заставить себя думать. Предпринимаются попытки продумывать, обдумывать, но есть и ощущение невозможности это делать, что вызывает чувство раздражения и отчуждения от окружающего мира. Невозможность самому испытать радость и удовольствие усиливает чувство своей измененности и никчемности, порождая одновременно зависть к окружающим и раздражение на них. Принятие депрессивного состояния как части своей души, как части своего разума, которое использовалось в качестве критерия дифференциальной диагностики между эндо- и психогенной депрессией, очень часто не срабатывает, потому что для психогенной депрессии весьма характерна агрессивность, раздраженность и вспыльчивость. Но это же может наблюдаться и при том состоянии, которое раньше оценивалось как эндогенная депрессия.

Вспоминается одна моя пациентка с тяжелой депрессией, у которой было столь сильно выражено чувство бессилия, чувство невозможности заставить себя что-то сделать, что даже поход в туалет становился для нее целым событием. Она чувствовала свой переполненный мочевой пузырь, но у нее не хватало сил заставить себя встать и пройти несколько шагов. Она говорила, что не может никого видеть и слышать, потому что окружающие могут не только всё это делать просто и легко, но и постоянно напоминают ей о том, какая она. Ощущать себя ничтожной рядом с ними ей было очень трудно, и это вызывало злость. Всё под-

тверждало ей, что она никчемный и отвратительный человек. Как мы можем назвать такой симптом? Симптомом утраты контроля над своим «Я», симптомом, который можно назвать мучением по поводу невозможности контролировать свое «Я». Это отказ и нежелание контролировать также окружающий мир.

Следующий психологический симптом депрессии можно обобщенно назвать психологическим симптомом сужения пространства. Не только мысли становятся тяжелыми, но и происходит сужение пространства психики, сосредоточенность его лишь на нескольких объектах мышления, возникновение ощущения тяжести своего тела. В депрессивную триаду Крепелина входила психомоторная заторможенность: как будто в моих мыслях и в моем теле наступило оцепенение, мое тело сократилось в пространстве и отсюда – нежелание двигаться, нежелание ходить, что поддерживается несколькими симптомами: отсутствием интереса, трудностью принятия решений и одновременным ощущением несвободы своего тела. И это не только телесное ощущение – «спеленания», сжатости, сдавленности, но и психологическая несвобода. Таким образом, этот симптом можно назвать симптомом сужения телесного и психологического пространства.

Наконец, следующий симптом – это симптом измененного восприятия времени, один самых первых симптомов, описанных при депрессии. Время кажется остановившимся, когда пациент пытается что-то делать. Ему трудно, тяжело, например, контролировать свои мысли, и он смотрит на часы: оказывается, прошло всего 10 минут, а ему кажется, что это происходило очень долго. Ощущение, что время стояло, что в этот период оно остановилось. А потом идут долгие, мучительные попытки заставить себя что-то делать, и тогда время начинает скользить. Погруженность в себя, в свои тягостные переживания не ускоряет течение времени, а просто делает его незаметным. Потому что это одна и та же прожевываемая мысль, это ощущение, когда пациент говорит, что вот еще полчаса подожду, а потом возьмусь за работу, но он замечает, что это время уже наступило, а сил опять нет. Возникает ощущение, что время не останавливается, а, наоборот, очень быстро бежит. И этот быстрый или незаметный бег времени – элемент, который приносит тревога.

Лекция 12. ТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИИ С ЭЛЕМЕНТАМИ ПСИХОТЕРАПИИ

Итак, в числе основных психологических механизмов депрессии выделяется восприятие времени, механизм, когда время течет не так, как обычно: не только замедленно, но и ускоренно. Если Вы откроете книгу Даниэла Хела «Ландшафт депрессии», то найдете там раздел «Заторможенное, остановившееся время». В отличие от этой позиции мы с вами говорим о том, что при депрессии время является не совсем заторможенным и остановившимся, а бывает изменившимся, иногда – заторможенным и неподвижным, а иногда – идущим незаметно и очень быстро, что вызывает реакцию тревоги и скорби. И связано это с тем, что депрессии в чистом виде практически не бывает, она всегда содержит в себе элементы тревоги. С этим и могут быть связаны такие особенности восприятия времени при депрессии. Восприятие его как застывшего сопряжено также с изменением мышления, с трудностью концентрации на мыслительной работе. Например, если депрессивными больными овладевает мысль об их никчёмности, и она постоянна, то именно это становится основным содержанием их мышления и дает почувствовать, что мышление остановилось. Представьте себе, 20–30 минут я только и думаю о том, что для меня тяжело. Мне хотелось бы, чтобы быстрее прошли не только 30 минут, а чтобы, наконец, день пролетел, и я смотрю на часы, а часы как бы остановились, они не идут. Это стремление избавиться во временном интервале от тяжести своего состояния.

Такое чувство остановившегося, а иногда очень ускоренного времени является ловушкой для врача, поскольку это повлияет на терапию, на которую будет ориентироваться пациент, – использование транквилизатора или снотворного, для того чтобы «выскочить» из времени и погрузиться в небытие. В то же время назначение транквилизатора, не снимающего депрессию, приведет к утверждению пациента о том, что ему стало легче. В условиях короткого времени приема врачом первой помощи или амбулаторного приема у психиатра, когда доктор не очень подробно расспрашивает о том, в чем же именно состоит подобное улучшение состояния, последнее может восприняться как сигнал об адекватности терапии. Поэтому такое улучшение не может сразу

приниматься на веру, а должно стать предметом специального, обстоятельного распроса.

Здесь, кстати, очень уместен вопрос: «А вам хочется отключиться, хочется погрузиться в сон?» И тогда вы можете услышать один из двух ответов: «Хочется, но боюсь, потому что надеюсь, что пройдет еще полчаса и мне станет легче». Или: «Хочется. Я иногда принимаю лекарства даже днем, потому что уже не могу, не верю, что станет лучше, и тогда хочу хотя бы на время не испытывать таких страданий». Коварность депрессии заключается в том, что все психологические механизмы, о которых мы говорим, явно воспринимаются больными по-разному. И чаще всего, эти расстройства выражены так интенсивно, что даже человек, не очень способный к самоанализу, интерпретируя свои психологические переживания, может их отметить. Это так явно, потому что столь тягостно.

Если даже он не очень способен анализировать свои чувства и свои мысли, то все равно заметит перемены в себе. Это та тяжелая депрессия, которая не попадает к врачу первичной помощи и, к счастью, встречается редко, но она наиболее часто описывается в учебниках. Некоторая неадекватность традиционных описаний в учебной литературе, с одной стороны, заключается в том, что для демонстрации всех симптомов описываются очень типичные случаи, а с другой стороны, приводит нас к тому, что если бы нам нужно было описать обычного человека, то следовало взять некую идеальную личность. Обычные люди не попали бы в данное описание, поскольку отличались бы то одним, то другим. При желании показать человека, мы бы взяли некий идеал, который почти никогда не встречается в популяции, и затем попросили бы других людей сравнить самих себя и своих друзей с этим идеалом. И почти никто бы в него не уложился, и, таким образом, для нас осталось бы непонятно: к какой категории мы должны быть отнесены, кто мы – больные, здоровые или деформированные личности? Поэтому стремление показать в системе обучения идеальную, наиболее типичную клиническую картину заболевания приводит к тому, что реальный больной почти всегда остается где-то в стороне, остается почти неизученным. Когда студента учат на идеальном пациенте, то в своей будущей реальной врачебной практике он его почти не встречает.

Для того чтобы научиться диагностировать шум митрального клапана, нужно получить ясное представление о характере этого шума, и впоследствии он будет именно таким почти у каждого больного. В психиатрии же ты должен знать, что в реальной действительности почти никогда не встретишься с типичным расстройством. А если и соприкоснёшься с ним, то там, скорее всего, будет столько других дополнительных симптомов, что этот ведущий симптом уже перестанет играть решающую роль. Требуется сложная система расспроса для того, чтобы «поймать» это расстройство, в частности психологические механизмы депрессии.

В другом случае человек ориентирован на интеллектуализацию своих чувств, на их описание, когда перед вами, к примеру, профессиональный литератор, который описывает не окружающий его мир, а свои чувства, душевные переживания, когда перед вами художник, а не представитель так называемого соцреализма, который в основном призван был описывать ситуации на заводе или стройке. Мы недавно вспоминали книги, являвшиеся бестселлерами нашей юности. Как они «замечательно» назывались: «Сталь и шлак» – про консерватора (директора) и новатора (главного инженера), которые борются за первенство в производстве стали. Заодно главный инженер уводит от ретрограда директора жену. Она выбирает главного инженера не потому, что он красивее, тоньше или просто ее любит, а потому, что он новатор. Был ещё такой очень популярный роман «Далеко от Москвы» – про прокладку нефтепровода, с тем же сюжетом – новаторы, консерваторы... У таких, с позволения сказать, романистов описание человеческих чувств, конечно, отсутствует.

Но если вы возьмете Кафку, то это уже не описание окружающего мира, а описание своей души, причем увиденной через эту абсурдность мира. Нет более точного видения нашего мира, ни один реалист не способен так описать окружающий мир, как писатели типа Кафки. Потому что здесь дана точная анатомия мира, в которой убраны механизмы психологической защиты, показана его разорванность, его нелепость, его неадекватность; все механизмы защиты, скрепляющие мир, убраны, зато обнажены его определенная странноватость и абсурдность.

Если вы встретите такого пациента, то он вам даст подобное описание, но мне, например, за свою жизнь таких пациентов, в такой классической форме, не доводилось встречать. Кто-то при-

ближался к желаемому яркому описанию, но это отнюдь не было связано с уровнем образованности. Это могла быть пожилая женщина, не очень образованная, но способная описывать свои чувства, ощущения, восприятия. Этот дар зачастую никак не зависит от интеллектуального уровня человека, а определяется его способностью выражать свои чувства словами.

Следующий психологический механизм депрессии обычно описывается в психиатрической литературе как нарушение межличностного взаимодействия, или коммуникативные расстройства. Это то, что влечет за собой социальные потери, связанные с депрессией. Конечно, не только данный симптом, не только этот признак несет за собой упомянутые потери, но он, пожалуй, может считаться ведущим в данном процессе.

Снижение психической работоспособности у больного – тоже социальная потеря, особенно если конкретный человек занят полезной творческой работой, которая важна не только ему, но и большому числу людей. В таком случае утрата этой способности может отразиться и на судьбе других людей. И тогда это будет тоже социальная потеря, причем не только одной личности.

Расстройство коммуникации всегда приводит к социальным утратам, связанным с депрессией. С чем же данное нарушение связано? Больной с депрессией ощущает себя в пустоте, отчужденным.

Следует иметь в виду, что в так называемой «пирамиде депрессии» верхушку занимают всего лишь 5% больных, которые обращаются за помощью к психиатрам, потому что это – тяжелая депрессия, при которой чаще обращается не сам больной, а его близкие. Далее мы видим 10–20% тех людей, которые приходят к врачу первичной медицинской помощи как пациенты с соматическим заболеванием. Иногда мы наблюдаем небольшой процент больных, обращающихся за помощью к врачу ПМП и предъявляющих, кроме соматических жалоб, еще и жалобы психологического характера (ощущение слабости, утрату радости и пр.). Стоит задать вопрос, почему же 50% больных вообще никуда не обращаются? Почему половина больных депрессией никогда не идут ни к кому за помощью? Депрессия у таких больных выявляется только при эпидемиологических исследованиях, в процессе специального обследования, специального интервью. И выясняется, что эти больные никогда не обращались к врачам.

Причин этого громадного, по настоящему устрашающего, феномена несколько. С одной стороны, мы с вами говорим о стоимости депрессии и на примере США подсчитываем десятки миллиардов долларов, как и в других развитых странах. Мы утверждаем, что это серьезное социальное зло. Вместе с тем потери, которые несет человечество от инфарктов миокарда или мозговых инсультов, значимо превосходят ущерб от депрессии. Но разве можно представить себе человека с инфарктом миокарда, который не обращается за помощью? Впрочем, можно, т.к. существует так называемый «немой инфаркт» (да ведь это редкость!). Чаще всего болевой сигнал при инфаркте миокарда столь интенсивен, что обращение больного за помощью неминуемо, а если у него кардиогенный шок, тогда за помощью обратятся его близкие.

Нам трудно представить и человека с гораздо более легким заболеванием (например, с острым аппендицитом), не обратившимся за помощью. Почему же такое количество людей с депрессией этого не делают? Мы выяснили с вами, что значительная часть больных воспринимает депрессию как соматическое заболевание, но в таком случае они могут обратиться к врачу первичной медицинской помощи, что иногда и происходит. Если же они имеют другую картину мира и считают, что, когда ты болен, надо обращаться не к врачу, а к целителю, то идут к знахарям. Но мы имеем и цифру, когда 50% людей с депрессией вообще никуда не обращаются! Только ли потому, что они ее не могут «прочитать»? Нет. Прежде всего, я думаю, что здесь проявляет себя тот механизм, о котором мы недавно говорили: это ощущение того, что ты – в пустыне, ощущение отстраненности себя от мира и невозможности представить, что оттуда может прийти помощь.

Когда приходится расспрашивать таких пациентов (если у них усилилась депрессия – и они оказались в поле зрения психиатров), я задаю вопрос: «А что мешало вам рассказать об этом своим близким еще несколько месяцев назад?» И почти всегда получаю один ответ: «Я пробовал, но в тот момент у меня уходили слова. Я начинал, а потом оказывалось, что говорю все не то». Это симптомы нарушения концентрации внимания, снижения психической работоспособности, неспособности выразить свои чувства. Но самое главное в приведенном объяснении возникает дальше: «Знаете, от этого только хуже было, потому что я всег-

да чувствовал, что меня не поймут, что я один. А когда пробовал объяснить, то каждый раз только в этом и убеждался. Иногда даже слышал от своих родных: “Да ладно, перестань, всем сейчас нелегко”».

Потребность в понимании у человека всегда очень высока, и в состоянии депрессии она не исчезает, а, напротив, усиливается. К примеру, мне важно, чтобы меня понимали здесь, в лекционном зале, в клинике, в моей семье и среди окружающих меня людей. Для лектора понимание – это его профессиональная обязанность. Но при одновременном стремлении к пониманию у депрессивного пациента возникает чувство невозможности этого, что создает конфликт между желанием и невозможностью его выполнения. Конфликт, заключающийся в том, что помощи ждать неоткуда, хотя очень хочется ее получить.

Думаю, к этому начинает присоединяться и другой механизм – страх перед собственным крахом, безумием. Отсюда отрицание, попытка доказать, что я не безумен, о чем могут подумать другие – те, кто окружает меня. Что может возникнуть в связи с этим? Не просто отчуждение от других людей, но и агрессия. «Это не я виноват в том, что меня не понимают, а они виноваты!» Вот вам ещё один спасительный механизм психологической защиты, возникающий тогда, когда так трудно, тяжело, страшно признать какой-то свой изъян, свою неспособность к чему-то. И тогда психологически гораздо легче обвинить в этом окружающий мир.

Потребность человека в понимании парадоксально обнаруживается в известной, почти анекдотической, фразе. Одно из исследований показало, что в более чем двадцати (очень разных) странах мира мужчины в состоянии опьянения произносят одни и те же слова: «Ты меня понимаешь?» Это является ключевой фразой. Одна из мотиваций приема алкоголя может заключаться в стремлении к тому, чтобы тебя понимали. Легче всего это достигается в состоянии коматозного опьянения, когда двое засыпают, обняв друг друга. Удивительно, что в разных странах (с разной культурой, с разными религиями) эта ключевая фраза всегда доминирует в разговоре опьяненных людей. Я помню реакцию слушателей во время аналогичной лекции. Когда преподаватель обратился к залу и спросил: «Как вы думаете, о какой фразе идёт речь?», зал дружно откликнулся: «Ты меня понимаешь?»

Изучение «анатомии» алкогольных конфликтов, возникающих во время судебно-психиатрических экспертиз, строится лишь на том, что кто-то обвинил кого-то в непонимании и был за это наказан.

Неспособность быть понятым – очень тяжкое чувство. Давайте подумаем, насколько нужно уметь анализировать самого себя, насколько уметь выразить это словами! Перед вами – обычные люди, которые должны рассказать о своем существовании в пустыне, о своем одиночестве. Это еретическая мысль, но иногда мне кажется, что адаптационный смысл депрессии, некий ее высший смысл, заключается в том, что человек с помощью умеренной депрессии «прозревает». Он узнает вещи, которые не хотел понять всю жизнь, т.к. боялся их. Мне иногда приходилось видеть людей, которых я знал неплохо, и они поражали меня своим инфантилизмом, отсутствием психологической глубины понимания. Но когда у кого-то из них возникала депрессия, я видел перед собой глубокого человека, говорящего умные и правильные слова, говорящего правду, переставшего обманывать себя и даже выносящего себе приговор, может быть, весьма неприятный, но во многом справедливый приговор, который ему не хотелось слышать всю прошлую жизнь. Когда же депрессия проходила, я вновь видел прежнего человека.

Смею предположить, что депрессия, может быть, и есть тот прием, которым Бог наградил нас для того, чтобы мы могли узнать о себе правду – горькую и неприятную – и, выйдя из нее, попытаться что-то в своей жизни изменить, стать иным. Может быть, в этом и заключается один из адаптационных смыслов депрессии. Адаптационность её заключается в том, что начинают ломаться те механизмы психологической защиты, которые построены на самообмане, на нежелании знать правду о своей личности. Пусть гротескно, пусть чрезмерно, но мы узнаем всё же трудную правду, правду, которую следует принять. Это всего лишь гипотеза, может быть несколько беллетристическая, но, согласитесь, имеющая право на существование.

Однако если воспринимать нас в качестве существ, несущих некоторую целесообразность, а не случайно существующих в мире, то тогда все, что с нами происходит, должно иметь какой-то смысл, и тогда даже многие болезни становятся целесообразными. Например, на сегодняшний день почти доказано, что если бы

у человечества не было никаких болезней, то люди обязательно умирали бы от рака, поскольку это заложено генетически.

В этом – механизм спасения человечества. Потому что если люди будут жить вечно, то человечество на Земле не сможет существовать. Просто кого-то, ещё до того как он заболит раком, застрелят в Чечне, кто-то «уйдет» от инфаркта миокарда, кто-то погибнет под автомобилем, а кто-то заболит СПИДом и тоже умрет. Если же перечисленные болезни и несчастные случаи будут отсутствовать, человек станет умирать от одной причины. Рак – онкологическое заболевание, генетический механизм прекращения жизни человека, механизм исключения бессмертия. Включение его у всех людей разное, на разных этапах жизни, но он, тем не менее, обязателен, универсален. Так думают многие ученые. Это очень странная точка зрения, но достаточно целесообразная, показывающая, что для выживания всего человечества одна особь должна уступить место другой.

Так почему бы не предположить и о такой же целесообразности депрессии?! Ведь действительно, как бы мы ни были связаны с близкими людьми, мы всегда (в определенные моменты жизни и по многим её компонентам) одиноки. Я могу выступать перед аудиторией с лекцией, могу прочитать те или иные книги, могу пользоваться какими-то подсказками, использовать опыт других людей и даже прибегнуть к их практической помощи, но в момент, когда я это делаю, я всё равно одинок, потому что никто за меня это сделать не сможет. Вы можете пригласить на консилиум коллегу или своего вышестоящего начальника, но, работая с пациентом, тоже всегда будете одиноки, потому что, как бы вам ни помогали со стороны, ваше личное общение с больным является только вашим личным общением. А помощь со стороны касается лишь некоторых элементов.

Одиночество – неминуемость в жизни каждого человека. Как бы ни любили нас наши близкие, но в момент нашей смерти они не смогут исключить этой ситуации. Как бы я ни умел передавать словами свои чувства, все равно не смогу передать все нюансы, которые я испытываю, и никогда никто до конца на этой Земле не сможет узнать обо всех моих чувствах так, как я их ощущаю. Значит, по большому счёту, это тоже одиночество. Приняв такую позицию, мы получаем некий ключик к психотерапии депрессий: мы депрессивного пациента приучаем к при-

нятию некоторых вещей – как данности каждого человека, как тому, что не является его исключением, а свойственно каждому из нас. Потому что ощущение отчуждения становится опасным и депрессивным лишь тогда, когда человек воспринимает себя как ту самую единственную личность, которая одна оказалась в пустыне, а вокруг все в хороводе, все друг друга понимают. И чем больше это ощущение пустоты, тем более искаженно восприятие общего «хоровода».

Я сейчас смотрю на вас, своих слушателей, и заметил, как территориально и мимически вы отодвинулись друг от друга. Вы начали эту информацию воспринимать как факт, и вам захотелось обозначить его своей реальной территориальной позицией. Очень важно узнавать про самих себя то, о чем ты, может быть, прежде не думал. Психология – предмет, который не должен иметь оценочного характера: плохо или хорошо, тяжело или легко, страшно или весело. Факт не бывает ни грустным, ни веселым, он остаётся просто фактом. То, что умер господин X, является просто фактом. Для одного человека это – счастье, для другого – нейтральное событие, для любящего человека – трагедия. Оценка зависит только от нас, от тех, кто воспринимает случившееся. А факт – это всего лишь факт.

Теперь короткое заключение, в котором есть еще одно предположение. Я говорил, что депрессия адаптивна, поскольку она перерабатывает тревогу. Я говорил, что депрессия может быть адаптивной ещё и потому, что является фактом попытки более адекватного самопознания. Наконец, адаптивность депрессии, по мнению профессора Д. Хелла, связана с реакцией переживания горя. Проще говоря, горе и депрессия – взаимосвязанные вещи. Горе – это утрата. Здесь, мне кажется, мы начинаем понимать, что у человека на протяжении его жизни утраты неминуемы. Неминуема утрата близких людей, неминуема утрата каких-то ценностей, например тех, которые были важны когда-то. Все это накапливается, психологически до конца не перерабатывается и в итоге может привести к депрессии, адаптационный смысл которой может заключаться еще и в том, что она как бы снижает наш неадекватный уровень притязаний, делая его более реалистичным.

Лекции 13–15. БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Биологическая терапия психических расстройств включает использование различных методов, целенаправленно и непосредственно действующих на мозг и как бы противоположных другому виду лечения – психотерапии, которая оказывает своё действие опосредованно. Однако подобное противопоставление носит, как и все классификации, весьма условный характер. Биологическая терапия включает, прежде всего, воздействие на биологический субстрат, и основным стержнем здесь является психофармакотерапия. Если история психиатрии знает и другие методы воздействия, в частности коматозную терапию, которая сейчас рассматривается как одно из заблуждений, то в арсенале биологической терапии до сих пор остаются в основном психофармакологические средства и электросудорожная терапия, чем психиатр пользуется в стационарных условиях при лечении тяжелых психических расстройств. Поэтому основной удельный вес биологической терапии составляет психофармакотерапия.

При изучении разделов биологической терапии оцениваются свойства лекарств, спектр их применения, побочные эффекты и то, что врач может получить из инструкций о препарате, или из справочников, или из литературы, распространяемой фирмами-производителями этих лекарств. Для врача на первом месте должны быть общие принципы терапии психических расстройств, которые в то же время оказываются применимы и к терапии любыми другими лекарственными средствами.

Новосибирский психотерапевт В. Завьялов считает, что весь опыт использования лекарственной терапии, накопленный нами к XXI веку, позволяет сформулировать три принципа: 1) в каждом лечении есть доля психотерапии, включая и хирургическое; 2) в каждом случае исцеления есть доля самоисцеления; 3) главное для врача – «не навреди!».

Посмотрим, как в реальной терапевтической практике врача первичной медицинской помощи могут быть использованы эти принципы. Если в каждом лечении есть доля психотерапии, то нужно понять, в чем она заключается. Доля психотерапевтического влияния биологически активных веществ, что особенно актуально при терапии психических расстройств, состоит в возник-

новении плацебо-эффекта. Последний происходит от латинского слова «плацебо» (нравлюсь), и означает эффект неспецифического психотерапевтического действия лекарств. При клиническом испытании препарата, когда нужно понять его истинную суть, как работает его биологическая составляющая, чрезвычайно важно отделить плацебо-эффект от чисто фармакологического эффекта. Но в реальной практической деятельности врач может сознательно и целенаправленно использовать данный эффект для усиления фармакологического действия лекарства. Для врача важен результат, а достигается ли он чисто фармакологически или совместно с плацебо-эффектом, для нас не столь уж важно.

Какое количество людей может относиться к числу плацебо-реакторов? Исследования Г. Пичера (1955 г.) показали, что плацебо-реакторы составляют $35 \pm 2,2\%$ всех лечащихся пациентов. Практически каждый третий наш пациент является таким реактором, причем плацебо-эффект может быть как позитивным (улучшающим состояние), так и негативным, имитирующим побочный эффект лекарства. Когда он действует позитивно, то проявляется в следующем: уменьшение или снятие боли, тревоги, беспокойства, уменьшение депрессии, кашля, насморка, устранение головной боли, вазодилатация, снятие мышечного напряжения, ощущение внутреннего прогревания, уменьшение отечности при воспалении суставов, эйфоризирующее действие, снижение сахара в крови и тонизирующий эффект.

Если мы суммируем все перечисленные эффекты и выделим общую составляющую, то увидим, что плацебо действует и вызывает изменение психологических и соматовегетативных компонентов тревоги, т.е. снижение или нивелирование тревоги в случае плацебо-положительного эффекта. Каждый из перечисленных плацебо-эффектов, по существу, является психологическим или соматовегетативным компонентом тревоги, и, таким образом, в целом можно считать, что позитивный плацебо-эффект ориентирован на снятие или уменьшение дистресса и его проявлений. Когда пациент плацебо-реактивен, то допустимо предположить наличие у него позитивного или негативного плацебо-эффекта. Если позитивный плацебо-эффект можно суммировать как снятие или уменьшение психологических или соматовегетативных проявлений дистресса, то, стало быть, негативный плацебо-эффект может действовать противоположно и проявляться в усилении или

нарастании психических либо соматовегетативных компонентов дистресса. Когда пациент информирован о негативных побочных эффектах препарата или о его положительном действии на организм, плацебо-эффект может стать неспецифическим отражением этой информации. Он не является чисто когнитивной, осознаваемой реакцией человека, что следует учитывать в терапевтическом процессе. Бессознательный страх, который вам не удастся снять своим консультированием, способен привести, даже при грамотной работе с ним, все-таки к возникновению плацебо-эффекта.

Плацебо-эффекты

- Уменьшение или снятие боли (чаще головной)
- Уменьшение или снятие послеоперационной боли
- Снятие тревоги, беспокойства
- Уменьшение депрессии
- Релаксирующий эффект
- Уменьшение кашля, насморка, озноба
- Снотворный эффект
- Вазодилатация
- «Внутреннее прогревание»
- Уменьшение отечности при воспалении суставов
- Эйфоризирующее действие
- Понижение сахара в крови
- Тонизирующее действие

Лет 20 назад на студенческом кружке я в течение часа рассказывал о плацебо-эффекте, и все слушатели были подготовлены к тому, что речь идет именно об этом, а в конце я сообщил, что хочу провести один эксперимент, участие в котором являлось добровольным. «Вот два новых препарата, которые сейчас будут проходить клиническое испытание. Они прямо противоположны по своему значению. Один из них – активизирующий и стимулирующий, он делает нас энергичными, снимает сонливость, усталость, но, к сожалению, может повышать артериальное давление, вызывать чувство беспокойства, психического напряжения, как и всякий стимулятор. Другой – транквилизатор, успокаивающее средство, приводящее к мышечной релаксации, расслаблению, чувству сонливости, спокойствию. Мы будем испытывать данные препараты, причем только я буду знать, какой из них имеет стимулирующее действие, а какой – транквилизирующее. Внешне они одинаковые».

Поскольку все студенты захотели участвовать в предложенном эксперименте, они получили этот препарат, который был плацебо. Но участники эксперимента предположили, что, раз уж речь все время шла о плацебо-эффекте, то и использоваться будут именно такие вещества. Я ответил, что не комментирую эксперимент, а дальше вы сами решайте, независимо от меня, в чем вы участвуете. Я сидел и думал, что все «провалилось», но мы продолжали дальше работать. Мы договорились, что через 40 минут мои помощники измерят у участников эксперимента пульс и артериальное давление, сравнят данные с исходными (полученными до начала эксперимента).

Не успело подойти назначенное для контроля время, как я заметил, что передо мной сидят две разные группы людей: одни из них были неустойчивы, покраснели, скакали, перебивали меня, задавали вопросы, а другая группа с трудом сдерживала дремоту. Случилось несколько эпизодов, которые меня даже напугали. У одного юноши давление возросло до 220/170, он сидел багровый, и мне пришлось дать ему лекарство для снятия давления. Парень сообщил, что чувствует очень сильное психическое напряжение и неприятные ощущения в области сердца. У всех людей из этой группы оказалось учащенным сердцебиение, дыхание и произошел подъем артериального давления. Очень небольшая группа студентов (примерно 15%) чувствовала себя «туповатыми», потому что ничего не ощущали. Третья группа испытала ощущение сонливости – вплоть до того, что мне пришлось отправлять одну студентку на такси, приставив к ней сопровождающего. Но такого количества плацебо-реакторов (85% из группы в 35 человек!) я никак не ожидал увидеть, ибо это нарушало все статистические закономерности.

Мне трудно было объяснить столь высокую плацебо-реактивность, и пришлось пошутить, что студенты, занимающиеся в кружке психиатрии, не являются эталоном психической нормы. Может быть, это люди, обладающие повышенной стрессовой активностью, а у некоторых есть невротические проблемы, потому что иногда мотивацией прихода в психиатрию является стремление решить свои собственные психологические или иные проблемы.

Каждый раз, работая с пациентом, вы не можете знать, кто из них плацебо-реактор, а кто нет. Вы гипотетически всегда исходи-

те из предположения, что в данном случае перед вами сидит человек, который может быть отнесен к группе плацебо-активных, т.е. здесь возможен плацебо-эффект. Поэтому обязательным при применении психофармакологических средств является консультирование пациента и его родственников.

В каких случаях необходимо проинформировать родственников? Если пациент – ребенок, то следует дать консультацию его родителям. То же самое – в случаях людей со сниженным интеллектом, поскольку сам пациент, если использовать американский термин, «недостаточно дееспособен», т.е. не может сам адекватно оценить суть консультирования. Тогда проводится расширенное консультирование родственников и суженное – самого больного. Например, вы говорите, что назначаете ему лекарство в виде таблеток, которые будут улучшать его память, так как вы уже обсуждали в ходе обследования проблемы, связанные с его памятью. Или, например, вы пришли к согласию, что проблемой пациента является то, что он плохо спит, и тогда вы говорите, что это лекарство выписывается с целью, чтобы его сон наладился. И, наконец, акцент консультирования приходится на родственников в тех случаях, когда речь идет о тяжелых психических расстройствах и у больного отсутствует сознание болезни (наличие бреда).

Что входит в это консультирование? Прежде всего, информация о целях лечения. «Вот лекарство, которое я вам назначаю, оно предназначено для того-то и того-то, т.е. чтобы изменить ваш сон, сделать его более качественным или дать возможность вам засыпать в то время, когда бы этого хотелось». Проще говоря, вы даете объяснение смыслу назначения данного препарата.

То, о чем мы сейчас говорим, является азбукой биологической терапии психических расстройств, а равно и азбукой любой лекарственной терапии любых расстройств. Азбукой, которая, к сожалению, остается как бы произнесенной преподавателем или тем, кто обучает молодого врача, но относительно редко и почти никогда не используется в практике не только врача первичной медицинской помощи, но и врачей стационара, у которых, в принципе, гораздо больше времени и возможностей для постоянного общения с пациентом.

Я обычно расспрашиваю пациента, объясняли ли ему в той клинике, где он лечился, назначение принимаемого лекарства, для чего оно служит, и получаю в большинстве случаев отрицатель-

ные ответы. Или же полученная инструкция была очень скупой, например: «Это от давления, т.е. для снятия повышенного артериального давления». Надо сказать, что наш пациент не избалован, он не протестует против подобных инструкций и не возмущается даже тогда, когда инструкция отсутствует.

Попробуем представить, что клиент врача первичной медицинской помощи, после того как доктор выпишет ему лекарство, вдруг обратится: «А не могли бы вы рассказать мне о том, для чего этот препарат, в чем его смысл, каких от него следует ждать побочных эффектов?» – и получит ответ: «Ну, если это вас так интересует, почитайте инструкцию». Допустим, после такого ответа пациент скажет: «И все-таки я хотел бы у вас проконсультироваться, у вас ведь опыт, а инструкция – она же для всех». Не будет ли он после столь настойчивых просьб отправлен на прием к психиатру или психотерапевту, поскольку со стороны врача возникает негодование: «Что вы от меня хотите, чего вам надо?! Я вам выписал лекарство, вот рецепт, я даже сказал, в какой аптеке оно продается, чтобы вы зря не ходили, а вы хотите понять еще и смысл этой терапии, не будучи врачом?!» И я думаю, что такая реакция врача первичной медицинской помощи вполне адекватна установившейся в настоящее время системе взаимоотношения «врач–пациент».

Я далек от мысли, что цели лечения должны объясняться краткой лекцией о сути данного заболевания или о свойствах, которыми обладает данный препарат, но это должна быть четкая, лаконичная и ясная инструкция, подобранная под интеллектуальные и культуральные возможности пациента.

В этом случае есть надежда на то, что подобное объяснение уменьшит возможное негативное плацебо-реагирование и усилит позитивный плацебо-эффект. Дается очень короткая информация о самом лекарстве, например: в чем его преимущество перед тем, которое больной принимал ранее; почему врач считает нужным заменить прежний препарат; рассказ о его основных свойствах, о том, как его следует принимать – до еды или после. Если врач пошутит «вместо еды», то в каких-то случаях это прибодрит пациента, а в каких-то обидит. А если он отмахнется и скажет «один черт», больной подумает, что это препарат, который мало помогает. В другом случае, даже если вы говорите, что это не связано с приемом пищи, то можете усилить положительный плацебо-

эффект, подчеркнув, что прописали этот малотоксичный препарат, а потому его можно принимать вне зависимости от приема пищи. Такое высказывание добавляет достоинства препарату.

Затем вы рассказываете, через какое время начнется его действие. Например, если назначено снотворное, то вы рассчитываете вместе с пациентом, когда его надо принять, и рекомендуете, что нужно делать после того, как пациент его принял (не включать громкую музыку, не заниматься уборкой квартиры). Вы вольны сообщить ему, что некоторые антидепрессанты, в частности группа селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), начинают действовать только через 2–2,5 недели. И пациент может ответить, что его не устраивает это лекарство, ему хочется получить такое, которое подействует незамедлительно, завтра же!

Вы вправе описать примерный эффект, который следует ожидать от приема этого лекарства, обосновать свой выбор дозы. Например, в инструкции о препарате написано, что его следует принимать в дозе 6–8 мг в сутки, а вы назначаете 1–2 мг. Если пациент достаточно образован, то, прочитав инструкцию, может задаться вопросом: «А почему мне не назначена доза, которая обозначена в инструкции? Что, врач не знает терапевтических дозировок или же считает, что у меня легкое заболевание, хотя я чувствую себя неважно. Или он полагает, что лекарство может оказать на меня очень негативное воздействие?» Если вы не обосновали дозу, то эти вопросы могут возникнуть автоматически. Поэтому лучше вам сразу же рассказать, что в инструкции дозировка данного препарата 6–8 мг в сутки, но, как правило, набор этих доз происходит постепенно и начинать следует с дозы 1–2 мг, а через 3–4 дня она может быть увеличена. Договоритесь, что следующее увеличение дозы произойдет после того, как вы повторно осмотрите пациента, а если нет такой возможности или вы считаете своего пациента достаточно дееспособным, скажите, что в таких-то случаях и при отсутствии вот таких побочных явлений вам действительно следует увеличить дозу вот так – и даете схему приёма. (К сожалению, в нашей практике отсутствует телефонное консультирование, когда пациент звонит своему врачу и уточняет по телефону дозировки и прочее.)

Консультируя родственников, вы им так же, как и пациенту (с тем, чтобы получить союзников, а не врагов вашей терапии), со-

общите о наиболее частых побочных реакциях. Вы говорите, что если пациент приобретёт это лекарство и вникнет в инструкцию, то увидит там список побочных эффектов, где могут быть описаны и случаи смерти. Тогда может произойти самое нежелательное для пациента: он просто перестанет принимать лекарство, и хорошо еще, если скажет об этом вам. Не исключено, что, придя в следующий раз на собеседование, он заявит, дескать, чувствует себя так же; лекарство, как и положено, принимает, но не видит пока никаких результатов. И это тупик, в который вы оба зашли! Или может больше вообще не прийти к вам, поскольку, с его точки зрения, вы назначили препарат, который вызывает смерть!

Как поступаю я в таком случае? Я говорю, что во всем мире существует законодательство, согласно которому, если из ста миллионов человек, принимавших лекарство, у одного из них возникнет хотя бы один раз какая-то отрицательная реакция (например, крапивница), то врач, которому он расскажет об этом, должен заполнить соответствующий документ и отослать его в орган, регламентирующий разрешение на это лекарство, – в Департамент по лекарствам или фирму-производитель. Если фирма получает подобную информацию, она должна внести в инструкцию фразу: «В число побочных эффектов включается и крапивница». А потому в аннотации перечисляются как частые, так и крайне редкие побочные эффекты, которые встречаются при приеме данного препарата.

Для чего нужно консультирование и как его обеспечить? Прежде всего, обязательность консультирования есть выполнение принципа информированного согласия пациента на прием лекарства, регламентированного законодательством Кыргызской Республики. Этот принцип, к сожалению, до сегодняшнего дня не выполняется в отношении тяжелых психических больных. Поднимаемый вопрос – достаточно дискуссионный в мировой литературе. Мы говорим о тех больных, которые встречаются в практике врача первичной помощи и которым он выписывает лекарства. Такой врач не занимается лечением тяжелых бредовых пациентов. Он станет лечить те формы расстройств, в которых осознание болезни сохранено. И информированное согласие будет иметь место только на этом этапе, а само по себе консультирование потребует от врача досконального знания назначаемого препарата.

Увы, очень часто о наличии побочных эффектов от препарата врач узнает от своих пациентов, когда они ему говорят о том, что у них возникло то или иное расстройство и что об этом написано в инструкции. В таких случаях врач должен признаться, что не читал инструкцию или подзабыл ее. Пусть признает свое поражение, иначе работать с этим пациентом дальше будет очень сложно. Нужно давать пояснительную информацию настолько долго и часто, насколько требуется. Иногда эта пояснительная информация дается слишком редко, тогда как пациент принимает лекарство длительное время. И вот здесь в консультирование должен войти рассказ о продолжительности курса лечения, о его сроках. Это особенно важно, когда пациент сам, за свои деньги приобретает лекарство. Он должен рассчитать свои возможности.

Если мы полагаем, что непродолжительный курс препарата не даст никакого эффекта, а у пациента есть деньги на покупку только небольшого количества лекарств, то лучше этот препарат не назначать вообще. Ведь если продолжительность лечения этим препаратом составляет 6–8 месяцев, а наш пациент может приобрести его лишь на 1–2, и мы знаем, что это не даст никакого результата, то в данном случае назначение препарата приведет лишь к бесполезной трате денег и окажется вредным для пациента как психологически, так и биологически. Кроме того, не бывает абсолютно безвредных лекарств, и зачастую вы получаете разочарование пациента в ваших назначениях. Поэтому все ваши действия требуют обсуждения и получения согласия. Стоит ли скрывать от больных, которые боятся терапии и относятся к ней двойственно, информацию о возможных побочных эффектах? Это зависит от уровня дееспособности пациента.

Современные тенденции развития медицины кажутся достаточно противоречивыми. С одной стороны, она стремится стать все более и более технологичной, т.е. довести процесс обследования пациента до определенной технологии, четко разработанной, достаточно унифицированной и стандартной. Здесь мы исходим из признания факта того, что медициной занимаются отнюдь не только очень одаренные люди или не только люди, высокомотивированные на свою профессию, а поэтому стремящиеся все о ней знать. К сожалению, это сейчас очень массовая профессия, в которой могут оказаться люди и средних способностей, и даже меньше, чем средних, и люди с разной мотива-

цией в плане оказания помощи своему пациенту, мотивацией, которая может создаваться различными способами. В общем, врачи – далеко не однородная масса, и для того чтобы пациент меньше зависел от возможностей врача – от его интеллекта, образования и т.д., ставят специальные барьеры, при помощи которых происходит отсев людей некомпетентных, непрофессиональных. Тех, кто уже имеет право на врачевание, обязывают следовать правилам доказательной медицины, которые часто жертвуют индивидуальностью пациента, но делают выбор в пользу обязательного стандарта. Это напоминает технологии в промышленности: когда-то автомобили собирали вручную, это были уникальные экземпляры, и их никто не мог считать стандартными. Сейчас же автомобиль изготавливается на конвейере, и это – среднестандартная машина.

Конечно, когда медицина становится технологичной, мы в определенной степени жертвуем уникальностью. В порядке компенсации этого в некоторых странах предоставляются услуги, которые дорого стоят, – специализированные частные клиники, где работают уникальные специалисты, использующие уникальные методы. И тогда у человека есть возможность обратиться к их помощи.

Параллельно с этим медицина стремится превратиться в точную сферу деятельности, где работа не может носить конвейерного характера. Но для того чтобы мы не видели в человеке всего лишь объект для нашего диагностического и терапевтического вмешательства, провозглашается тезис целостности человека, его единства в психосоматическом контексте, т.е. невозможности разделения психики и тела и необходимости рассмотрения каждого болезненного феномена как психосоматического. Поэтому в классификации МКБ-10 термин «психосоматический» снимается, предполагая, что непсихосоматических расстройств не существует, т.к. они возникают у каждого конкретного человека и зависят от его личностных особенностей. Таким образом, провозглашается необходимость психотерапевтического подхода, с учетом человеческой индивидуальности. С одной стороны, подход должен быть технологичным, а с другой – усиливается психотерапевтичность работы с пациентом. Именно поэтому мы начали с вами сегодняшнюю тему с чисто психологического феномена – плацебо-эффекта, подчеркнув, что любое биологическое воз-

действие всегда может сопровождаться целым дополнительным шлейфом психологических ответов на прием лекарств и воздействие врача.

Медицина включает в себя и психотерапевтическую работу с пациентом по применению лекарств, обладающих побочными действиями. Когда мы думаем, что сокрытие этих побочных эффектов не будет обнаружено пациентом, расчет делается на то, что пациент не любопытен, невежествен, не любит читать и не способен спросить соседа по палате о данном лекарстве. Мы исключаем даже возможность, что у человека возникнут побочные эффекты. На самом-то деле никто не может сказать, назначая препарат, проявятся ли такие эффекты лекарства или нет. У нас нет достоверных способов вычислить это. Можем ли мы гарантировать невозможность аллергической реакции на данное лекарство? Нет. Человек способен дать подобную реакцию на любой пищевой продукт. Поэтому вместо сокрытия информации необходимо проводить психотерапевтическую работу по уменьшению негативного плацебо-эффекта.

Когда филиппинские хиллеры (хирурги) имитируют хирургическую операцию, они, по сути, делают то же самое: скрывают от своего пациента, что его опухоль не удалена. Они говорят ему: «Вот твоя опухоль» и показывают ему внутренности животных. На сегодняшний день доказано, что никакого оперативного вмешательства хиллеры не производят. Теперь давайте представим, что этот пациент – онкологический больной, имеющий опухоль, и он уезжает, зная, что его прооперировали. Но когда через некоторое время у него вновь начнутся боли и он обратится к традиционному врачу, тот лишь разведёт руками и скажет: «Простите, вам следовало прийти ко мне год назад. Я уже ничем не могу вам помочь, кроме назначения обезболивающих средств». Так что за обманом всегда стоит опасность.

Мы, общаясь с пациентом, представляем собой целую отрасль – медицину. Каждый из нас является своеобразным посланцем, представляющим тот или иной уровень врачебного искусства в медицине, и пациенты, разочаровавшись в нас, могут разувериться в медицине вообще.

Определение уровня дееспособности

- «Факт выбора», т.е. наличие или отсутствие самого факта принятия больным решения о согласии или отказе от лечения.

- «Обоснованность выбора», при котором оценивается способность пациента прийти к «резонному» и «правильному» или «ответственному решению».
- Оценка «аргументации выбора», при которой делается заключение о качественной стороне мышления больного и о том, не является ли данный способ рассуждения результатом болезненного процесса.
- Способность больного к осознанию существующего риска, положительных моментов и возможных альтернатив при выборе лечения (включая и отказ от последнего).
- Фактическое понимание – компетентность больного, основанная на четком представлении о существующей ситуации.

Варианты реакций пациента на врачебные назначения, обследование и лечение

1. Факт выбора. Здесь допускается некоторая условность, которая заключается в следующем. Врач принял правильное решение о назначении лечения. Если больной отказывается от приема лекарств, несмотря на всю предоставленную ему информацию, а врач проходит как достоверный эксперт, который в данном случае совершенно правильно предложил терапию, то отказ от нее показывает снижение дееспособности больного по факту выбора. Правда, этот факт выбора должен оцениваться нами с определенной долей критичности. Быть может, мы с самого начала консультирования выглядели неубедительно, не смогли создать системы доказательств, и не потому, что больной недееспособен, а потому, что мы недостаточно профессиональны.

2. Как больной совершает выбор. Вчера я беседовал с больным, который отказывался идти на экспериментально-психологическое обследование. Причина отказа – его высокий уровень тревоги и страх того, что с помощью этого обследования ему будет диагностировано серьезное психическое заболевание. Когда я задал ему вопрос, почему он не хочет пройти обследование, человек ответил, что там чересчур простые вопросы. Тогда я постарался убедить, что ему не трудно будет справиться с ними и что эти вопросы не задевают его достоинства. Действительно, такие вопросы не трудны, если ты способен описать состояние своей души, чувств, но сложны, если не можешь этого сделать.

Поэтому стоит посидеть и попытаться ответить на заданные вопросы.

Иногда пациент говорит: «Мне это не нравится, не хочу!» Мы можем сказать, что здесь снижена дееспособность, потому что в принятии решений о выборе лечения критерий «не может быть» выражен достаточно аргументированным словом «нравится» или «не нравится», несмотря на мои предупреждения, что от его решения будет зависеть выбор лечения.

3. Оценка аргументации выбора. Здесь оценивается способность пациента к хорошему лечению. Например, больной с депрессией говорит врачу: «Я не стану принимать лекарство, потому что мне ничто не может помочь, мое состояние не может поменяться, мне всегда будет так же плохо, как сейчас, а может, и того хуже». Вот тогда мы вправе сказать, что данная аргументация продиктована его болезненным расстройством – депрессией.

4. Способность больного к осознанию существующего риска. Больные часто требуют от нас стопроцентной гарантии эффективности того лечения, которое им назначено. Доказательная же медицина показывает, к примеру, что эффективность данного препарата при подобных расстройствах достигает всего лишь 50%. Мы предлагаем больному делать так, чтобы попасть в эти 50%. А он упорствует: «Нет, мне нужны не 50%, а все 100%». И если врач заявляет, что нет таких лекарств, а больной продолжает настаивать на стопроцентной эффективности, то мы не можем считать его дееспособным.

5. Фактическое понимание – т.е. насколько пациент осознает свое состояние, насколько он способен оценить его и соотнести с ситуацией. Например, больной согласен принимать лекарство, но считает, что оно слишком дорогое. Вы спрашиваете о его экономических возможностях, и он отвечает, что не может купить данное лекарство, так как обещал дочери приобрести видеосистему и плеер. Вы объясняете, что если он не сделает выбор в пользу лекарства, а будет продолжать хворать, то вообще утратит способность зарабатывать деньги, и тогда фактор болезни помешает ему обеспечивать всю семью, а дочь просто останется без средств к существованию. Поэтому сейчас лучше отказаться от покупок дорогостоящих подарков, а приобрести лекарство для себя.

При консультировании пациента следует учитывать возможность того, что он имеет мифологическое или искаженное

представление о психотропных препаратах. Можно даже не заниматься специальным выявлением, скринингом пациентов на разделяющих эти мифы и на лишенных их. Думаю, что большинство наших больных являются людьми, разделяющими эти мифы; особенно те пациенты, которые приходят к врачу первичной медицинской помощи, т.к. часто именно мифы отгораживают их от психиатра.

Мифология о психотропных препаратах складывается из нескольких компонентов. Первый – они якобы чрезвычайно близки к наркотическим веществам или являются ими, что, разумеется, не соответствует реальности, потому что те препараты, которые назначает врач первичной помощи, да и психиатр, не относятся к официальному списку наркотических средств. Дело в том, что мы не можем какому-то препарату или лекарству клеить ярлык «наркотическое вещество», пока это лекарство не внесено в соответствующий список наркотиков. Второй компонент этого мифа, как бы вытекающий из первого, – все психотропные препараты вызывают зависимость. И третий – они очень токсичны, прежде всего, для печени.

Из психофармакологии известно, что большинство психофармакологических средств расщепляется в печени. Почти все препараты, которые принимает человек, могут оказаться влияющими на печень, но кардиологу или терапевту первичной помощи значительно реже приходится сталкиваться с опасениями пациента при назначении, скажем, гипотензивных и коронаролитических средств, чем с его боязнью, что это приведет к токсическому влиянию на печень. У психотропных препаратов прочно установилась репутация гепатотоксических веществ, что на сегодняшний день (особенно применительно к новым препаратам) не соответствует действительности и может рассматриваться как некая мифология.

Следующий компонент мифа – данные препараты действуют только тогда, когда вы их принимаете, они не оказывают влияния на заболевание в целом и являются, условно говоря, симптоматическими (например, как анальгетики). Анальгетик действительно не ориентирован на снятие болевого симптома – он только снимает или смягчает сам болевой эффект. Так же расцениваются и психофармакологические средства. В определенной мере это может соответствовать истине – при неудачном выборе препарата.

Например, если при заболеваниях, требующих длительного лечения, таких, как генерализованное тревожное или паническое расстройство, особенно коморбидно сопряженное с депрессией, провести кратковременный курс диазепамом, рассчитанный на несколько недель, то эффект будет временным и вскоре у пациента произойдет рецидив заболевания.

Для преодоления мифа о психотропных средствах необходимо знать современные методы терапии. Это относится и к тем случаям, когда требуется длительная терапия, которая если не гарантирует, то значительно увеличивает долю успеха. К сожалению, мифология о психотропных веществах, частично базирующаяся на реальных особенностях препарата, разделяется подчас не только пациентами, но и врачами, в том числе психиатрами. Так, например, и в настоящее время в странах СНГ трудится достаточно много специалистов, у которых практически отсутствуют терапевтические клинические протоколы, где четко установлена продолжительность терапии того или иного расстройства.

Бытует мнение о том, что лечение транквилизаторами должно носить кратковременный характер, и как только явный симптом депрессии снят, следует прекращать терапию из-за опасности гепатотоксического эффекта. Это относится к разряду мифологий, поскольку не укладывается в рамки так называемой доказательной медицины. Последней, напротив, установлено, что если лечить короткими курсами антидепрессантов, то при рецидивах депрессии, которые в этом случае возникают достаточно часто, общее суммарное количество антидепрессантов окажется больше, чем при однократном достаточно длительном курсе. Следует также учесть, что повторные курсы одного и того же препарата могут привести к формированию так называемой терапевтической резистентности.

Алгоритм клинических рекомендаций врача по выбору препарата и методов лечения состоит из пяти основных пунктов: диагностики расстройства, выбора препарата, дозы, продолжительности лечения и консультирования. Современный стандарт подхода к назначению лечения психофармакологическими средствами включает в себя обязательное консультирование.

Первое, с чего начинается выбор методов лечения пациента, это правильная диагностика расстройства. В ней заключается определенный ключ к выбору всей терапии, причем именно

расстройства, а не симптома, потому что если вы диагностируете просто симптом тревоги, то ваш выбор препарата достаточно свободен, но не точен. Вы можете вполне стереотипно назначить этому пациенту, скажем, диазепам, который будет успешным для временного снятия тревоги, или какой-то другой препарат, скажем клозепат или бромазепам. Но у больного генерализованное тревожное расстройство, а не просто симптом тревоги. Как это установить? Во-первых, оно проявляется психическим ощущением в виде ожидания опасности; во-вторых, почти всегда имеет соматизированную форму, т.е. выбор препарата уже должен быть таким, чтобы вызвать вегетостабилизирующее действие; наконец, в-третьих, это заболевание длительное и склонное к рецидивам. Стало быть, подбирается препарат, который больной может принимать достаточно длительное время. Таким образом, только правильная диагностика не симптома, а расстройства в целом позволяет обеспечить пациенту адекватную терапию.

Следующий этап алгоритма – это выбор препаратов, который определяется в известной мере особенностями имеющегося расстройства, в частности генерализованного тревожного расстройства. Вы сразу определяете, что ведущим симптомом у этого пациента является тревога, что потребует продолжительного лечения.

Далее вы вспоминаете классификацию основных психотропных препаратов. Она начинается с так называемых анксиолитиков (дословно – «растворяющий тревогу»), более традиционное их название – транквилизаторы. К ним присоединяются снотворные, хотя они могут быть выделены в отдельную группу.

Затем идут антидепрессанты – те две группы препаратов, которые наиболее часто должен использовать врач первичной помощи, потому что они предназначены для лечения расстройств, которые наиболее часто встречаются в его практике.

Нейролептики – следующая группа препаратов, преимущественно используемых врачами-психиатрами и гораздо реже – врачом первичной помощи. Противосудорожные препараты, хотя и не считаются, строго говоря, психофармакологическими средствами, могут быть сюда отнесены, поскольку некоторые из них оказывают, помимо снятия эпилептических пароксизмов, воздействие и на психические функции, довольно активно используются при терапии не только эпилепсии, но и других расстройств.

В частности, они рекомендуются как нормотимики, как препараты, регулирующие настроение и часто применяющиеся для предупреждения рецидива депрессии. В этой группе отсутствуют нередко описываемые в наших руководствах и причисляемые к психофармакологическим средствам ноотропные препараты. Это связано с тем, что в настоящее время отношение к ноотропам, с позиций доказательной медицины, значительно изменилось. Большинство из них на сегодняшний день не располагают серьезными доказательствами своего чисто фармакологического эффекта и могут рассматриваться, скорее, в рамках плацебо-терапии.

Тем не менее, ноотропные препараты, которые присутствуют в современных рекомендациях, до сих пор достаточно широко используются врачами, в том числе те, о которых достоверно известно, что они не проникают через гематоэнцефалический барьер, т.е. никак не могут обладать фармакодинамическим действием. Прочно укоренившиеся в практике врачей, особенно врачей первичной помощи, неврологов, психиатров, схемы их применения нередко приводят просто к ненужным назначениям, к дополнительной интоксикации и к бессмысленным тратам средств. В настоящее время из широко известных препаратов этой группы наличие ноотропного эффекта более или менее доказано только у препарата «ноотропил» (кавинтон), хотя и это вызывает сомнения. Согласно современным международным стандартам лекарственной терапии редко включают так называемые ноотропные препараты, так же (хотя это и не относится к психофармакологии), как и отсутствует устаревший термин «общеукрепляющие средства».

Именно назначение так называемых общеукрепляющих средств является одной из форм плацебо-терапии, имитацией адекватного лечения и бессмысленной тратой денег, если считать плацебо-терапию в данном случае бесполезной. Но если врач назначает это как чистое плацебо, тогда он действует адекватно, он записывает это как абсолютно продуманное назначение и обосновывает, почему в данном случае пациенту нужна плацебо-терапия.

В связи с вышесказанным мы переходим к достаточно новому понятию – «монотерапия». До настоящего времени при назначении психофармакологических и других препаратов врачи первичной помощи и психиатры редко придерживались принципа монотерапии. Чаще исповедовали «полипрагмазию», т.е. назначение

нескольких лекарств. Это связано с рядом причин, в частности с невозможностью оценить, какой именно из препаратов дал терапевтический эффект. Для того чтобы попытаться понять, что происходит в структуре психических расстройств, в их изменениях под воздействием нескольких лекарств, мы должны все время варьировать дозами избранной комбинации (например, усиливать дозу одного препарата и наблюдать за трансформацией состояния пациента). При этом мы не можем доказать, как изменилось бы его состояние, если бы он принимал только один препарат. Для врача первичной медицинской помощи и для амбулаторного врача-психиатра полипрагмазия нежелательна еще и потому, что она требует частого вызова пациента, а это серьезная затрата времени. Кроме того, она может приводить к *нежелательным сочетаниям препаратов и ослаблять желательные эффекты*.

Врачу первичной помощи для лечения психических расстройств лучше всего пользоваться небольшим набором хорошо знакомых лекарств. Очень вредно назначение нового препарата по принципу, что наш пациент его ещё не получал. Допустим, какая-то фармацевтическая фирма устраивает рекламу нового препарата, а у вас трудный пациент и эффективность ваших воздействий пока незначительна. И тогда этот новый препарат назначается трудному больному – не потому, что он (препарат) адекватен для него, а потому что им ещё не лечили. К сожалению, очень часто выбор новых препаратов строится на подобных логических конструкциях.

Назначение двух препаратов возможно, когда они берутся из разных лекарственных групп. Например, вы хотите ослабить побочный эффект антидепрессантов, проявляющийся в виде тревоги, и на относительно короткое время дополнительно назначаете транквилизаторы. Или, работая с генерализованным тревожным расстройством, прописываете определенный препарат из группы транквилизаторов, который можно давать в течение длительного времени. Пациенту с выраженными расстройствами сна (у которого сон быстро не восстанавливается – а для него это очень серьезная проблема!), можно на короткое время назначить гипнотик. Но назначение препаратов одной группы является весьма нежелательным. Поэтому в разделе «выбор препарата» хорошее знание психотропных групп и их свойств помогает правильно определиться в выборе терапии.

Знание основных психофармакологических эффектов препарата необходимо врачу. Врач, реально назначающий лечение, всегда должен владеть такой информацией. В арсенале врача первичной помощи должно фигурировать относительно небольшое количество психофармакологических средств, потому что ему приходится назначать и гипотензивные средства, и антибиотики, и коронаролитики, т.е. необходимо разбираться в самых разных препаратах. Но нереально требовать от врача первичной помощи, чтобы он являлся и искушенным психофармакологом. Другое дело – врач-психиатр, который просто обязан обладать гораздо большей информацией о свойствах психофармакологических препаратов и иметь в арсенале гораздо больший набор таких лекарств.

Далее требуется знание фармакокинетики и фармакодинамики, хотя бы на элементарном уровне. На сегодняшний день это тот раздел, которым хуже всего владеют врачи. Они могут знать основную направленность препарата, основные условия, при которых он назначается, они даже имеют информацию о побочных эффектах, но понятия «фармакокинетика» и «фармакодинамика» рассматриваются как ненужные. Однако это ведь та самая информация, которая во многом определяет подбор дозы, длительность лечения и выбор самого препарата. Это те знания, которые позволят избежать токсических эффектов (особенно при комбинации препаратов), в том числе эффекта накопления (кумуляции).

Фармакокинетические процессы включают в себя абсорбцию, распределение, метаболизм и выведение препарата. Чаще всего, особенно в практике врача первичной помощи, препараты назначаются перорально, в расчете, что они должны раствориться в желудочно-кишечном тракте до того, как абсорбироваться. Их всасывание зависит от концентрации препарата и его растворимости в жирах, а также от всасывающей поверхности и особенностей перистальтики ЖКТ. Если мы знаем основное место, где происходит абсорбция препарата (например, толстый кишечник), то можем уверенно предположить, что влияние на стенку желудка будет минимальным, а основное всасывание будет осуществляться в толстой кишке. К примеру, флуокситин – антидепрессант, абсорбируется в основном в толстом кишечнике, в котором имеются преимущественно те же рецепторы, что и рецепторы мозга, на которые действует флуокситин, вызывает побочные эффекты,

связанные с абсорбцией именно в толстом кишечнике. В настоящее время создаются специальные так называемые депонированные препараты, абсорбция которых происходит крайне медленно. Их называют ещё пролонгированными и применяют в основном для поддерживающей терапии шизофрении.

Наиболее быстро абсорбция происходит при внутривенном введении. Вы должны помнить, что в этом случае идет очень быстрое нарастание концентрации препарата в крови, следовательно, и в мозгу, что может привести к риску побочных явлений. В частности, при очень быстром струйном введении диазепама вы можете получить нарушение дыхания (вплоть до его остановки!).

Следующий аспект фармакокинетики – это распределение. Все препараты растворяются в плазме крови, связываясь с белками, в основном с альбуминами, и, кроме того, проникают в клетки крови. Распределение препаратов в головном мозге зависит от проницаемости гематоэнцефалического барьера, уровня регионального мозгового кровотока и тропности рецепторов головного мозга к тому или иному препарату. На распределение могут оказывать влияние возраст, пол и сами особенности клинического состояния пациента. Актуальность соотношения дозы с весом пациента у взрослых больных не очень важна, в отличие от детей, где доза рассчитывается на 1 кг веса тела. Некоторые противоэпилептические средства, например вольпрааты, также связаны с массой тела пациента и рассчитываются, исходя из веса.

Метаболизм психофармакологических средств происходит путем их окисления, восстановления, гидролиза и соединения. Основным метаболическим органом психотропных препаратов служит печень. Продукты метаболизма выводятся с желчью, фекалиями и мочой. Кроме того, они выделяются также с потом, слюной, через слезные и молочные железы. Поэтому, если мать получает психотропный препарат, ей запрещается кормление ребенка грудью, поскольку дитя будет получать продукты метаболизма.

Фармакодинамика, или реакция на дозу, представляет собой кривую зависимость эффективности лекарственного вещества от его концентрации. Под мощностью препарата понимают соответствующую дозу, необходимую для достижения терапевтического эффекта. В каждой группе выбирают один препарат, который является мерилем сравнения мощности других аналогичных препа-

ратов. Например, для группы нейролептиков таким эталоном служит хлорпромазин, известный у нас как «аминазин». Это отнюдь не значит, что он – самое совершенное средство. Просто обычно берется тот препарат, который завоевал определенную популярность, был апробирован одним из первых, хорошо знаком и понятен врачам. Если терапевтическая доза аминазина, составляющая 100 мг, соответствует 5 мг галоперидола, то мы вправе сказать, что мощность галоперидола в 20 раз больше. То есть того же результата можно добиться с помощью гораздо меньшей дозы.

Побочные эффекты большинства препаратов чаще всего являются прямым следствием их первичных фармакодинамических свойств. В последнее время принят термин «нежелательный эффект», выбор которого во многом связан с трансформацией концепции деятельности, с теоретической концепцией действия прежде всего нейролептиков. В середине 50-х годов, когда были созданы первые и основные на сегодняшний день психофармакологические средства, появилась другая концепция, согласно которой основным терапевтическим эффектом нейролептиков является их побочное действие – экстрапирамидный эффект, то есть мощность препарата определяется мощностью и выраженностью экстрапирамидных расстройств.

Поэтому стратегия психофармакологического лечения вообще и при шизофрении, в частности, была следующей: каждого пациента по возможности следовало вывести на дозу препарата, которая давала бы острый экстрапирамидный эффект. И чем сильнее он оказывался, тем предположительно сильнее было выражено основное антипсихотическое действие препарата, поэтому применялись его достаточно высокие дозы. Использовался так называемый метод психофармакологического зубца, когда дозировка препарата резко повышалась, вплоть до делириозного нарушения сознания, а затем столь же резко снижалась, то есть заранее планировался осложняющий эффект. Первую брешь в этой концепции пробило создание препарата «клозапин», который практически не давал побочных эффектов: нейролептический синдром вообще отсутствовал. Он оказался весьма эффективным антипсихотическим препаратом и крайне редко оказывал токсическое влияние на кровь, однако регуляторный мониторинг гемограммы предупреждал эту опасность, хотя можно отметить, что опасность данного осложнения явно преувеличена.

Затем последовало появление других групп нейролептиков, называемых «атипичные нейролептики» (такие, как аланзепин, zipрекса, рисперидон и др.), основным достоинством которых является то, что в терапевтической дозе они не дают экстрапирамидных расстройств. Последнее важно потому, что применение препаратов в дозах, вызывающих экстрапирамидные расстройства, имеет два отрицательных эффекта, особенно у больных шизофренией.

Появление тяжелых экстрапирамидных расстройств самим пациентом рассматривается не как терапевтическое, желаемое действие, а как опасный для жизни и крайне вредный эффект. Отсутствие достаточной критичности у психотических пациентов приводит к парадоксальной для терапии ситуации: пациент автоматически рассматривает свое лечение как форму наказания. Больной воспринимает назначенную терапию как агрессию психиатра за то, что он не принял его концепцию болезни. В таком случае пациент может думать: «Я не согласился с тем, что у меня ложная идея, и ты меня за это наказываешь». Вот как расценивают ваши пациенты экстрапирамидные расстройства.

А как же реагируют на них родственники больного? Они считают это чрезвычайно опасным для жизни и однозначно вредным лечением, не приносящим никакой пользы. Мне очень часто приходилось слышать подобное от родственников, которые несколько дней назад привезли в клинику своего близкого и описали врачу его крайне агрессивные и нелепые действия, приведшие их (людей, совершенно неосведомленных в психиатрии) к абсолютно правильной мысли о том, что родственник тяжело болен, что у него серьезное психическое расстройство. Но когда через 4–6 дней они встречались со своим родственником в клинике и видели его скованность, его маскообразное лицо, постоянное топтание на месте, т.е. симптомы нейролептического синдрома, то говорили: «Что вы с ним сделали с нашим сыном?!» И когда врач отвечал: «Простите, но это побочный эффект, неизбежный для того, чтобы вылечить вашего сына. К сожалению, наши лекарства не работают без побочных эффектов», родственники выражали негодование: «Вот, нам же говорили, что в больнице калечат людей, и это так».

Согласимся, в таком высказывании людей есть доля правды, потому что длительное применение нейролептиков, обладающих

выраженными экстрапирамидными расстройствами, особенно в загородных больницах, приводит к хроническому нейролептическому синдрому. Нередко больные годами, без особых показаний, просто по принципу «врач же должен лечить больного лекарствами», принимают нейролептики, постепенно приобретая данный синдром, который навсегда отдаляет их от общества, стигматизирует. Применение этих препаратов в качестве поддерживающей терапии почти никогда не удается осуществить по адекватной схеме. Больные просто блокируют терапию, во-первых, из-за субъективно неприятных побочных эффектов, особенно такого, как акатезия – неусидчивость, кроме того, они не хотят быть стигматизированными, потому что нейролептик с экстрапирамидным компонентом – это мощный стигматизатор. Идет гражданин по улице, и по одному его виду можно сказать: вот человек из психиатрической больницы. В этом состоит еще одна опасность данной группы препаратов: применение больших доз в клинике приводило иногда к формированию терапевтической резистентности и необходимости назначения ещё более высоких доз для поддерживающего лечения, что затрудняло включение пациента в прежнюю жизнь, исключало возможность серьезной реабилитационной работы.

Нельзя сказать, что концепция терапевтического значения экстрапирамидного нейролептического синдрома на сегодняшний день отнесена к разряду ошибок в психиатрии, как это произошло с коматозной терапией. Мы только пытаемся отойти от нее, потому что, к сожалению, новые нейролептики, почти не имеющие экстрапирамидных расстройств, очень дороги. Мы можем избежать побочных эффектов, назначая разумные дозы препаратов.

Следует признать некоторые вещи, которые, как бы ни хотелось нам изменить в действительности, остаются проблемой психиатрии. Например, проблема хронического вербального галлюциноза, который практически не поддается терапии. Иногда, чем старательней врач, тем больше вреда пациенту: галлюцинации все равно остаются, но добавляется ещё и хронический экстрапирамидный синдром. Однако это не значит, что таких пациентов не надо лечить.

Здесь требуется психотерапевтическая работа с «голосами» и назначение тех доз психофармакологических средств, которые будут не столько осуществлять коррекцию галлюцинаций, сколько

управлять поведением этого пациента. Таким образом, меняются смысл и фармакологическая мишень. В одном случае – способ убрать мучающий пациента голос, а в другом – непродолжительная терапия с целью, чтобы поведение больного управлялось не только голосами, но и разумными мотивациями. И таких больных больше, чем тех, поведение которых полностью сориентировано на голоса. Значит, мишенью становится другое – поведение и настроение.

На какие рецепторы действует данный препарат? Я уже говорил о флуоксетине. Поскольку мы знаем набор рецепторов, на которые влияет флуоксетин, и представляем, где они находятся (головной мозг и толстый кишечник), то видим точки приложения и, стало быть, можем рассчитать побочный эффект. Терапевтическим индексом называется соотношение между терапевтической и токсической дозой данного препарата. Чем больше разница между ними, тем препарат безопасней. А если названные дозы находятся на очень близком расстоянии, то это – препарат с малым терапевтическим индексом.

Толерантность – выработка устойчивости к препарату или к препаратам однородной химической группы. Например, антидепрессанты делятся по химическому составу на несколько групп (трициклические, тетрациклические ингибиторы моноаминоксидазы, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина), и мы можем получить пациента, у которого выработалась резистентность к препаратам именно трициклической группы. Попыткой преодолеть толерантность, устойчивость к лекарствам, станет перевод на препарат другой химической группы. Особенно тяжелой является проблема толерантности при тех расстройствах, которые длятся долго. В стационарной психиатрии это шизофрения. В практике же врача первичной помощи это паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, повторяющиеся депрессивные эпизоды.

Понятие «зависимость» означает, что данный препарат включился в обменные процессы человека, и если в наркологии мы сейчас отказываемся от словосочетаний «физическая и психическая зависимость», используя только понятие «зависимость» вообще, то в отношении психофармакологии иногда говорят о «физической зависимости». Может быть, это допустимо делать потому, что психологической зависимостью способен обладать любой

препарат. Больной, регулярно принимающий коронаролитики и боящийся, что в нужный момент рядом с ним не окажется этого препарата, тоже психологически зависим от него. О физической же зависимости мы говорим тогда, когда у больного отмечается так называемый синдром отмены. Помня об этом феномене, прекращение приема данного препарата следует осуществлять постепенно. Если вы считаете, что больной поправился или наступило улучшение, которое устраивает и вас и пациента, то прекращение терапии и анксиолитиками, и антидепрессантами всегда должно носить постепенный характер.

Анксиолитики (транквилизаторы)

Основным результатом приема анксиолитиков является антитревожный, анксиолитический эффект, и поэтому ни один препарат, не обладающий подобным действием, не может быть отнесен к группе транквилизаторов, или анксиолитиков. Это – облигатный эффект данной группы. Но, к сожалению, в большинстве случаев выраженность, интенсивность анксиолитического эффекта у многих препаратов параллельна седативному, который при амбулаторной терапии у большинства больных является нежелательным. Назначая транквилизаторы, врач первичной медицинской помощи должен задать один вопрос: водит ли этот человек автомобиль? В отношении ряда анксиолитиков существует запрет на вождение транспорта во время их приема, потому что это достоверно снижают концентрацию внимания и время реакции.

Седативный эффект транквилизаторов используется в стационарной практике у больных с выраженной тревогой (например, при генерализованном тревожном расстройстве), когда нужно быстро снять тревогу, или при часто повторяющихся панических атаках, практически лишаящих пациента трудоспособности. Поэтому сознательное использование седативного эффекта показано относительно нечасто. Очень широко седативные эффекты используются врачами первичной медицинской помощи при назначении транквилизаторов как снотворных, хотя это далеко не самое удачное их применение. Первичные расстройства сна – инсомнии – встречаются редко, в 10–15% случаев, а все остальные – это вторичные явления, связанные либо с тревогой, либо с депрессией, либо с тяжелым болевым синдромом.

Если вы используете транквилизатор для устранения расстройств сна, вы на самом-то деле не лечите основное расстройство. Эта терапия не приведет к исчезновению инсомнии, но может привести к появлению зависимости. Кроме того, в тех странах, где продажа транквилизаторов еще не очень жестко контролируется, пациенты могут самостоятельно назначить себе транквилизаторы в качестве снотворного. Поэтому если вы сталкиваетесь с нарушением сна у пациента, то следует выяснить, применяет ли он сам какие-то препараты для купирования этого расстройства. Выясните, что это за транквилизаторы, и узнайте продолжительность их приема, поскольку вы можете иметь дело с зависимостью.

На Западе нередки случаи, когда больные поступают на лечение в стационары именно в отделение зависимости, т.к. из-за упорной бессонницы или генерализованного тревожного расстройства они, получая рецепты от врача, годами принимали один и тот же транквилизатор.

Некоторые из анксиолитиков обладают антиконвульсивным эффектом. Те же диазепам, клоназепам, по существу, являются противоэпилептическими средствами, включаясь одновременно и в раздел анксиолитиков, и в раздел противоэпилептических средств. Миорелаксирующий эффект транквилизаторов желателен в том случае, когда у пациента выраженное мышечное напряжение. Препарат, дающий выраженную миорелаксацию, может быть использован при лечении головной боли напряжения или каких-то других спастических болей. Поскольку анксиолитики применяются для терапии расстройств, связанных с доминированием тревоги, для них чрезвычайно важен вегетостабилизирующий, или вегетотропный, эффект, т.к. всякие тревожные расстройства – это психофизиологический феномен (при тревожном расстройстве мы имеем дело не только с психологическим явлением). Мы говорим, что тревога – психофизиологична, т.к. её проявления всегда содержат некий соматовегетативный компонент: изменения АД, частоты пульса, перистальтики кишечника и т.д. Одним из главных достоинств анксиолитиков является наличие вегетостабилизирующего эффекта. Можно сказать, что у эффективного анксиолитика обязательно имеются два компонента – миорелаксирующий и вегетостабилизирующий, а также выражен анксиолитический и седативный эффект.

В числе нежелательных побочных эффектов анксиолитиков есть несколько весьма серьезных: наличие синдрома отмены, т.е. возможность возникновения зависимости, а иногда и некоторые нарушения дыхания, особенно при внутривенном введении препарата.

В связи с возникновением синдрома зависимости как побочного эффекта применения анксиолитиков, первое, что должен помнить врач, – это продолжительность применения препарата и постепенность отмены. На сегодняшний день одной из серьезных проблем является то, что врач первичной медицинской помощи или недостаточно квалифицированный психиатр используют эти препараты для лечения депрессии. В этом случае длительное применение анксиолитиков нередко приводит к формированию терапевтической резистентности и хронизации. Ещё до недавнего времени у врачей первичной медицинской помощи анксиолитики были препаратами номер один (сейчас эта ситуация начинает меняться), прежде всего, из-за того, что они давно вошли в медицинскую практику и их побочные эффекты незначительны, с ними легче работать. Ориентация врачей на анксиолитики привела к тому, что они несколько лет назад вышли на первое место по продаже среди всех лекарственных средств. Сегодня мы стараемся этот «анксиолитический» крен сместить и перевести терапию расстройств, которые наиболее часто встречаются в практике врача первичной медицинской помощи, на антидепрессанты. Последние более безопасны по феномену зависимости, значительно меньше риск их нерегулируемого приема, и, кроме того, они во многих случаях оказываются более эффективными.

Одним из мифов в отношении анксиолитиков является представление, что они, якобы, лишают человека памяти, и это вызывает страх перед ними. Строгой системы доказательств подобной опасности, однако, пока не существует. В последние годы идея лишения памяти после приема анксиолитиков несколько ослабела. Их употребление снижает концентрацию внимания, что может привести к ухудшению фиксации информации. Если период амнезии не очень продолжительный, то тогда говорить всерьез о какой-то утрате памяти не приходится. Однако мы видим, что в структуру мифов о памяти входят и реальные факты, но они искажаются, деформируются, становятся более объемными, и, к сожалению, мифология в отношении анксиолитиков существу-

ет. Кстати, публикации, а также теле- и радиопередачи о вреде анксиолитиков служили адекватной цели – предотвратить бесконтрольный прием данных препаратов, чтобы их употребляли только по назначению.

Пациент, которому подбирается психотропное средство, должен быть нам понятен. Мы должны знать примерный распорядок его дня, характер выполняемой им работы, возможность на какой-то период уменьшить ее интенсивность (скажем, на 2–3 недели, когда идет наиболее активный подбор доз и сильнее проявляются побочные эффекты). Назначаемый препарат ни в коей мере не должен серьезно нарушать социальную деятельность человека, иначе пациент просто блокирует прием лекарств. Всё обсуждение проводится в форме консультирования.

Например, если ваша пациентка – домашняя хозяйка, чье главное занятие – это просмотр телесериалов (ее отдушина, ее окно в мир!), то прием amitriptilina, который нарушает аккомодацию, может послужить для нее основанием для прекращения лечения им. Обсуждая с ней возможные побочные эффекты, задайте вопрос: «Если у вас ухудшится зрение и нельзя будет долго смотреть телевизор, как вы к этому отнесетесь?» И если она скажет: «А как же я буду жить без сериалов?», то назначение amitriptilina станет сомнительным. Читать она не любит, да, кроме того, если нарушится аккомодация, то и чтение станет затруднительным.

Если же пациентка предпочитает сидеть на лавочке со своими соседками (и это ее любимое занятие), или же у нее большое домашнее хозяйство и просто некогда смотреть телевизор, то тогда данный побочный эффект не будет играть существенного значения в ее жизни. Если у больного работа связана с компьютером, то спазм аккомодации начнет серьезно мешать выполнению служебных обязанностей, а в случае работы, где зрение не столь важно, этот побочный эффект несуществен. Т.е. препарат, его свойства, должны быть соотнесены с тем, как живет человек, какие функции он выполняет, что обязан делать.

Вернемся к транквилизаторам. Согласно современным требованиям, имеющимся в Кыргызстане и в России, выписка препарата должна производиться по генерическому названию, поэтому врачу следует знать это название. Генерическое – значит, родовое, т.е. то, которое присваивается препарату при его первоначальной

международной регистрации. На практике каждая фармацевтическая фирма может выпускать лекарство под своим названием. Запомнить все фирменные названия, конечно же, нереально. Иногда вы просто не знаете, препарат какой фирмы окажется на вашем рынке. Это зависит не от вас, а от того, кто продает лекарства. Подобная ситуация не только облегчает вашу работу, но и ориентирует пациента на правильное понимание того, что предлагает ему аптека.

В биологической терапии психических расстройств мелочей не бывает. Например, одной из причин, которая инициировала требование, чтобы в рецептах стояло только генерическое название, послужило следующее: аптеки постоянно сталкивались с ситуацией, когда врач выписывал пациенту не диазепам, а реланиум (польский диазепам), а в аптеке в продаже был венгерский диазепам – седуксен, и когда аптекарь предлагал его, больные, особенно пожилые, возражали. Они говорили, что их обманывают (а ведь советский, да и постсоветский, человек привык, что его могут «обвести вокруг пальца»), и, несмотря на заверения аптекаря о том, что это то же самое лекарство, настаивали на соблюдении записи в рецепте, выписанном врачом, и требовали именно реланиум. Это становилось причиной очень многих жалоб. Поэтому удобнее (как это делается во всем мире) пользоваться генерическим названием препарата.

На сегодняшний день самым распространенным из этой группы препаратом у нас остается диазепам, назначение которого должно быть в определенной мере ограничено. Это – одна из задач, стоящих перед врачом первичной медицинской помощи, и не потому, что препарат плох, а потому, что долгое время на рынке он, по сути, оставался единственным анксиолитиком и количество пациентов, длительно принимающих диазепам, очень велико, поскольку препарат способен вызывать зависимость.

Кроме генерических названий, вы должны также знать еще несколько характеристик данных препаратов, прежде всего таких, как скорость абсорбции (например, когда нужно быстрое действие перорального препарата в амбулаторной практике). Допустим, имеет место паническая атака, и надо, чтобы препарат подействовал быстро в целях купирования расстройства. Тогда вы должны учесть, какой из перечисленных препаратов обладает быстрой абсорбцией. Скорость её усилится, если вы дади-

те препарат не просто перорально, а предложите положить его под язык, чтобы всасывание шло через слизистую рта, а не через стенку ЖКТ: так быстрее возникнет достаточная концентрация лекарства в крови.

Следующей важной характеристикой препарата является средний период полувыведения. Если он менее 25 часов, препарат относят к группе короткого действия.

Наконец, мощность препарата определяется эквивалентом дозы: ниже 1 – это мощный анксиолитик, от 1 до 10 – средней мощности, свыше 10 – слабый. Оценивая данный показатель, можно увидеть, что самым мощным из наиболее распространенных у нас анксиолитиков является клоназепам. Затем идет диазепам, далее – клоразепат, менее мощным является хлордиазепоксид, слабым – оксазепам. Определяя мощность анксиолитика, вы соотносите это с выраженностью тревоги, с ее длительностью. Длительность полураспада показывает, насколько устойчива концентрация. Однако у препаратов с длительным периодом полувыведения может произойти накопление, кумуляция, что особенно опасно для пожилых больных и детей.

Это те основные характеристики, которые, казалось бы, далеки от практического врача и не всегда легко запоминаются. Поэтому наличие у врача карманного справочника с подробной информацией всегда бывает полезно при выборе лекарства. Если учесть, что врач первичной помощи работает с препаратами самых разных групп, то невозможно требовать от него, чтобы он помнил все важные характеристики различных препаратов. Он должен знать лишь, какие характеристики важны для выбора препарата, и мог найти их в справочнике.

В характеристике препаратов желательно знать те рецепторные системы, на которые они воздействуют. Так, воспринимающие структуры анксиолитиков бензодиазепинового ряда (наиболее часто встречающихся) представлены бензодиазепиновыми рецепторами, которые находятся в большинстве отделов спинного мозга и ствола. Основные их скопления лежат в неокортексе, лимбической системе и мозжечке. Такая локализация этих рецепторов в какой-то степени объясняет эффекты анксиолитиков. Если брать во внимание спинной мозг, то можно говорить о вегетостабилизирующем эффекте – через регуляцию вегетативной нервной системы. Если – неокортекс и лимбическую систему, то

это то, что регулирует эмоциональную сферу, уровень тревоги организма. А наличие рецепторов в мозжечке объясняет пошатывание – нежелательный эффект при приеме бензодиазепиновых анксиолитиков.

Следующая группа препаратов – антидепрессанты. Это лекарства, которые пока ещё не занимают доминирующего места в практике врача первичной медицинской помощи, что связано с несколькими причинами, прежде всего с рутинностью врачебной деятельности, длительной ориентацией на знакомый привычный препарат. Транквилизаторы же гораздо более привычны для врача первичной медицинской помощи, нежели антидепрессанты. Определенную роль в выборе препарата играет и высокая стоимость антидепрессантов нового поколения, что ограничивает их применение, особенно в тех государствах, где пациент сам покупает препараты, а не получает их, имея медицинскую страховку. Еще одна причина, ограничивающая прием антидепрессантов, – выраженность вызываемых ими нежелательных эффектов. При этом существует определенная закономерность. Более «старые» и, следовательно, более дешевые антидепрессанты имеют больший набор нежелательных эффектов. Современные – значительно меньший, но они гораздо дороже.

Фармакологическое воздействие антидепрессантов связано с изменением содержания биологических аминов в синаптической щели, главными из которых являются серотонин и норадреналин. В связи с этим в современной концепции депрессия и в определенной степени тревога тесно связаны с изменением обмена биологических аминов. Заметим, что ни один из антидепрессантов не активизирует непосредственно выработку биогенных аминов, но препятствует их обратному захвату рецепторами синаптической щели, что опосредованно способствует увеличению концентрации медиаторов в этой щели и улучшению проводимости. Более старые антидепрессанты (такие, как трициклические) отличаются тем, что у них отсутствует избирательность воздействия на рецепторы, т.е. они влияют на разные группы рецепторов, в том числе и на норадреналиновые, а также на серотониновые и другие. С одной стороны, это обеспечивает высокую лекарственную эффективность, поскольку в патогенезе депрессии участвуют различные биологические компоненты, но с другой, если неизбирательно блокируется множество рецепто-

ров синаптической щели, это приводит к большому количеству побочных эффектов.

Первая группа препаратов – ингибиторы обратного захвата серотонина, куда относятся трициклические антидепрессанты.

Вторая группа малочисленна, связана с блокированием обратного захвата норадреналина, т.е. это препараты, которые ориентированы на норадреналиновую модель депрессии. Из используемых в нашей практике препаратов этой группы известны мапротилин, лудиамил.

Третья группа самых современных антидепрессантов – это ингибиторы селективного, выборочного обратного захвата серотонина. Данные препараты ориентированы на серотониновую модель депрессии. Самым распространенным здесь является флуоксетин, который существовал в форме одного лекарства – прозака, а теперь выпускается очень многими фирмами. Сертралин, выпускаемый пока только под названием золофт, пароксетин, более известен как паксил. Вот те препараты, которые используются в Центральной Азии.

Существует, правда, отдельная группа антидепрессантов – это ингибиторы моноаминоксидазы, значение которых в настоящее время уменьшилось, в связи с чем в практике врача первичной медицинской помощи они практически не применяются. Это препараты уже психиатрической специализированной помощи, т.к. их в основном используют для лечения атипичных депрессий. Кроме того, они имеют достаточно большой набор противопоказаний по комбинации со многими лекарственными веществами, которые находятся в арсенале врача первичной практики. В частности, не рекомендуется их комбинация с производными раувольфии. Мы знаем, что до настоящего времени гипотензивные препараты раувольфии, которые мало используются в богатых, развитых странах, достаточно широко применяются у нас ввиду своей дешевизны.

Для советской, да и для западной психофармакологии вплоть до недавнего времени было характерно деление антидепрессантов на группы в зависимости от их психофармакологического спектра действия. Если у антидепрессанта был выражен седативный анксиолитический эффект, он относился к группе антидепрессантов-седатиков. Если же у другого препарата преобладал тимоаналептический, т.е. повышающий настроение и стимулирующий

эффект, его относили к группе стимуляторов. Третью группу составляли так называемые сбалансированные антидепрессанты. В настоящее же время этот принцип постепенно устаревает.

Приведенная выше классификация антидепрессантов (седативные, стимулирующие и сбалансированные), конечно же, имеет определенное право на существование. Однако сложность взаимоотношений тревоги и депрессии часто может приводить к принятию ошибочного решения в выборе препарата, если целиком полагаться на данную схему. Эта сложность определяется тем, что в руках врача для определения соотношения тревоги и депрессии имеются лишь чисто клинические, прежде всего поведенческие маркеры. Некоторые личностные особенности пациента приводят к тому, что больной, как я уже рассказывал, искажает картину своих переживаний, он часто может называть депрессию тревогой, а тревогу – депрессией. Люди по-разному мимически выражают свое психическое состояние. У кого-то это очень живая, очень экспрессивная мимика, тогда незначительный аффект тревоги выражается весьма бурно, что может привести к заблуждению, к врачебной ошибке. Поэтому подобная классификация имеет лишь относительную ценность.

Главным психофармакологическим эффектом антидепрессантов является тимоаналептический эффект, т.е. собственно антидепрессивный, повышающий настроение, седативный, стимулирующий, активизирующий (вот сколь противоречивы эти препараты!), антихолинэргический. Соотношение каждого из перечисленных эффектов определяет и спектр действия антидепрессанта. Очень трудно оценить реальную выраженность каждого такого эффекта на чисто клиническом уровне. Можно считать, что в терапевтических дозах эффективность антидепрессантов примерно равна. Неудача с их применением в амбулаторной практике врача первичной медицинской помощи заключается, прежде всего, в том, что именно в условиях амбулаторного приема редко назначается терапевтическая доза, напротив, применяются слишком малые дозы антидепрессантов из-за страха нежелательных эффектов (прежде всего, седативного и антихолинэргического). Оба эти эффекта весьма выражены у самого распространенного антидепрессанта трициклического ряда – amitriptilina. Хотя данный препарат вполне результативен, врач первичной медицинской помощи крайне редко достигает эффективных терапевтических доз

при его назначении. Это приводит к облегчению состояния пациента, но не полному снятию симптомов депрессии, часто способствуя формированию терапевтической резистентности.

Еще одной сложность работы с антидепрессантами, помимо наличия выраженных побочных эффектов, – медленное наступление их терапевтического эффекта. При этом возникает ситуация, которая как бы отталкивает пациента от лекарства, потому что побочные эффекты появляются раньше, чем возникает терапевтический. Особенно «медлительными» антидепрессантами являются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина. Первые признаки терапевтического эффекта наступают у них не ранее конца второй – начала третьей недели, а побочные – гораздо раньше. Наиболее опасным из нежелательных эффектов является усиление тревоги, что может спровоцировать усиление риска самоубийства. Поэтому возможна комбинация этих препаратов в течение 2–3 недель приема с транквилизаторами, которые играют роль корректора тревоги.

Другой нежелательный эффект – снижение аппетита – тяжело переносится пациентами, считающими, что аппетит является интегративным показателем качества жизни человека и качества его здоровья. Снижение аппетита при применении этих препаратов, особенно характерное для флуокситина, может быть воспринято такими больными как серьезный сигнал опасности, признак ухудшения их состояния. Следует учесть, что данный нежелательный эффект возникает раньше терапевтического, когда больной еще не ощущает улучшения настроения, но отмечает снижение аппетита. Всё это должно быть обязательно отражено во время консультирования пациента. Например, перед вами пожилая женщина, для которой еда является очень важным показателем здоровья. Рассказывая вам о своем состоянии, она, прежде всего, делает акцент на то, что именно и сколько она сегодня поела, каков у нее аппетит. Тогда, если вы не смогли в результате консультирования преодолеть установку на оценку состояния через уровень аппетита, назначение флуокситина нежелательно.

Следующим побочным эффектом этой группы препаратов является расстройство сна, наступающее в первое время приема. Оно вообще очень болезненно переносится больными, но есть люди, которые придают этому особое значение. Для них сон есть тот же интегративный показатель здоровья. Правда, это вы може-

те преодолеть дополнительным назначением снотворных в первые три недели применения антидепрессантов. Если ваш пациент оценивает прием снотворных как чисто лекарственную поддержку, которая носит временный характер, как своеобразный «костыль», не участвующий в общем процессе выздоровления, то в вашем консультировании такую установку следует отразить. Вы можете сказать, что поскольку само выздоровление начнется где-то через 2–3 недели, то в это время он будет получать поддержку в виде снотворного, а затем то, что является главной причиной его бессонницы, исчезнет, и сон уже без всяких лекарств восстановится. Мы должны обязательно объяснить это пациенту, иначе, несмотря на восстановление естественного сна, у него останется чувство низкого качества жизни, поскольку он оценивает свой сон как искусственный, временный, не свидетельствующий об улучшении состояния.

Есть препараты, более предпочтительные для врача первичной медицинской помощи, лечащего пациентов с проблемами соматического характера. Таким больным лучше назначать тианептин, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и, в какой-то степени, доксепин. Наличие даже тяжелых соматических заболеваний не исключает возможность проведения терапии антидепрессантами, поскольку в настоящее время в арсенале врача есть препараты, которые можно назначать даже при тяжелых соматических расстройствах.

В терапии депрессий очень важно помнить, что она носит продолжительный характер. Первая реальная оценка эффективности обычно проводится к концу 6-й недели – при условии, что вы приближаетесь к терапевтическим дозам, если к тому времени у больного не возникли нежелательные эффекты, исключающие дальнейший прием препарата. Общая продолжительность терапии антидепрессантами в рамках современного подхода к терапии депрессий должна продолжаться 6–8 месяцев. Если у нас есть анамнестические сведения о том, что предшествующий эпизод депрессии был очень продолжительным (около года), тогда и продолжительность терапии должна быть еще больше. Она увеличивается также и при рецидивирующих депрессиях, т.е. когда есть опыт повторных депрессий.

Врачи первичной медицинской помощи пока что не совсем активно участвуют в терапии антидепрессантов, но мы готовим

их к тому, чтобы они взяли на себя эти функции. В настоящее время лечение депрессий проводит психиатр или психотерапевт. Если пациент оказывается у врача первичной медицинской помощи по поводу какого-то другого расстройства и рассказывает, что уже несколько месяцев принимает антидепрессанты, то доктор не должен восклицать: «Вы что, с ума сошли! Как же можно шесть месяцев принимать лекарства, вы же так печень свою посадите!» Такая реакция может привести к отказу пациента от лекарства, что, в свою очередь, зачастую ведет к рецидиву депрессий и необходимости нового длительного повторного курса, иногда весьма сложного из-за возникновения терапевтической резистентности.

В последние годы антидепрессанты стали использовать при тех состояниях, для лечения которых ранее применяли анксиолитики. Это, прежде всего, паническое расстройство, где они более предпочтительны, чем транквилизаторы, требующие длительного приема. При лечении обсессивно-фобического расстройства препарат анафранил (кломипрамин) является препаратом первого выбора. Антидепрессанты могут также применяться для лечения генерализованного тревожного расстройства. Таким образом, мы наблюдаем выраженную тенденцию к изменению тактики лечения длительно протекающих тревожных расстройств – переходу от анксиолитиков к антидепрессантам.

Группа нейролептиков, или антипсихотических препаратов, практически не используется врачом первичной медицинской помощи. В тех случаях, когда необходимо их назначение (т.е., например, при выраженной тревоге или очень упорной бессоннице, не поддающейся терапии другими средствами), требуется консультация специалиста. В этом случае врач первичной медицинской помощи должен получить поддержку психиатра для решения данной проблемы. Единственно, где врач первичной медицинской помощи может использовать антипсихотические нейролептические средства, так это при купировании так называемых неотложных ургентных состояний (выраженного возбуждения с агрессией), когда у вас нет возможности прибегнуть к помощи консультанта-специалиста, или при лечении делирия. В этих случаях обычно используют нейролептики, обладающие выраженным седативным эффектом, такие, как галоперидол, который имеет преимущество в том, что малотоксичен для внутренних органов, однако опасен тем, что даже однократное его введение может вызвать

острый нейролептический синдром. Применим и хлорпромазин, более токсичный для организма и способный привести к резкому падению артериального давления; но одна-две его инъекции, как правило, не вызывают острого нейролептического синдрома. Хотя анксиолитики не обладают антипсихотическим действием, их иногда можно использовать для купирования таких неотложных состояний. В этом случае используют диазепам внутривенно.

В других разделах мы еще будем возвращаться к биологической терапии, тогда и поговорим о примерных современных схемах терапии каждого из обсуждаемых расстройств. Следует сказать, что в настоящее время характерно нетрадиционное использование психофармакологических средств. Например, препараты, которые рассматриваются как противозипилептические средства – карбамазепин, вальпрааты или клоназепам (транквилизатор) – используются не всегда традиционно. Так, клоназепам является препаратом антиэпилептического действия. Антиэпилептические препараты и вальпрааты (соли вольпроевой кислоты) применяются сегодня для лечения депрессий как вспомогательные средства. Есть попытки использовать их и при тревожных состояниях. Они могут применяться также для преодоления терапевтической резистентности препаратов, но главным образом включаются в терапию с целью профилактики повторных эпизодов депрессии или мании, выступая как нормотимические средства.

Когда вы используете препарат в его нетрадиционном назначении, следует помнить, что в инструкции к данному препарату обязательно будет обозначено то главное расстройство, для терапии которого он был создан. Например, если вы добавляете к лечению депрессии карбамазепин, то ваш пациент прочтет, что это противозипилептическое средство. То же будет с вальпраатом, и пациент придет к вам в панике и скажет, что у него (оказывается!) эпилепсия. В некоторых инструкциях к клоназепаму не указано, что это препарат для лечения длительных, тревожных расстройств, а прежде всего говорится о его противозипилептическом действии. Тогда, прописывая данный препарат пациенту с генерализованным тревожным или паническим расстройством, вы должны дать разъяснение, почему необходимо это назначение.

Теперь несколько слов о психотерапии. Врач первичной медицинской помощи не занимается ею, а потому не обязан владеть её методами. Однако он должен иметь общую ориентацию

о видах психотерапии, потому что его пациент может обсуждать с ним проблему возможного лечения у психотерапевта и поинтересоваться, насколько полезно такое лечение. В свою очередь, врач первичной медицинской помощи может порекомендовать ему обратиться к психотерапевту. Так называемые «чистые» психиатры до недавнего времени имели смутное представление о психотерапии и до сегодняшнего дня остаются ориентированными на биологическую терапию. При этом то, что они называют рациональной психотерапией, т.е. обращение к разуму, на самом деле является не чем иным, как формой консультирования, иногда достаточно запутанного и приносящего мало успеха. Поэтому врач первичной медицинской помощи должен ориентироваться в психотерапии.

Классификаций психотерапевтических технологий очень много. Методы, которые использует психотерапевт, определяются тем теоретическим подходом, который он разделяет, тем, что называется «теория личности», тем, что он считает главным регулятором поведения человека. В странах СНГ по-прежнему доминируют методы так называемой трансовой психотерапии, т.е. работа с пациентом в измененном сознании. Некоторые из них вполне приемлемы и успешны, от других необходимо постепенно уходить. Классическим примером такого рода является гипнотерапия. Почему гипнотерапия, которая в большинстве стран мира уже давно не пользуется популярностью, получила столь широкое распространение в наших странах? Думаю, потому, что всякая психотерапия является в большей степени, чем психиатрия, отражением общественного сознания, доминированием в нем тех или иных идей. Если общество существует в форме тоталитарного государства, где люди ориентированы на приказ, то наши пациенты – члены этого общества, они – его часть так же, как и мы, врачи. Нам могут импонировать, как и нашим пациентам, две вещи: я становлюсь властелином своего пациента, что так приятно врачу, который в обыденной жизни в большинстве случаев сам ощущает себя винтиком государственной машины, над которым стоят иерархически более высокие люди, начиная от заведующего отделением и кончая министром здравоохранения.

Помнится, мой учитель, Николай Витальевич Канторович, обязательно посвящал одну лекцию гипнотерапии. При том отношении к психиатрии, которое наблюдалось в 60-е годы, когда

психиатрия являлась целиком уделом психиатров и несла определенный ореол стигмы (о чем мы говорили в лекции по стигматизации), это, наверное, было правильно. Это была возможность показать, чем мы отличаемся от других врачей. Как без лекарства, без хирургического инструмента можно управлять своими пациентами. Обычно готовилась группа наиболее гипнабельных больных, которые и на сцене черт знает что вытворяли. Они раскрывали воображаемый зонтик, прятались от дождя, кутались и т.д. Затем «светило солнце» – и они раздевались. Это было фантастическое цирковое представление, которое студентам чрезвычайно нравилось.

Я же на практических занятиях никогда не показывал гипноз, считая, что я не цирковой артист и не обязан участвовать в представлениях. Но однажды группа студентов буквально умолила меня продемонстрировать им гипнотерапию, и одна из студенток предложила себя в качестве объекта. Она оказалась вполне гипнабельной и, довольно легко вызвав у нее гипнотический транс, я стал внушать ей всякие смешные вещи, совершив при этом ошибку, характерную для работы с человеком, о котором мало знаешь. Я предположил, что эта молоденькая студентка, как всякая женщина, любит домашних животных, а наиболее частым животным в доме является кошка. И я внушил ей, что к ней на колени забрался маленький, симпатичный пушистый котенок, который мурлычет и ласкается. Когда я ей это сказал, раздался дикий рев, окно было открыто, и она чуть не вылетела со второго этажа, я еле успел ее ухватить! Оказалось, что у нее сильнейший страх перед кошками. Это, конечно, было случайностью, но я воспринял случившееся как наказание за отступление от своих правил.

Врач первичной медицинской помощи вместе с врачами-психотерапевтами и психиатрами должны постепенно отучать наших пациентов, наших клиентов от ориентации на гипнотерапию.

Второй фактор, который распространил гипнотерапию так широко и продолжает сохраняться на сегодняшний день, это так называемая крайняя экстернальность большинства наших пациентов, т.е. желание переложить ответственность за лечение на плечи врача. Когда пациент говорит: «Вот я, весь твой, ты можешь делать всё, что угодно, только вылечи меня!» Это та позиция, которую в процессе терапевтического взаимодействия врача

и пациента необходимо преодолевать. Вы не всегда можете с этим справиться, но попытаться обязательно нужно, потому что позиция экстернальности – очень неконструктивна!

Лекция 16. ЧАСТНАЯ ПСИХИАТРИЯ. ПРИНЦИПЫ КЛАССИФИКАЦИИ

В МКБ-10 психические расстройства группируются по нескольким признакам. Возможна группировка по возрастному принципу (например, расстройства, встречающиеся преимущественно в детском возрасте) или по тому, какой симптом, расстройство какой психической функции является ведущим. Например, рубрика F3 включает аффективные расстройства. Возможно группирование по симптому и одновременно по предположительному этиологическому фактору: в рубрике F4 собраны невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства. Здесь используется признак, близкий к этиологии «связанные со стрессом».

Рубрика F0 – органические, включая симптоматические, психические расстройства – также построена по признаку, близкому к этиологическому. Я уже говорил о том, что деление психических расстройств на органические и функциональные носит весьма условный характер. К рубрике F0 относятся расстройства, в которых с большей или меньшей доказательностью можно найти органический субстрат. Это может быть атеросклероз церебральных сосудов, мозговая опухоль, инфекция или интоксикация. Выделение по данному принципу или по особенностям клинической картины расстройств, в которых отражается определенная специфичность, характерно для данной рубрики. В западной литературе эта обобщенная специфичность расстройств называется органическим психосиндромом, который делится на острый, подострый и хронический. Подобной классификации не существует в МКБ-10. И все расстройства, которые находятся в рубрике F0, можно разделить на две группы: специфические, т.е. характерные только для так называемых органических расстройств, и мало-специфические.

К специфическим расстройствам следует отнести делирий, деменцию и такие нарушения, как, например, легкое когнитивное

расстройство и посткоммоционное расстройство. Это те случаи, с которыми наиболее часто сталкивается врач первичной медицинской помощи. К малоспецифическим расстройствам относятся аффективные расстройства органического характера: органические аффективные, депрессивные, органические тревожные расстройства, органические или психотические формы органических расстройств. С ними необходима работа уже не врача первичной медицинской помощи, а более узких специалистов – неврологов, психиатров и психотерапевтов.

Так, обнаружив симптом тревоги и диагностировав его как типичное тревожное расстройство (например, паническое расстройство и генерализованное тревожное расстройство), врач первичной медицинской помощи прибегает к консультации специалиста-психиатра, функцией которого является проведение дифференциальной диагностики, тогда как диагностика деменции требует дополнительной консультации невролога. Функцией врача первичной медицинской помощи является, прежде всего, работа с деменцией. А поскольку такие больные в наших условиях крайне редко попадают в психиатрический стационар или вообще в стационар, то семейный врач будет работать с ними на дому. Что касается делирия, то, может быть, это и станет объектом деятельности врача первичной медицинской помощи и интерниста, но чаще с делирием (я имею в виду делирий, не связанный со злоупотреблением алкоголя) столкнется врач хирургического или соматического стационара.

Начнем с деменции. У нас уже есть схема описания симптома и схема обследования пациента. С какими вариантами деменции может встретиться врач первичной медицинской помощи? Самым распространенным из них является деменция при болезни Альцгеймера. Следует отметить, что в последние десятилетия понятие деменции при болезни Альцгеймера значительно расширилось. Раньше такие пациенты обозначались как больные со старческим, или сенильным, слабоумием. В некоторых учебниках вы увидите описание этих нарушений.

Болезнь Альцгеймера прежде рассматривалась только как заболевание, которое начинается довольно рано, чаще до 65 лет, имеет определенную генетическую предрасположенность, характеризуется прогрессирующим течением и, как правило, заканчивается летальным исходом. Её распространенность в современном

понимании весьма высока. Она достигает 5% с выраженной степенью тяжести и 10% – с менее выраженным снижением интеллекта, т.е. охватывает 15% населения старше 65 лет. Не правда ли впечатляющие цифры?! В Японии 20% населения старше 80 лет страдают этой болезнью, т.е. чем старше человек, тем больше вероятность получить болезнь Альцгеймера. Это – своеобразная плата за продолжительность жизни человека.

По-видимому, природа предусмотрела определенные клапаны для того, чтобы рост населения не стал чрезмерным. Я уже говорил, что каждый человек потенциально может приобрести онкологическое заболевание, и это как бы генетически заложенная форма регуляции народонаселения мира. Поэтому в странах, где средняя продолжительность жизни выше 80 лет, проблема болезни Альцгеймера актуальна. Там же, где она невелика (в большинстве стран СНГ не достигает 60 лет), данная болезнь менее актуальна. Но мы говорим о среднестатистической продолжительности жизни, и, наряду с этим, у нас есть люди достаточно преклонного возраста, которые, следовательно, могут страдать болезнью Альцгеймера.

Старые представления о данном заболевании всегда связаны с генетическим фактором. Сегодня эта теория не отрицается, но пока ещё и не может рассматриваться как достоверный научный факт, хотя риск заболевания людей, имеющих родственников с болезнью Альцгеймера, значительно выше. Это одно из доказательств того, что развитие деменции у людей старше 60 лет отнюдь не является нормой старения. Да, болезнь Альцгеймера – «привилегия» старческого возраста, но существуют варианты с более ранним и более поздним ее началом, причём все эти варианты проявляются такими грубыми нарушениями, которые никак нельзя рассматривать в рамках обычных возрастных изменений психики.

Болезнь Альцгеймера – это возрастное заболевание, а не возрастная норма. К последней можно отнести только легкие изменения, но отнюдь не деменцию. Поэтому данное нарушение и рассматривается как расстройство, а не вариант определенной возрастной нормы.

При болезни Альцгеймера весьма редки жалобы пациентов на главный (ведущий) симптом болезни – когнитивные расстройства, т.е. на снижение памяти, ухудшение сообразительно-

сти и другие признаки интеллектуальных нарушений. Пациент может пожаловаться на нарушение сна, что часто бывает при этом расстройстве, или какой-то другой весьма незначительный симптом. Кроме того, он не предъявит симптоматику своего нарушения в каком-либо оформленном виде. Поэтому главным в диагностике деменции при болезни Альцгеймера является расспрос, который для врача первичной медицинской помощи начинается с расспроса родственников или людей, часто общающихся с данным человеком. Какую информацию, скорее всего, дадут люди? Они скажут, что замечают забывчивость этого человека, что его память нарушена, но при этом отметят весьма важный диагностический признак – своеобразный синдром отрицания, когда пациент, даже в начальной стадии болезни Альцгеймера, стремится скрыть дефекты памяти и находит способы их компенсации. Иногда это весьма своеобразная форма компенсации, например юмор.

Одна из моих пациенток с начальной стадией болезни Альцгеймера прежде была человеком очень хорошего ума, высокой психической адаптивности к жизни, достаточно высокого интеллекта. К моменту нашего с ней общения она сохраняла еще критичность, поэтому страдала и испытывала тревогу от осознания расстройств памяти; при этом шутила, что когда-нибудь нечаянно вместо продуктов положит маленького правнука в холодильник, но шутила, зная, что никогда этого не сделает. Говорила весело, смеясь по этому поводу, и это было способом компенсации тревоги. Несомненно, ее расстройства памяти и мышления отнюдь не таковы, чтобы она действительно могла перепутать какие-то овощи со своим правнуком. Её ирония – это стремление показать, что имеющиеся расстройства не столь значительны.

Когда мы можем иронизировать (я имею в виду, прежде всего, само-иронию), то это значит, что мы критичны, что данная способность у нас сохранилась. На первых этапах развития деменции при болезни Альцгеймера вышеуказанные компенсаторные формы достаточно развиты и уменьшают мнестический дефект. Например, стремление поменять тему беседы (если она становится трудной для пациента) на такую, которая ему более понятна и близка, в которой дефекты его интеллектуальной деятельности будут или незаметны, или малозаметны. Другим компенсаторным приемом является формирование ригидных, т.е. застывших форм

поведения, использование наработанных стереотипов и стремление избежать нового.

Мы говорим сейчас о начальных этапах деменции. Еще одним её признаком является некоторое заострение черт характера, когда люди становятся в определенном смысле похожими на собственную карикатуру. На первых этапах болезни чувство утраты своих возможностей, пожалуй, одно из самых сильных переживаний пациента. Это формирует постоянное или часто возникающее чувство тревоги.

Стремление к стереотипности, к избеганию новых ситуаций – вполне адекватное поведение, т.к. каждое новое событие приводит к дисстрессу и усилению тревоги, а также раздражительности, которую можно назвать «бессильной яростью». Уменьшается запас слов, речь становится совсем стереотипной.

Массовую культуру человечества можно сравнить с ранней стадией болезни Альцгеймера. Это очень упрощенная культура. Древняя же культура буддизма – очень сложная система взглядов и представлений. А вот американизированная культура дает нам возможность существовать с набором относительно небольшого количества слов. Например, «лучше жевать, чем говорить», что можно использовать каждые 10 минут общения. Или фраза: «Жажда – все, имидж – ничто». Вы замечаете, как входят эти фразы в нашу речь, как слово «короче» становится эквивалентом объяснений каких-то сложных ситуаций или чувств. Может быть, трансформируя болезни индивидуальности, личности на человечество, мы действительно проходим раннюю стадию болезни Альцгеймера? Посмотрим, как это дальше будет развиваться. В действительности мы уже прибегаем к более упрощенным формам познания мира. Книга уходит, ее сменило телевидение; сложные и глубокие фильмы мало кому интересны – это удел немногих людей, которые могут попасть в какой-то элитный кинотеатр, и отнюдь не возможность людей, живущих в небольших городках, деревнях. Чтение если и сохраняется, то в форме бестселлеров, над которыми нет нужды размышлять. Возможно, это и есть реакция человечества на тревогу, на усиливающийся психосоциальный стресс?

Я заговорил об этом потому, что в традиционных клинических описаниях болезни Альцгеймера высокий уровень тревожности не рассматривается как симптом и обычно не описывается.

Если у человека имеется стремление к стереотипизации, если ему трудно усваивать новое, если есть некоторое ощущение своей неполноценности и постепенно исчезает способность к продуктивному, конструктивному, ориентированному на решение проблем мышлению, то что же должно происходить у него в реальной жизни, которая все-таки постоянно влечет к переменам, к постановке задач, требующих включения не стереотипного, а проблемного мышления? Какую реакцию должен давать пациент с деменцией? Это реакция тревоги, потому что больной живет в том же мире, в котором жил раньше, и тогда возникают формы компенсации, о которых я уже говорил. Их особенности можно определить из психологически понятных связей. Если у пациента высокий уровень тревожности, если часты реакции тревоги, то какой эмоциональной реакцией может защититься организм от тревоги? Агрессией? Но для неё нужен достаточный энергетический потенциал. А какая эмоция не является энергоемкой? Апатия. И тогда организм защищается апатией, безразличием ко многим сторонам жизни, которые становятся трудно-понятными для человека. Мы говорили о том, что тревога часто переходит в депрессию; значит, здесь возможно состояние, обозначаемое термином *апатическая депрессия*.

Рассмотрим через вышеупомянутые расстройства особенности поведения пациента. Это будет постепенное обрывание межличностных контактов по принципу «чем меньше общаешься, тем меньше проблем». Стоит увидеть этого пациента глазами близких ему людей. Как они его могут воспринимать? Как тупого и безразличного. А если тупой и безразличный, то какие формы взаимодействия с ним возможны? Активирующие, или «торможение», а оно, это «торможение», ещё более усиливает тревогу, а следовательно, и другие компенсаторные формы и аффективные расстройства, другие непродуктивные варианты поведения. Пациент всё активнее отгораживается от людей. Поэтому для понимания адекватного взаимодействия с больным необходимо знать особенности психопатологических расстройств.

Рассмотрим теперь диагностические критерии деменции при болезни Альцгеймера по МКБ-10. Мы видим, что на первое место здесь выступает описание клинических признаков деменции при болезни Альцгеймера, а именно, когнитивные расстройства. Это диагностический стандарт МКБ-10. Я рассказал вам уже о

роли тревоги. На мой взгляд, её учет тоже важен в организации правильного ухода за пациентами и в консультировании родственников.

Как будут проявляться когнитивные расстройства, прежде всего расстройства памяти? Наиболее типичным является фиксационная амнезия, при которой лучше сохраняется память на события прошлого, даже очень далекого прошлого; поэтому пациенты с болезнью Альцгеймера любят вспоминать свои «былые дни», они в них более ориентированы. Когда же им приходится говорить о настоящем, то это страна, в которой почти все неизвестно, это территория, где существует только несколько знакомых мест, а остальные – сплошные «белые пятна». На понятных территориях эти больные чувствуют себя более свободно. Какие чувства вызывают расстройства памяти у самого пациента? Фиксационная амнезия вызывает чувства тревоги, раздражения, досады и депрессии: «Я не могу вспомнить, какой сегодня день, какой год, как зовут этого человека...»

А какие чувства сами больные вызывают у окружающих людей, ухаживающих за ними? Примерно те же самые, но чаще – раздражение, и тогда мы слышим фразу: «Мама, ну сколько раз тебе нужно говорить, что сегодня ноябрь». А если вы скажете пациенту: «Ничего страшного, человек имеет право забывать», то ослабите те эмоции, которые ухудшают когнитивные способности человека, и тем самым снимите раздражение. Работая с таким больным, вы должны приучить себя к созданию определенного стереотипа общения, не вызывающего напряжения и тревоги ни у вас, ни у пациента. Это и стандартные формы приветствия, манера разговаривать и многое другое.

Например, стандартная процедура при обследовании пациента – измерение давления. Обычно вы накладываете манжетку на голую руку, и всегда на правую. Если вы в следующий раз этому же человеку, у которого нет особых проблем с колебаниями АД, наложите манжетку на легкую рубашку и на другую руку, то вызовите у него реакцию тревоги и агрессии на вас. Он скажет, что раньше измерение всегда проводилось на голой руке, и причём на правой. Вы станете объяснять: мол, современные исследования показывают, что можно измерять давление на любой руке и через легкую ткань. Эти-то объяснения и не годятся. Немедленно извинитесь и вернитесь к стереотипу! Здесь играет роль даже степень

затягивания манжетки. Разрушенный стереотип эмоционального взаимодействия с пациентом очень трудно устанавливается, легко разрушается и крайне медленно восстанавливается.

Еще одним симптомом, который не вошел в диагностический перечень таковых при выраженной степени деменции, является усиление биологических влечений или изменение их, когда самые древние влечения остаются самыми сохранными. Отсюда может возникать дементная прожорливость – булимия. Посмотрите, какой может возникнуть порочный замкнутый круг. Женщина – с болезнью Альцгеймера, у нее булимия, а дочь ей говорит: «Мама, ну, сколько можно есть?! У вас будет несварение, вы будете болеть», или «Мама, на вас не напасешься продуктов, вы слишком много едите!» *Чувство неполноценности, которое испытывает пациент, компенсаторно порождает идеи ущербности.* Когда мы говорим о заострении личностных характеристик, то одной из них является усиление эгоцентризма, страх быть обманутым, обворованным, и тогда возникает высказывание, ориентированное иногда на врача первичной помощи: «Мои родственники хотят уморить меня голодом». Не торопитесь принимать это как факт, исследуйте ситуацию. Снижение памяти, ее утрата также может поддерживать идею ущербности.

Больные, боясь потерять что-то дорогое для них, вообще ценное (деньги, золотые вещи) или что-то лично ценное (фотографию), прячут эти предметы, потом забывают и говорят родственникам: «Зачем вы украли?» Такие высказывания могут быть ежедневными, из-за чего возникают ссоры и скандалы. Проблема больного с болезнью Альцгеймера – это проблема не только одного человека, но и членов семьи, которые тоже испытывают стресс. И правильное консультирование поможет его уменьшить.

Например, дочь одной моей пациентки, у которой обнаружили проявления данной болезни, сказала, что мама стала очень капризной, придирчивой. Я спросил ее, в чем суть этих капризов. Оказалось, что она не разрешает ничего трогать, ничего сдвигать с места. «Я ей говорю, что здесь пыль, что хочу сделать лучше, все почистить, – не разрешает!» К этой симптоматике присоединяются еще и такие симптомы, как апраксия (когда человек становится неловок в своих движениях). Ему трудно даже надевать одежду, и он нуждается в помощи. Если сказать больному: «Ну, давай быстрее, сколько можно совать руку в рукав?!», апракси-

ческие нарушения от этого только усилятся. У больных возникают также афатические расстройства, чаще в виде амнестической афазии, т.е. забывания слов и названий предметов.

Во время консультирования родственников необходимо объяснять им самые главные моменты в общении с такими больными, т.к. зачастую близкие люди не учитывают возможности пациентов, что не дает положительных результатов, а, напротив, усиливает и ухудшает их трудности.

Я считаю, что, когда мы занимаемся консультированием, необходимо делать акцент и на благополучии близких и родственников – матери, отца, сына, а не только самого пациента. Консультирование лучше начинать с фразы или рассказа о том, как вы попытаетесь облегчить их трудную жизнь. Дайте понять, что понимаете трудности этих людей, разделяете их, что у вас есть сострадание к ним. Мы действительно понимаем и сочувствуем родственникам людей, страдающих болезнью Альцгеймера, у них трудная жизнь. И одновременно говорите им, что естественное желание врача – помочь им облегчить жизнь, и это отражено в ваших рекомендациях.

Лекция 17. СИСТЕМА ОПИСАНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Во время обследования пациента на первый план выступают жалобы его самого или его родственников, поскольку сам пациент может и не предъявить никаких жалоб, кроме одной: «Оставьте меня в покое». Важно то, что вначале вы описываете жалобы, предъявляемые самим пациентом, а затем – те, которые вам удастся диагностировать в ходе расспроса. Затем описываете главные клинические признаки, ориентируясь на схему основных диагностических признаков расстройств. Далее врачу первичной медицинской помощи потребуется осуществить дифференциальную диагностику. Причем, в отличие от специалиста, врача-психиатра, у которого дифференциальная диагностика ориентирована не только на уточнение диагноза пациента, но и на то, что тот и в дальнейшем будет его пациентом, здесь ориентация идёт скорее на проведение дополнительных обследований и решение вопроса, к какому специалисту следует направить пациента. Только в

ряде случаев, если врач первичной медицинской помощи убежден в своем диагнозе, он станет самостоятельно решать вопрос о выставлении этого диагноза и проведении консультирования родственников больного. В том случае, если врач первичной медицинской помощи решает обойтись без помощи специалистов, он назначает лечение. Тогда в консультирование пациента и его родственников входит обширная информация, которая касается и диагноза, и основных признаков заболевания, и того, как врач их оценивает, как идет консультирование по терапии.

В том же случае, если врач первичной медицинской помощи намеревается направить пациента для дальнейшего обследования, а после него – ещё к какому-то специалисту, то в консультирование входит в основном обоснование того, почему необходимо обследоваться у другого доктора. Это самый трудный элемент работы врача первичной медицинской помощи, поскольку большинство приходящих к нему пациентов воспринимают направление к психиатру весьма негативно. В таком случае врач должен найти аргументы того, что обследование у психиатра отнюдь не является признанием тяжелого психического расстройства, сумасшествия или госпитализации. Он должен объяснить, что его знаний для выбора точного лечения недостаточно и необходимо получить помощь со стороны, для того чтобы лечение пациента было более адекватным и точным, чтобы больной не тратил зря денег на лекарства. И если врач первичной медицинской помощи предполагает, что после этой консультации и получения информации от узкого специалиста он в дальнейшем сам сможет наблюдать данного больного, то лучше сказать: «Я получу эту поддержку и дальше буду вас наблюдать, но все равно иногда буду консультироваться у психиатра». Он вправе также отметить, что предстоящая консультация позволит решить, у кого лучше в дальнейшем получать поддержку, кто сможет больше помочь больному. Это всегда должно решаться индивидуально. Врачу-психиатру поликлиники, работающему в группе семейных врачей, следует знать своих партнеров – терапевта, невропатолога. Он должен представлять уровень их подготовленности, способность к самостоятельному ведению случая или к ведению при помощи со стороны. А когда он считает, что это – трудная проблема для семейного врача, то как психиатр сам должен её решать.

Как описывать психические расстройства? Вы можете начать это описание с жалоб, которые предъявляет пациент, затем – с информации, которую дают родственники. Далее – учесть те симптомы, которые вам удалось выявить у пациента, а также те, которые он предъявил как жалобу. Например, он мог сказать: «У меня часто болит голова, я забыл об этом сказать». Тогда вы разделите на две части то, что было предъявлено первым, спонтанным, ибо это является для пациента самым важным на сегодняшний день – та же самая головная боль или нарушение сна. Если же это тревожит пациента, но не вызывает страха, что у него будет диагностировано тяжелое психическое расстройство, значит, у больного снижена критичность и он не в состоянии оценивать все свои симптомы и предъявлять их как проявления болезни. Описывая предъявляемые жалобы, мы получаем картину болезни, или так называемый адаптационный образ болезни, с которым можно дальше работать. Иногда эти жалобы могут носить как бы случайный характер.

Я люблю приводить следующий пример: в бывшем республиканском НИИ кардиологии и терапии (ныне – Национальном центре) пациенту, которому предстояла весьма опасная операция на сердце, была назначена консультация психотерапевта, поскольку кардиохирург считал, что у больного чрезмерный страх перед операцией. Больной же, придя к психотерапевту, предъявил одну лишь жалобу – на натоптыш, что выглядело странно! И врач-психотерапевт рассмотрел это как механизм психологической защиты. Он не стал расспрашивать больного о страхе перед операцией, а пошел другим путем. Врач совершил некий косвенный психотерапевтический прием: в течение получаса они решали с больным вопрос, как и когда будут лечить натоптыш. Вскользь упоминалась операция, а весь акцент был сделан на лечение натоптыша, мол, его можно будет убрать через две недели после операции на сердце. Обсуждая данный вопрос, врач постоянно как бы говорил больному: «У меня нет сомнения в том, что ты останешься жив, что твоя проблема с сердцем будет решена. Ты заботишься о своем организме, и это правильно. Давай же разговаривать о натоптыше». В итоге данному пациенту не понадобились транквилизаторы – он выспался потом без лекарств. Так, получасовой работы психотерапевта хватило, чтобы снять страх. Здесь очень важно понять смысл предъявляемых жалоб, постараться увидеть то, что стоит за ними.

В описанном случае нельзя разводить руками и говорить: «Родной мой! У тебя же через два дня операция. Может быть, после нее вообще не надо будет натоптышами заниматься». Или сказать: «Натоптыш – это хорошо, но это мелочи; я знаю, что у вас есть страх перед операцией, давайте снимать этот страх». Это было бы очень трудно сделать, потому что пришлось бы говорить о том проценте больных, которые погибают, и о тех, которые выздоравливают. Очень трудно найти весомые аргументы, т.к. далеко не все зависит от пациента и состояния его здоровья. Определенную роль играют и состояние техники, оборудования, и технологии, и профессионализм кардиохирурга, и здесь психотерапевт не может взять на себя никакой ответственности. Он не имеет права говорить: «Ну что вы, это вообще пустяковая операция, все равно, что ноготь подрезать. Ну, умирают, но не все же – половина. Вот когда закончится операция, тогда и приходи, поговорим, а пока принимай лекарства – и ты успокоишься». Это была бы плохая психотерапия. Вот почему нам так важны предъявляемые жалобы.

Затем необходимо коротко собрать анамнестические сведения, которые помогут понять начало развития, а также возможную этиологию заболевания. Если вы узнаете, что в семье данного человека несколько родственников умерло от болезни Альцгеймера, т.е. стали слабоумными, то у вас появляется аргумент в пользу этой болезни. Если мы видим симптомы сосудистого поражения мозга и перед нами пациент с очень длительной и плохо леченной гипертонической болезнью, появляются данные в пользу сосудистого заболевания.

Основные клинические расстройства описывают по той схеме, которую я вам давал при рассмотрении симптомов. Там вы описывали один симптом, здесь – создаете их совокупность, действуя согласно схеме.

Давая общий обзор органических расстройств, я говорил, что они делятся на специфические органические синдромы (такие, как делирий и деменция), психоорганические (легкое когнитивное и посткомозионное расстройство) и неспецифические (органическая тревога, органическая депрессия, органическое расстройство личности). Это важно для врача первичной медицинской помощи, прежде всего, для решения вопроса дифференциальной диагностики, поскольку диагностика этих расстройств

более сложная, чем специфическая. Тревога – это расстройство: органическое или первичное тревожное? В данной ситуации врач первичной медицинской помощи должен получить консультацию специалиста. Если в первом случае он может работать самостоятельно, то здесь ему нужна помощь специалиста.

Для решения вопросов лечения – принцип монотерапии уже не является доминирующим. Если это тревожное органическое расстройство, то мы устанавливаем его причину: сосудистое поражение. И терапия должна носить комплексный характер – вы действуете на сосуды, применяете гипотензивные средства; можете использовать препараты, снижающие уровень холестерина, препараты, меняющие свертываемость крови (аспирин), а также антитревожные средства.

Наиболее часто болезнь Альцгеймера следует дифференцировать с сосудистой деменцией. Для врача первичной медицинской помощи знание других, менее часто встречающихся видов деменции (например, болезни Пика) не является обязательным. Он ориентирован на статистику: что чаще встречается, то и следует уметь диагностировать. Если же это не подходит под признаки основных, чаще встречающихся расстройств, ему следует обратиться за помощью к специалисту. Мы частично уже говорили о том, каким должно быть консультирование больного с болезнью Альцгеймера и деменцией. К этому полезно добавить следующее: вы должны предупредить родственников, что течение данного заболевания обычно носит прогрессирующий характер, темп его развития зависит от индивидуальной природы человека, но в то же время прогрессирование можно попытаться замедлить. Для этого необходимо выполнять те рекомендации, которые ведут к уменьшению стрессовых воздействий и понижают уровень и характер тревожных реакций. В то же время вы честно говорите, что нарастание слабоумия (деменции) будет происходить.

Хочу напомнить вам историю с экс-президентом США Рональдом Рейганом, которому был поставлен этот диагноз. Когда он получил информацию о своей болезни, то выступил с речью перед гражданами Америки, рассказал о своём недуге, простился с народом. Он хотел, чтобы его запомнили как человека, который остается еще дееспособным. Это можно рассматривать как самоутверждение, но в любом случае такой поступок заслуживает уважения.

К вам пришел пациент с начальной стадией болезни Альцгеймера, и вы убеждены в правильности этого диагноза, а он спрашивает вас: «Есть ли от этой болезни лечение?» и «Как она будет протекать, станет ли прогрессировать?» Как вы думаете, что должен сделать врач? Вопрос дискуссионный. Определенные этические правила разных стран отличаются. Например, в США, если онкологический больной с точно установленным диагнозом не получит консультации об отпущенном ему времени, то это тяжелое нарушение врачебной этики, т.к. он должен рассчитать свою оставшуюся жизнь. Но как поступить в данном случае, когда у пациента еще силен страх перед потерей памяти и утратой интеллекта? Я могу предложить два варианта. Первый: «Вам необходима консультация специалиста». Так можно сказать на начальной стадии, поскольку в этот период диагноз действительно трудно установить, и если пациент согласится, то консультирование проведет психиатр. Второй: если же вы убеждены, что это начальная стадия болезни Альцгеймера, то вправе сказать: «Да, эта болезнь может прогрессировать, поэтому, если у вас есть финансовые или наследственные дела, то их следует решать». Но ничего подобного нельзя говорить, когда у больного имеются признаки депрессии, потому что такое высказывание может привести к суициду.

Лечение. Все попытки найти специфические средства против болезни Альцгеймера оказались неудачными, и на сегодняшний день мы можем констатировать, что лечения, которое приводило бы к выздоровлению или хотя бы к умеренной ремиссии, не существует. К лекарственным средствам можно прибегать в том случае, когда у пациента резко нарушено поведение, прежде всего когда есть возбуждение. Пациенту с болезнью Альцгеймера психотропные средства рекомендуется назначать с крайней осторожностью. Например, анксиолитики, транквилизаторы аккумулируются в организме и могут вызвать возникновение делирия в дополнение к деменции. То же самое можно сказать и в отношении снотворных. Нередко при этой болезни нарушается формула сна: ночью – бессонница, днем – сон. Если есть возможность, нужно попытаться днем активизировать пациента. Иногда можно использовать мягкие антидепрессанты в небольших дозах – доксепин, тианептин, но курс их должен быть непродолжительным, а дозы значительно меньше, чем у людей, имеющих хорошее физическое здоровье.

Сосудистая деменция – это слабоумие, обусловленное цереброваскулярным заболеванием. Наиболее часто к сосудистой патологии головного мозга приводят церебральный атеросклероз и гипертоническая болезнь или их сочетание. Среди всех случаев деменции сосудистая составляет треть всех видов этого заболевания.

В настоящее время имеет место гипердиагностика сосудистой деменции и гиподиагностика болезни Альцгеймера. В основе деменции лежит снижение интеллектуальных функций. Так же, как при болезни Альцгеймера, характерна фиксационная амнезия и лучшая память на события далекого прошлого, но, в отличие от болезни Альцгеймера, дольше сохраняется способность к обобщению, к выделению главных признаков. Иногда больной с сосудистой деменцией, который поражает нас тем, что пять раз рассказывает об одном и том же событии, вдруг изрекает вполне осмысленные серьезные вещи, которые он не просто воспроизводит из прошлого, а решая проблемную задачу. Родственники такого пациента могут прийти в изумление: женщина, которая никак не может запомнить, какой сегодня месяц, вдруг дает, случайно участвуя в семейном разговоре, разумный совет. Это вызывает недоумение: «Мама, вы что, придуриваетесь, когда не можете сказать, какой сейчас месяц, если даете такие хорошие советы? Вам, что же, трудно запомнить, какой на дворе месяц года?!». Но постепенно, с нарастанием деменции, эта способность утрачивается. Так же, как при болезни Альцгеймера, возникают амнестическая афазия, апраксия и агнозия.

Клинические проявления сосудистой деменции во многом зависят от очага поражения мозга. Если при болезни Альцгеймера идет тотальное поражение коры – ее атрофия, то при сосудистой деменции могут быть затронуты отдельные участки мозга (висок, темя, затылок), и тогда клинические симптомы будут во многом определяться основной локализацией очага поражения. Это будет уже не моносимптом, поскольку, помимо «захвата» одного какого-то участка, поражается и мозг в целом. Иногда могут доминировать очаговые нарушения, в том числе проявляющиеся не только в расстройстве когнитивных функций, но и неврологическими симптомами двигательной сферы: изменениями чувствительности, парезами, параличами, патологическими рефлексам.

Для дифференциальной диагностики сосудистой деменции и деменции при болезни Альцгеймера большое значение имеет анамнез. Если у болезни Альцгеймера течение всегда прогрессирующее, с медленным постепенным началом, то при сосудистой деменции начало более острое. В этом случае идет легкое снижение когнитивной функции: память, интеллект снижаются умеренно. Но потом развивается делирий со спутанностью сознания, который связан с острой мозговой катастрофой – ишемическим инсультом или просто выраженным спазмом церебральных сосудов, приводящим к острой гипоксии головного мозга, а после выхода из нарушенного сознания – резкое усиление деменции. Родственники такого пациента прямо так и расскажут вам о том, как это происходило. Иногда это могут быть несколько эпизодов, сопровождающихся делириозным нарушением сознания, причём кратковременным. Порой родственники или сам пациент могут заметить, что утром у него хуже двигается рука или нога как результат острого нарушения мозгового кровообращения, перенесенного во сне, или возникновения каких-то амнестических расстройств.

Когда мы будем иметь дело с делирием, то следует учесть, что в него входит понятие, которое раньше обозначалось как самостоятельное расстройство, – «спутанность сознания». Для больных с сосудистой деменцией характерен вариант делирия, характеризующийся спутанностью сознания. Допустим, вы работаете в отделении артериальной гипертензии или общей терапии, и медсестра говорит: «Вчера больная была какой-то странной, не могла найти свою палату, что-то бормотала, но потом всё прошло». На следующий день после этого вы заметите у этой больной резкое усиление деменции или ее появление. В отличие от деменции при болезни Альцгеймера, у таких пациентов (за счет более острого начала) реже присутствует критичность к утрате своих интеллектуальных функций. Для начального этапа болезни Альцгеймера характерно сохранение достаточной критичности и стремление скрыть интеллектуальное снижение и формирующийся умственный дефект. Поскольку у больных с сосудистой деменцией аналогичные признаки наступают более резко, то у них слабее вырабатываются механизмы приспособления (адаптации). Направление к специалисту рекомендовано в случаях выраженной неврологической симптоматики (консультация невроло-

га) или если врач первичной помощи затрудняется в определении варианта деменции.

Консультирование пациента с сосудистой деменцией и его родственников напоминает консультирование при болезни Альцгеймера. Основным отличием является то, что вы, объясняя причину возникновения этого расстройства, говорите, что оно связано с гипертонической болезнью или атеросклерозом сосудов головного мозга или тем и другим вместе, а потому рекомендуете лечение, ориентированное на сосудистую мишень. Затем вы должны проинформировать родственников, как следует проводить лечение. Нужно стабилизировать АД, по возможности предупреждать развитие гипертензионных кризов и вовремя вызывать «скорую помощь» при кризе. Желательно длительное применение препаратов, регулирующих тонус сосудов, необходимо несколько раз исследовать уровень холестерина крови и ее свертываемость, а также, если есть возможность, путем диеты или лекарственных средств снижать уровень холестерина и регулировать уровень свертываемости крови. Подъем артериального давления, с одной стороны, провоцируется тревогой, которая является одним из клинических признаков этого заболевания, а с другой – сам подъем АД вызывает усиление тревоги. У больных с сосудистой деменцией допустимо очень осторожное назначение анксиолитических средств, при этом следует избегать терапии препаратами, которые имеют длительный период полураспада, медленно выводятся из организма (из-за опасности аккумуляции). Лечение ноотропными препаратами, которое практиковалось до настоящего времени, не относится к разряду доказательной медицины и поэтому не является стандартом.

Лекция 18. ПАНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО

Паническая атака – это основной симптом панического расстройства, для которого характерно еще несколько симптомов. Возникновение панической атаки часто приводит к тревожным ожиданиям повторного приступа. Это расстройство можно описать как тревожные мысли. Больные боятся нового приступа. Их сознание сосредоточено на поисках причин возникших нарушений и страха перед возобновлением приступа. Они задают себе вопрос:

«Отчего это? Что произошло со мной и моим организмом?» Как уже говорилось, во время панической атаки пациент испытывает сильный страх. А страх – это то, что очень сильно фиксируется в нашей памяти и определяет человеческое поведение.

Мне неоднократно приходилось наблюдать мужчин, у которых паническая атака возникала после длительного злоупотребления алкоголем. Это не были люди с алкогольной зависимостью, просто длительные эпизоды алкоголизации возникали у них, например, во время отпуска. В состоянии интоксикации или на следующий день после неё у них развивалась паническая атака. Некоторые после первой же такой атаки становились полными абстинентами, т.е. навсегда прекращали употребление алкоголя. Другие пробовали повторить прием алкоголя, т.к. друзья уговаривали: «Да выпей ты немного!» Когда они повторяли прием даже небольших доз алкоголя, паническая атака вновь возникала, и после этого наступало полное воздержание от алкоголя, тем более что панические атаки продолжались. В этом случае связь панической атаки с длительной алкоголизацией приводила к чувству вины и, соответственно, к вторичной депрессии, блокируя обращение пациента за помощью. Ему было стыдно сказать, что в течение 10 дней отпуска с друзьями он ежедневно употреблял большие дозы алкоголя. Иногда пациент подвергался давлению со стороны семьи, усиливающему чувство вины. Когда у него возникали панические атаки, ему говорили: «Не надо было пить!», и это тоже блокировало обращение за медицинской помощью.

Такие люди стремились попасть на прием и лечение только к интернисту (например, как предполагаемые пациенты с начальной стадией гипертонической болезни, поскольку во время панических атак у них повышалось артериальное давление). И только когда интернист обнаруживал атипичность течения предполагаемой гипертонической болезни, такой пациент оказывался затем в кабинете психотерапевта. Стоило больших трудов получить достоверные, адекватные анамнестические сведения, потому что в этом случае блокирование обращения пациента к психиатру или психотерапевту происходит из-за страха, что его стигматизируют как «алкоголика» или воспримут как психически больного.

Мы подошли к ещё одному симптому, который часто сопровождается паническим расстройством. Примерно в 60% случаев у больных развивается коморбидная депрессия. Однако трудно ска-

зять с уверенностью, что это личностная реакция на длительное состояние тревоги, тяжелых панических атак и страхов за свою жизнь. Некоторые биохимические и генетические исследования показывают биологическую близость депрессии и панического расстройства. Поэтому сочетание этих двух расстройств, их коморбидность нельзя относить только за счет психологических факторов реагирования на болезнь.

Другим частым компонентом панического расстройства является агарофобия. Паническое расстройство без неё встречается редко, примерно в 5% случаев. В разделе общей психиатологии уже говорилось об агарофобии, о том, что сегодня этот термин приобрел более широкое распространение, чем раньше. Когда-то он трактовался только как страх открытых пространств; в настоящее время под агарофобией следует понимать страх оказаться без помощи и поддержки. Отсюда – страх поездок на транспорте, где может быть душно, станет плохо и возникнет паническая атака. Или страх выйти из дома без сопровождающих, потому что, если разовьется паническая атака, кто же окажет помощь?

Жизнь пациента с агарофобией, включенной в паническое расстройство, становится все более стесненной, формируются охранительные формы поведения. Они резко приводят к сужению деятельности человека, почти постоянному пребыванию его в стенах дома. Больные покидают дом только в сопровождении того, кто может оказать практическую помощь. Это также постоянное ношение лекарств и стремление избежать тех ситуаций, которые, по мнению пациента, могут вызвать паническую атаку. Пожалуй, больные паническими расстройствами – одни из самых стесненных в своей свободе людей. У них очень низкое качество жизни и почти полная утрата социальной активности (я имею в виду случаи тяжелых панических расстройств), вплоть до утраты трудоспособности. Это постоянное требование опеки, нахождения кого-то рядом, непреходящее чувство опасности и страх гибели во время панической атаки. Обычно такие больные проходят длительный круг «путешествий» по кабинетам врачей разных специальностей: кардиолога, эндокринолога, гинеколога.

Описание изменений поведения можно получить только при целенаправленном расспросе. Чем более выражены охранительные формы поведения, чем они больше стесняют жизнь пациента, тем меньше он рассказывает о них спонтанно. Это вовсе не

попытка обмануть врача или ввести его в заблуждение. Страх перед тем, что его воспримут как тяжелого психического больного, «сумасшедшего», приводит к кратковременному вытеснению из памяти этих нарушений, и только активный целенаправленный расспрос позволит преодолеть данный механизм защиты.

В том случае, если при обследовании врачом-интернистом не обнаруживается никаких, даже небольших, признаков отклонений, пациенту обычно говорят, что это все нервное, что нужно взять себя в руки. На консультации у невролога ему часто устанавливают диагноз шейного или грудного остеохондроза, провоцирующего приступы вегетососудистой дистонии. Иногда эта возможная поддержка носит, скорее, символический характер (например, как маленький ребенок, который вряд ли может оказать реальную помощь). В других случаях больному могут сказать, что он слабовольный, слабохарактерный человек и ему следует взять себя в руки. Если же пациент продолжает настаивать на медицинской помощи, его отправляют к психотерапевту с диагнозом «ипохондрия» и с ярлыком «ипохондрик». Длительное и бесполезное обследование и лечение разочаровывает пациентов в медицине, оставляя один путь – обращение к целителю или знахарю.

Диагностическими признаками панического расстройства являются следующие критерии:

1. Повторяющиеся приступы панических атак, которые ничем не провоцируются. По меньшей мере, после одного из приступов в течение месяца или более отмечался один из следующих симптомов:
 - устойчивое беспокойство, связанное с возможностью повторения приступа;
 - беспокойство относительно ситуации, которая будет сопровождать приступ, или относительно его последствий (страх потерять контроль над собой, умереть от сердечно-го приступа, сойти с ума).
2. Связанное с приступами изменение поведения.
3. Наличие агорофобии.
4. Это не связано с воздействием ПАВ.
5. Приступы не связаны с каким-либо неврологическим или соматическим заболеванием (например, с гипертиреозными кризами).

Врач первичной помощи должен проводить дифференциальную диагностику панического расстройства с такими соматическими заболеваниями, как пароксизмальная аритмия, коронарная болезнь, тиреотоксикоз, церебральная ишемия. Исключив соматические расстройства, он может поставить диагноз панического расстройства. Установление такого диагноза не затруднительно, особенно если расстройство протекает в достаточно типичной форме. Все ошибки врачей первичной помощи происходят в основном только потому, что они не включают в круг своих предположений возможность тревожных расстройств и забывают о частоте их встречаемости.

Консультирование и основная информация для пациента и семьи

Прежде всего, вы должны сказать, что это достаточно часто встречающееся заболевание. Целесообразно даже привести цифры эпидемиологических данных. Приступы этого расстройства столь тягостны и ярки, а обследования у интерниста зачастую приводят к столь неопределенным результатам, что у пациента возникает идея, будто у него какое-то уникальное, не известное медицине заболевание. Её, эту идею, можно снять рассказом о распространенности данного недуга. Вы описываете и разъясняете больному механизмы его поведения. Вы говорите ему, что боль, допустим, в области сердца естественно воспринимается им как сердечная боль, что, однако, не равнозначно. Объясняете ему, почему он мечется (это естественная реакция, чтобы снизить страх) или же замирает. Заверяете, что, несмотря на свою тягостность, панические атаки никогда не заканчиваются смертью. Учитывая, что паническое расстройство относится к разряду хронических заболеваний, обязательно говорите, что лечение потребует длительного времени, что возможны рецидивы – и тогда он вновь получит помощь и поддержку. Имеет смысл провести аналогию с гипертонической болезнью, при которой человек должен почти постоянно принимать лекарства и контролировать свое давление, и, несмотря на хорошее, тщательно организованное лечение, иногда случаются периоды подъемов артериального давления, заставляющие больного вновь обращаться к помощи специалиста.

Консультация психиатра или психотерапевта необходима в следующих случаях:

- Когда у больного резко выражены охранительные формы поведения.
- Когда у него выражена агорафобия.
- Когда приступы носят очень выраженный характер и возникают почти ежедневно.

Вы можете прибегнуть к помощи психотерапевта также и для того, чтобы этот пациент обучился нервно-мышечной релаксации. Релаксационная терапия (не аутотренинг) поможет пациенту при первых, начальных признаках панической атаки. Особенно полезна она для тех пациентов, которые во время панической атаки как бы сами компенсаторно нашли способ избегать лишних движений, тех, которые замирают, – для них она наиболее удачна. Пациентам же, которые мечутся во время приступа, можно предложить для уменьшения тревоги физические упражнения, объяснив, что они не ухудшат его состояние, а, напротив, снимут тревогу.

Лекарственная терапия

Больные с паническими расстройствами часто ориентированы на прием транквилизаторов, особенно диазепама, который они принимают иногда длительно, месяцами, а то и годами. Нередко это результат самоназначения, иногда лекарство выписывается врачом по просьбе больного. Это очень опасно из-за возможности привыкания. У больных с редкими приступами и в тех случаях, когда паническое расстройство не комбинируется с генерализованным тревожным расстройством или депрессией, можно рекомендовать прием диазепама в дозе 10 мг под язык при начальных явлениях приступа. В случаях частых приступов, при формировании агорофобии и выраженных формах охранительного поведения рекомендуется уже специализированный курс, который врач первичной помощи может проводить сам или переадресовать психиатру. Тогда используют антидепрессанты, которые обладают достаточным антитревожным действием и не вызывают выраженного седативного эффекта. К ним относятся доксепин (синэксан), из новых антидепрессантов – тианептин (коаксил), миансерин (леривон), селективные ингибиторы обратного захва-

та серотонина; могут быть рекомендованы и сертеалин (золофт), пароксетин (паксил), флувоксамин (феварин).

Особенно показаны антидепрессанты, когда паническое расстройство ассоциируется с депрессией. Продолжительность такой терапии должна быть не менее четырех-шести месяцев. Кроме антидепрессантов, особенно в тех случаях, когда паническое расстройство сочетается с генерализованным тревожным расстройством, возможно использование анксиолитиков, предназначенных для длительного приема, например клоназепама (антелепсина ривотрила) в дозах от 1,0–1,5 мг до 4 мг/сут. Терапия длится достаточно долго – 6–8 месяцев. Во время нее следует периодически повторять печеночные тесты и гемограмму. По мере того как на фоне лечения панические атаки становятся реже, очень важна психотерапия, ориентированная на расширение активности пациента и преодоление им закрепившихся охранительных форм поведения.

Мы говорили о том, что в чистом виде биологической терапии вообще не существует, даже за счет плацебо-эффекта. Проводимая семейным врачом, она должна сопровождаться хотя бы психотерапевтической поддержкой. Если вы применяете гипотензивные средства, вы тоже сопровождаете это определенными рекомендациями, направленными на определенные формы поведения – и это тоже вариант определенной поведенческой терапии. Здесь вовсе не обязательно быть опытным психотерапевтом, достаточно иметь целенаправленность: вы должны не просто давать рекомендации, а использовать так называемую обратную связь, т.е. получать от пациента ответы, как он это делает, что ему удастся, что нет. Это называется мониторингом изменения поведения, в ходе которого вы рекомендуете пациенту вознаграждение за трансформацию охранительных форм. Например, если ваша пациентка в состоянии приобрести себе какую-то вещь и у нее есть стремление это сделать, скажите ей: «А теперь наградите себя этой покупкой. Это будет ваш приз».

Следующее нарушение – генерализованное тревожное расстройство, которое практически не диагностируется врачами первичной помощи, потому что пациенты с этой формой психопатологии обращаются в основном с жалобами на соматовегетативные нарушения, которые носят самый разнообразный характер. Это могут быть болевые ощущения или приступы сердцебиения, не

вызывающие, однако, такой паники, как при паническом расстройстве. Могут возникать и различные нарушения ЖКТ (например, стойкие запоры или малообъяснимые поносы).

Прежде чем отправить пациента на анализ кала, задайте ему вопрос: «В каких ситуациях эти нарушения возникают?» И вы можете услышать то, что довелось услышать мне от одной пациентки. Ее дочь живет в другом городе, и она очень волнуется за нее, ждет ее звонков. Звонка нет – и она берет телефон с собой в туалет. Вот это-то и заставило ее обратиться к психиатру, потому что, когда раздается звонок, у нее сразу возникает понос, что она расценила как признак «расстроенного ума». Расспрос пациентки показал: чаще всего эти состояния возникают у неё в ситуации эмоционального стресса, ожидания чего-то неприятного, т.е. связаны с психическим фактором. Так что, когда врачу первичной помощи предъявляется какой-то соматовегетативный симптом, прежде чем провести дополнительное соматическое обследование (в ряде случаев оно может оказаться ненужным), расспросите пациента о чувстве тревоги.

При генерализованном тревожном расстройстве характерно постоянное ожидание какой-то опасности. Такие пациенты скажут вам, что им трудно дожидаться возвращения своих родственников, если те задерживаются. Например, если дочь должна вернуться из школы в 6 часов, а в 6:30 ее ещё нет, то у матери возникает желание (часто реализуемое) звонить всем одноклассникам и спрашивать, что в школе произошло. Если на дворе зима и муж такой пациентки водит автомобиль, то у нее появляется страх автомобильной аварии. Больные говорят: «Я живу с чувством постоянной опасности». Но они вряд ли расскажут об этом врачу первичной помощи, если он не проведет целенаправленного расспроса. Ему говорят о болях, сердцебиении и т.п. Сами больные чаще всего считают, что тревога – следствие сердцебиения, или воспринимают тревогу, чувство опасности и сердцебиение как разные симптомы, как относительно независимые вещи.

Характерны также нарушение концентрации внимания и трудность сосредоточения. Соматовегетативное напряжение проявляется в неусидчивости. Представьте себе человека напряженного и имеющего тревогу, который рассказывает вам о чём-то, что его взволновало. Поверьте, при этом он будет двигаться, непре-

рывно ходить по комнате, а если даже будет сидеть, то двигаясь (ёрзая) на стуле.

Когда-то два американских кардиолога М. Фридман и Р. Розенман описали так называемый поведенческий тип «А», который характеризуется выраженной напряженностью людей и является одним из психологических факторов риска возникновения инфаркта миокарда. Пришли они к открытию поведенческого типа «А» странным бытовым путем. Врачи ремонтировали свой кабинет, и мебельщик спросил у них, кто они по профессии. Коллеги ответили, что они кардиологи. Тогда мебельщик сказал: «Странно, такие кресла я видел только в кабинетах у психотерапевтов и психиатров – протертые». Кто чаще всего приходит к психотерапевту и психиатру? Человек с тревогой. Тогда М. Фридман и Р. Розенман (1950 г.) стали присматриваться к поведению своих пациентов, так родилась концепция типа «А». Эта поучительная история показывает, что многие важные вещи обязаны обычной человеческой наблюдательности, ты просто смотришь и пытаешься осмыслить поведение своих пациентов, их взаимодействие друг с другом, их реакцию на взаимодействие с врачом.

Я рассказал вам о неусидчивости, но в соматическую напряженность входят также головная боль напряжения, мышечные боли, неспособность расслабиться, спастические боли в животе, головокружение, потливость, тахикардия, брадикардия, сухость во рту, боли в желудке и кишечнике. Важна и временная характеристика. Эти симптомы должны держаться несколько месяцев – не менее трех.

Генерализованное тревожное расстройство может быть коморбидно с паническим расстройством или с депрессией.

О жалобах мы уже говорили, и когда вы выявите симптомы психического напряжения, симптомы тревоги, то не совершайте одной диагностической ошибки – не выводите тревогу из вегетативных симптомов. Если больной рассказывает вам о болях в сердце, либо о постоянной головной боли и о чувстве тревоги, не рассматривайте тревогу как реакцию на боль. Если у больного тревожные мысли, задайте ему вопрос: «А как вы сами думаете, отчего у вас болит голова?» Пациент скажет: «Вы же знаете, отчего сейчас чаще всего умирают люди. Я уже сделал рентген в Диагностическом центре, прошел и компьютерную томографию, но опухоли нет, хотя говорят, что есть такие опухоли, которых

не видно на рентгене». В данном случае идея опухоли возникает как раз из тревоги – как попытка понять: «Отчего у меня такое напряжение?». Меняются причина и следствие, но в этом случае меняется и диагноз. Больному уже не ставят генерализованное тревожное расстройство.

Лекции 19–20. НЕОБЪЯСНИМЫЕ СОМАТИЧЕСКИЕ ЖАЛОБЫ (СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА)

Соматоформные расстройства – это психические расстройства, которые имитируют по своим проявлениям соматические заболевания. Главным признаком их является возникновение физических симптомов, наряду с активными и постоянными требованиями медицинских обследований, вопреки отсутствию физической основы для симптоматики, и упорные старания убедить врачей в этом же. Особенно характерно полное отрицание пациентами психологической обусловленности заболевания – так называемый синдром отрицания психического фактора происхождения заболевания. Это, можно сказать, осевой, центральный признак таких расстройств. Для врачей первичной медицинской помощи они называются «необъяснимыми соматическими жалобами». В этой версии в рубрику (в МКБ-10 они идут под шифром F45) входят как единое расстройство те варианты, которые в полном варианте МКБ-10 разделяются на несколько групп: соматизированные расстройства, соматоформная вегетативная дисфункция, болевое расстройство, ипохондрия.

Для врача первичной медицинской помощи строгая дифференциальная диагностика различных вариантов соматоформных расстройств необязательна по нескольким причинам: прежде всего, диагностические критерии не очень четки, что затрудняет дифференциальную диагностику; кроме того, не создано каких-то строго специфичных для каждого варианта соматоформных расстройств методов терапии, которые мог бы использовать врач первичной медицинской помощи.

Говоря о проблеме соматоформных расстройств, мы с вами приближаемся к понятию «соматизация». Психическое напряжение, длительный стресс, неразрешенный внутриспсихический конфликт, также вызывающий стресс, приводят к тому, что такие

психопатологические феномены, как тревога и депрессия, проявляются, прежде всего, не какими-то психопатологическими симптомами, а соматическими. Но при этом данные симптомы лишь условно можно назвать соматическими. Правильней их рассматривать как соматовегетативные, поскольку они являются проявлением не какой-то органической патологии тела, а результатом дисрегуляции вегетативных функций. Кроме соматоформных расстройств, существуют и диссоциативные (конверсионные), имитирующие соматические заболевания, в данном случае – неврологические расстройства.

Психосоматическое расстройство или заболевание. Существуют ли подобные самостоятельные виды патологии? Это один из самых спорных и трудных вопросов медицины. Развитие психосоматики идет по своеобразной спирали, и период увлечения этой идеей сменяется периодом разочарования. Затем, на новом витке, наблюдается новое оживление психосоматической идеи, и так на протяжении практически всей истории медицины.

Здесь имеет место своеобразный парадокс. Представьте себе пациента, который приходит с жалобой на постоянную боль в области сердца. Вы проводите соответствующее обследование и сообщаете, что состояние и функционирование его сердца хорошее. И тогда он задает вопрос: «Отчего же у меня здесь болит?», и вы говорите, что это связано со стрессом, психическим фактором. Пациент смотрит на вас с недоверием, и у него чаще всего возникает одна мысль – что методы, которыми его обследовали, оказались ненадежными. Это факт, с которым чаще всего сталкивается врач.

Но, с другой стороны, приходилось ли вам слышать, когда кто-то говорит, что от инфаркта миокарда умер такой-то, и тут же объясняет: «У него же были крупные неприятности на работе», или «Да у него же недавно умер сын!» Таким образом, в бытовом сознании если недуг касается лично себя, то боль всегда должна носить органический характер, а если тяжелое заболевание возникает у кого-то другого, то первое объяснение, к которому прибегают окружающие, – у него были крупные неприятности. Я не слышал, чтобы кто-то (не врач) сказал о покойнике: «Он не соблюдал диету, ел много мяса, преимущественно жирного, мало двигался, имел лишний вес, не исследовал свертываемость крови и не применял антикоагулянты».

И это несмотря на то, что бесчисленное количество источников информации, отвергая идею стресса как фактора, способного привести к острому инфаркту миокарда, выдвигают, напротив, именно те факторы риска, которые мы сейчас перечислили. Когда я работал в республиканском НИИ кардиологии (ныне Национальном центре кардиологии и терапии), возникла ситуация, иллюстрирующая этот феномен. На конференциях терапевтов мы часто говорили о психическом факторе как факторе риска сердечно-сосудистых заболеваний и встречали обычно слегка ироническое, а иногда и откровенно негативное отношение: «Это всё ерунда, всё дело в холестерине и бляшках». Но, как ни парадоксально, буквально на следующий день после одной из таких дискуссий ко мне подходит один из главных оппонентов психосоматической идеи и говорит: «Посмотрите, пожалуйста, моего брата; он вчера поступил в отделение с острым инфарктом миокарда. У него были проблемы, сына посадили – и вот результат». Тогда я задал ему вопрос: «Скажите, ваш брат – уникальное биологическое создание?» – «Почему?» – «Да потому, что только вчера вы публично заявляли, что все дело в холестерине».

Принятие психосоматической идеи – задача не простая и на сегодняшний день нерешенная, поскольку имеется достаточно много фактов, которые и подтверждают, и опровергают как психосоматическую концепцию, так и само понятие собственно психосоматических расстройств. Психосоматическая концепция построена на том, что в возникновении заболевания участвует психический фактор, иногда он играет доминирующую роль, а иногда – лишь вспомогательную. Попытки доказать психосоматическую природу заболеваний совершались в разных направлениях. В одних случаях это были экспериментальные исследования (на животных или добровольцах). Например, ситуация острого экспериментального стресса приводила к резкому повышению липидов, что следует рассматривать как нормальную адаптивную реакцию для энергетического подкрепления стресса. Вывод: если человек находится в состоянии хронического стресса, то количество жирных кислот, липидов будет повышено – так же, как и количество сахара в крови, что может послужить фактором возникновения как атеросклероза, так и сахарного диабета. Встречались клинические случаи, когда человек заболел сахарным диабетом в условиях войны, после тяжелого боя.

Большую популярность получило в свое время направление, в котором исследовалась личность людей, подверженных различным вариантам психосоматических заболеваний. Классическими считаются исследования американского психиатра Фрэнсис Данбар, которая описала несколько типов личности, подверженных психосоматическим расстройствам, а также травмам. В частности, так называемый «травматический тип», то есть люди, подверженные травмам. Описан и коронарный тип, причём это были яркие и красивые описания. Но и данные исследования вызвали немало возражений, возможно, потому, что оппоненты бессознательно не хотели признавать фатальности этой позиции. Каждый медик-исследователь хочет провести такое исследование, которое привело бы к открытию эффективных путей терапии или профилактики.

Назначение нашей профессии состоит в том, чтобы предупредить болезнь или хотя бы лечить. А когда описывается коронарный тип личности, то мы упираемся в факт, что у взрослого человека трансформация личности, которая привела бы к изменению всех слабых сторон, просто невозможна, и, следовательно, нам остается лишь констатировать свою беспомощность. Вслед за коронарным типом (30-е гг.) был описан уже не тип личности, а тип поведения (50–60-е гг.). Так, вышеупомянутые кардиологи М. Фридман и Р. Розенман описали поведенческий тип «А» – быстрый, амбициозный, нетерпеливый, стремящийся к успеху, склонный к соревновательности: «Стрелка их деятельности стоит на указателе «полный вперед!» У них быстрая речь и движения. Во время беседы они не дослушивают собеседника, как бы предполагая наперед все, что тот скажет». В отношении Ф. Данбар возражения строились на том, что коронарный тип был описан ею на небольшом количестве пациентов в госпитале Синайской горы: отсюда первое возражение – мало пациентов, второе – это были люди одной национальности (евреи) и, может быть, коронарный тип носит сугубо этнический характер.

При описании типа «А» и его связи с ИБС тоже возникли сомнения. Сам темп американской жизни, сама культура, где постоянно говорят об ориентации на успех, где одна из самых любимых историй – история о том, как некий человек продавал шнурки, а потом стал миллионером, – всё это подвигает людей к стремительности, соревнованию, борьбе! Это феномен американской

культуры. Однако были проведены исследования распространенности типа «А» в разных странах, в том числе в Литве и Кыргызстане, и оказалось, что его популяционная распространенность в странах, культурально очень далеких от США, всё равно достаточно близка американской.

В то же время изучение перестройки поведения с помощью поведенческой терапии показало, что её эффект весьма непродолжителен и через год угасает. Появились работы, доказывающие, что более длительная перестройка типа «А» возможна только у подростков. Это психосоматическое направление стало постепенно угасать.

Имелось в психосоматике и направление, касающееся сердечно-сосудистой патологии, – оценка числа жизненных стрессов. Для этого брали группы людей одного возраста, одного социального статуса и с помощью специальных опросников подсчитывали количество стрессов, которые каждая группа перенесла в течение года. Оказалось, что число жизненных стрессов у людей с инфарктом миокарда значительно выше, чем у тех, которые были здоровы. Но здесь вновь появляются возражения. Если в массовой культуре инфаркт связывают со стрессом, то, ретроспективно оценивая свою жизнь, я могу отнести к числу тяжелого стресса то, что человек, не перенесший инфаркт, к стрессу не относит. Кроме того, в основе этой концепции опять-таки лежит идея некоторой невозможности исправления ситуации, поскольку все мы можем оказаться в ситуации дистресса. И не в силах её изменить. Чтобы уменьшить дистрессовое реагирование, многим людям необходимо проходить специальные длительные тренинги, обучающие, как легче переносить дистресс.

И еще одно направление, которое проводилось Чикагским институтом психосоматики в 50-е годы, – исследования психоаналитического характера, где на большом количестве пациентов были описаны различные психодинамические механизмы, которые могут приводить к соматизации, т.е. реагированию тела в ответ на психологические проблемы. Однако кардиолог с трудом привыкает к языку обычной стандартной психиатрии, к тем же ДСМ-IV или МКБ-10, где даются достаточно простые психопатологические характеристики и подсчитывается количество значимых признаков, где диагноз уже унифицирован. Тем не менее, психиатрические дефиниции плохо воспринима-

ются кардиологами с их постоянной ориентацией на тело. Как вы думаете, сложные психодинамические идеи могли бы быть всерьёз восприняты кардиологом? Современная интернальная медицина просто не готова к принятию этих идей, несмотря на столетний опыт психоанализа. Кроме того, мы опять упираемся в то, что такие заболевания, которые называются психосоматическими (бронхиальная астма, сердечно-сосудистые, сахарный диабет), весьма распространены, а сама процедура психотерапевтической помощи рассчитана на длительную индивидуальную работу.

На сегодняшний день тема «психосоматические расстройства» утрачивает свое значение. С одной стороны, это логично, поскольку МКБ-10 справедливо и точно указывает, что не психосоматических заболеваний не бывает вообще, поскольку любое соматическое заболевание протекает у человека с учетом особенностей его личности и психики и индивидуальным личностным реагированием на заболевание не только телесно, но и психически. Если использовать этот термин, то справедливо будет говорить, что какие-то заболевания – сугубо психические, а какие-то – сугубо соматические, хотя мы видим, что в картине той же депрессии много соматовегетативных симптомов. Да и такое тяжелое психическое заболевание, как шизофрения, тоже имеет целый набор соматовегетативных нарушений. Кстати, самыми убежденными «психосоматиками» остаются даже не психоаналитики, а целители и знахари, которые признают, что рак «от глаза». Таким образом, термин психосоматика постепенно утрачивает смысл и на первый план выходят понятия «соматизация» и «аномальное поведение», связанные с болезнью.

Соматизация – это реагирование преимущественно соматовегетативными проявлениями психического дистресса и аффективными расстройствами. Феномен соматизации может быть доминирующим в группе соматоформных расстройств, или аффективных, – маскированная, или соматизированная, депрессия. Это расстройства (диагностированные как конверсионные, диссоциативные) моторных функций, паралич или афония либо другие неврологические и психические нарушения. Соматизация связана с двумя основными нарушениями – тревогой и депрессией. Причин, вызывающих соматизацию, достаточно много, и тогда она рассматривается как многофакторное явление. Одной

из первых причин можно назвать феномен алекситимии – неспособность выражать словами свои чувства и заменять описания чувств ощущениями: болит, жует, давит, жмет.

Я наблюдал пациентку, которая на вопрос: «Что вас беспокоит?», отвечала: «Болит голова». Самые тщательные расспросы о ее настроении вызвали недоумение, молчание, а потом вновь повторялся ответ: «Голова болит». Когда уточнялось: «А сильно ли болит голова?», – следовало: «Ну, так, болит». – «Но тогда почему вы два года не работаете?» – «Голова болит». Это была сельская жительница средних лет с сохранным интеллектом, но с полным отсутствием способности к словесному выражению своих чувств. После курса антидепрессантов и тренинга, ориентированного на преодоление алекситимии, головная боль прошла, и пациентка стала рассказывать о своих ощущениях. Таким образом, можно выделить еще один фактор – депрессия, чувство полной безысходности, которое блокирует, мешает обсуждать другие чувства.

Третий фактор – культуральные особенности. Описано, что в азиатской культуре феномен соматизации выражен значительно сильнее. Если в языке нет слова тревога, то как прикажете её описать? Через телесные ощущения – жмет, давит, болит? Алекситимия характерна для людей с низким социальным статусом, с невысоким уровнем образования. Соматизация чаще возникает у женщин, несмотря на миф о том, что женщины ярче говорят о чувствах, чем мужчины. Чтобы развеять этот миф, поступим просто: вспомним 20 фамилий писателей, которые умели описывать чувства и подсчитаем среди них количество женщин и мужчин. Разговор о чувствах не тождествен переживанию глубоких чувств. Так, тяжелая тоска описывается как ощущение тяжести на сердце. Больной не говорит, что у него тяжелая тоска, а объясняет: «У меня, доктор, камень на сердце, у меня жмет вот здесь».

Мне не раз приходилось работать с тяжелыми депрессивными больными. Встречались больные меланхолическим раптусом, которые в состоянии тревожной депрессии разрывали себе грудную клетку и обнажали грудину из-за невыносимой боли и страданий в области сердца. Это сопровождалось жутким воем! Единственно, что спасало и улучшало их состояние, так это электросудорожная терапия. Да, одно из самых частых объяснений

депрессии – ощущение «камня на сердце», а не рассказ о тоске, грусти и печали.

Еще одна причина – особенности воспитания. Если ребенок растет в семье, где мать решает свои проблемы с помощью головной боли, то появляется вероятность того, что и ребенок будет иметь головную боль – он получает урок того, как решать проблемы. В частности, когда у него не решается задача, он подходит к маме и просит помочь, та отвечает ему: «Отстань, у меня болит голова!» Или приходит папа и заявляет жене: «Мы живем не по средствам, ты слишком много тратишь». В ответ: «Давай поговорим в другой раз, у меня сегодня болит голова». Разговор не состоялся, а у мамы появилось новое платье. И это для ребенка служит примером того, как можно решать свои проблемы.

Одним из факторов соматизации является подкрепление, совершаемое врачом-интернистом: когда стремление к установлению диагноза приводит к хаотическому, нецеленаправленному обследованию, а это, в свою очередь, ведёт к закреплению симптомов. Увы, очень трудно перестраивать психологию врача. Только от молодого поколения можно ожидать принятия идеи соматизации. К сожалению, многие врачи старшего поколения относятся к ней негативно. Эта задача ляжет на ваши плечи, вы все, надеюсь, будете в этом участвовать. Прежнее отгораживание психиатрии от больного (мы сами по себе, вы сами по себе) заканчивается. Соматизация связана с еще одной врачебной загадкой: «Если в организме нет органических поломок, которые можно зарегистрировать, диагностировать, то кто такой пациент – ипохондрик или симулянт?»

Соматизация

Если вам за 50, вы проснулись и у вас ничего не болит, не щемит и не жмет, то, значит, вы умерли и находитесь в раю. Иногда я таким юмористическим способом утешаю пациентов: эта метафора вызывает улыбку, нередко убеждает больных вправе иметь болезненные ощущения. Человек может, проходя через определенные этапы жизни, вначале не обращать внимания на свои недуги и не уметь их прочитывать; или сам организм не дает таких ощущений, чтобы мы могли их определить. Но рано или поздно наступает период, когда мы уже можем «читать»

ощущения организма. Это – один из механизмов соматоформных расстройств.

Наличие выраженных и разнообразных, и полиморфных соматических симптомов, или, точнее сказать, соматовегетативных симптомов, делает необходимым дифференцированный подход к этим расстройствам. Когда вам предъявляют симптом, спросите себя, можно ли его отнести к разряду соматовегетативных или нет. Например, боли в области сердца или перебои, чувство замирания. Эти симптомы могут быть соматовегетативными, но могут свидетельствовать и об органической патологии. Если больной говорит, что у него бывает рвота, окрашенная кровью, то такой симптом никак не может быть отнесен к разряду соматовегетативных.

Составив перечень симптомов пациента, вы увидите, что они полиморфны и свидетельствуют или о наличии соматоформного расстройства, или об одновременном сочетании нескольких заболеваний. Что более вероятно? Скорее, первое. Однако диагноз соматоформного расстройства нельзя установить без предварительного обследования – чтобы исключить соматическое заболевание. И это обследование должно быть не хаотичным, а целенаправленным. Не поощряйте пациента выполнением просьбы, с которой нередко обращается соматоформный больной: «Давайте еще раз повторим анализ». Врачу порой так хочется побыстрее избавиться от надоевшего пациента, что он соглашается: «Давайте». Не поддавайтесь на это! Задайте простой вопрос: «Почему вы считаете, что результаты анализа недостоверны?» Если он скажет: «Ведь болит же по-прежнему», – это еще не аргумент. Вы должны тогда сказать: «Мы с вами оба ищем причину ваших болей, и причина, которая может быть определена проведенными анализами, уже исключена».

Аффективные расстройства при соматоформных болезнях проявляются умеренной тревогой и депрессией. Если вы станете расспрашивать больного с ГТР (генерализованное тревожное расстройство), то сможете выявить тревогу, хотя сделать это будет нелегко. Если начнете расспрашивать больного с соматоформным расстройством, то он может рассказать вам и о тревоге, и о депрессии иногда даже чаще, чем больной с маскированной депрессией или с тревогой, но даст свою интерпретацию: «А какое ж у меня может быть настроение при моем состоянии?»

В стандартные диагностические признаки соматоформных расстройств вошло еще одно аффективное нарушение – чувство агрессии по отношению к врачу. Однако агрессия соматоформных больных имеет не только эту мишень. Это вообще агрессия на мир, недовольство миром, не понимающим пациента. Если же говорить языком психодинамической психиатрии, то это своеобразная аутоагрессия – неприятие своего тела, вражда с ним. Если мы устанавливаем, что симптом соматоформного расстройства – агрессия, то следует подумать о том, как ее смягчить, но не транквилизаторами и не антидепрессантами. Необходима простая психотерапевтическая работа.

Первое, что для этого требуется, – принятие врачом истинности ощущений пациента. Когда мы говорим: «Простите, но как у вас может болеть сердце, ведь оно у вас здоровое», то на самом деле подразумеваем: «Слушай, ты нам морочишь голову», потому что у врача первичной медицинской помощи, который не обнаруживает объективных причин или органических расстройств, возникает мысль: «Значит, болезни нет». В этом случае он совершенно неправильно снимает саму возможность наличия тяжелых ощущений, связанных с психическим фактором. А ведь ощущения – это та правда пациента, которую врачу отрицать нельзя, и спорить с больным бессмысленно.

Работа с пациентом начинается с того, что вы верите и чувствуете ему, понимаете его ощущения, разделяете его опасения по поводу состояния здоровья. А затем начинаете осторожно подводить его к идее возможного психического происхождения симптома. Попробуйте поискать в его жизни ситуации стресса, на которые его тело реагировало. Попробуйте заставить его «пройти по своей жизни» и вспомнить, какие события вызывали эмоциональное напряжение, которое сопровождалось какими-то ощущениями типа «заколотилось сердце». Так, осторожно вы подводите пациента к идее, что психика реагирует и чувствами, и ощущениями, что наши чувства находятся не где-то снаружи или где-то в одном участке головы, а во всем нашем теле, что тело –местилище человеческих чувств, и на психический фактор оно реагирует тем, чем может, – соматовегетативными проявлениями.

Когда мы с вами подходим к идее того, что одним из главных причин соматоформных расстройств являются механизмы психологической защиты, не «нажимайте» на них. Когда пациент почти

осознает, что симптом ему «нужен» для решения той или иной проблемы, не формулируйте это в виде быстрого и короткого приговора: «У тебя болит голова потому, что ты не можешь решить свои личные проблемы». К сожалению, мы часто говорим как судьи, предъявляя пациенту претензии. Врач не должен выступать обвинителем пациента, зная, что одной из причин формирования механизма психологической защиты в виде соматизации может являться такой комплекс, как чувство вины. Это, кстати, самый активный механизм запуска агрессии.

Когда маленький ребенок разбивает чашку, то первым делом кричит: «Это он меня толкнул!» Данным способом он проявляет агрессию, чтобы снять с себя чувство вины. Такому ребенку я бы сказал: «Все чашки на земле рано или поздно разбиваются. Просто сделай так, чтобы они разбивались реже». И тогда мы убираем агрессию, а снятие агрессии – это конструктивное решение.

Есть еще один очень важный механизм, превращающий соматоформное расстройство в ту классическую форму невроза, которая описывалась на протяжении последнего столетия как расстройство, в основе которого лежит интрапсихический конфликт. Конфликт этот состоит из осознаваемых и неосознаваемых бессознательных мотиваций. Часто в соматоформных расстройствах присутствует элемент ятрогении. Суть её заключается в том, что врачи при взаимодействии с пациентом оказывают «давление» на бессознательную мотивацию соматоформного расстройства. Сознательная мотивация – это стремление к излечению от болезни. Малоосознаваемая мотивация или совсем бессознательная – стремление к удержанию болезни как способа решения проблем. Это можно рассматривать как главный психологический механизм, лежащий в основе соматоформных расстройств.

Соматизация является одной из самых главных проблем семейной медицины. Во-первых, это практическая задача врача первичной помощи, поскольку он работает, прежде всего, с соматизированными расстройствами. Кроме того, решая проблему соматизации, мы прокладываем путь к новому теоретическому осмыслению многих явлений в психиатрии.

Мы много говорили о депрессиях, в том числе о маскированной, которая проявляется соматическими симптомами. Мы уделили должное внимание тревожным расстройствам, таким, как генерализованные тревожные и панические. Многие симптомы

ГТР можно наблюдать и при маскированной депрессии. Дальше нам предстоит поразмышлять о собственно соматоформных расстройствах, симптоматика которых близка к тому, что наблюдается при тревожной депрессии. Допустимо сказать, что практически феномен соматизации может наблюдаться как при легких амбулаторных формах, так и при тяжелых психических расстройствах, таких, как шизофрения и тяжелая депрессия (в таком варианте, как меланхолическая депрессия).

Феномен соматизации встречается практически при всех психических расстройствах, кроме тех, при которых или резко снижен интеллект, или расстроено сознание (деменция или делирий), т.е. как бы убраны высшие координационные функции психики. Что же может лежать в основе соматизации, объединяя все эти разные расстройства? Это механизмы психологической защиты, которые функционируют в представлении пациента о своем заболевании, в создании субъективного образа болезни. Нелишне задать себе вопрос: «Почему пациенты строят такой соматизированный образ?» Это связано с иерархией ценностей человека. В ней на одном из первых мест стоит стремление к контролю, возможность контроля своего «Я» и окружающего мира. Если говорить проще, это стремление не быть марионеткой, куклой, которой руководит кукловод. Даже когда человек передает контроль над собой другому человеку, то он отдает его тому, кому абсолютно верит и считает, что тот будет правильно им руководить.

Так реализуется и стремление к получению оптимального контроля в медицине. Все люди предполагают, что они имеют представление о своем теле. Один из моих диссертантов выполнил работу, в которой показал, что люди на самом-то деле плохо знают свое тело, но, тем не менее, уверены в своих знаниях. А уж свой психический мир человек знает еще хуже, часто представляя его как нечто загадочное. В реальной жизни человек убеждается в том, что он не может контролировать свою психику постоянно. С телом этого добиться проще. Например, мы хотим достать предмет, протягиваем руку и берем его, убеждаясь в том, что наше тело контролируемо. Хотим занять другую позу – и тело подчиняется нам. Но как часто мы не можем освободиться от какой-то навязчивой мысли, хотя пытаемся это сделать! Реальная жизнь человека ещё до того, как у него возникает психическое расстройство, приводит его к идее, что он функционирует в двух сферах:

в одной – контролируемой, и в другой – неконтролируемой, загадочной, неизвестной. Какое чувство вызывает неизвестная зона? Тревогу и страх. А потому она становится местом уязвимости, где находится самая большая опасность. Поэтому с помощью психологических защит совершается перенос проблем в тело, а не в загадочную душу.

И, наконец, эти защитные механизмы срабатывают ещё и потому, что существует феномен стигматизации психических расстройств. Человек, имеющий больное сердце, не стигматизирован. Он может иметь ограничения (например, если служит в авиации или спецназе, где требуется хорошее здоровье), но даже в этом случае болезнь сердца не стигматизирует его в глазах общества. Более того, болезни сердца не делают человека изгоем, а, наоборот, часто способствуют получению им социальной поддержки и подкрепления: «Ой, не берись ты за эту работу, у тебя же сердце и давление!» Психическое же нездоровье всегда стигматизирует человека, а это еще один из механизмов, который переводит картину психических расстройств в область соматизации, а субъективный образ болезни пациента делает соматизированным.

Для того чтобы смягчить удар, т.е. проблему психического расстройства, имеются и другие способы. Например, полное отрицание – «не болит». Универсальный прием, к которому прибегают многие люди, когда испытывают чувство вины, – обвинение окружающей среды. Действительно, у человека может возникнуть чувство вины, когда он считает, что его психическое расстройство связано с его неполноценностью, слабостью характера и т.п. Тогда идея виновности социального окружения возникает для того, чтобы избавиться от чувства собственной вины, идеи неполноценности своего характера, генетической неполноценности.

Больные шизофренией, отрицая у себя в качестве симптомов болезни галлюцинации или странные мысли, считают, что их болезнь носит соматизированный характер, имея в виду в качестве картины болезни симптомы нейролептического синдрома (побочный эффект от приема нейролептиков). Когда больной шизофренией в числе симптомов называет головную боль и нарушения сна, в качестве причины заболевания – эмоциональный стресс, вызванный другими людьми, в качестве способа помощи себе не выдвигает поиск новых лекарств, а просит обращаться с ним щадяще и избавлять его от эмоционального стресса, то это

нельзя расценивать как отсутствие критичности. Просто он снимает проблему с себя и переносит ее на окружение. Так работают механизмы психологической защиты. И это еще одно из важных доказательств возникновения универсальности механизмов соматизации.

Д. Голдберг и его соавторы (1999 г.) в своей классификации предложили разделять соматизацию на три варианта: острая (паническое расстройство), подострая (маскированная депрессия и ГТР) и хроническая (соматоформные расстройства).

Основными жалобами, которые будут предъявляться при соматоформном расстройстве, станут те, что связаны с вегетативной дисрегуляцией. Основным стремлением соматоформного пациента является желание любым путем добиться двух вещей: первое – установления диагноза соматического заболевания как объяснения причин этих симптомов; второе – получения помощи, излечения.

Активность предъявления жалоб, настойчивость в требовании дополнительных диагностических исследований меньше всего выражена при маскированной депрессии, в большей степени при ГТР и паническом расстройстве, а наиболее сильно – при соматоформных расстройствах. Больных с этими расстройствами можно назвать «борцами за здоровье», причем неукротимыми. Если при паническом расстройстве с редкими паническими атаками больные не часто обращаются за помощью или обращаются тогда, когда приступы утяжеляются, возникают агорафобия и охранительные формы поведения, то лица с соматоформным расстройством очень активно и настойчиво требуют внимания и лечения. Когда к врачу первичной медицинской помощи приходит такой пациент, то, как правило, он уже самостоятельно обследовался в диагностическом центре и вы получаете пачку медицинских документов, где чаще всего нет указаний на какие-либо серьезные расстройства.

Первый совет, который вам следует выполнить, заключается в следующем, если даже вы убеждены, что у больного – соматоформное расстройство, что эти диагностические обследования излишни, не пожалейте времени, внимательно просмотрите его документы. Спросите, чему он больше верит: клиническому интервью, в котором вы, общаясь с ним, узнаете симптомы и чаще всего правильно диагностируете болезнь, или параклиническим

исследованиям (различным анализам, аппаратным исследованиям). Чаще всего пациенты доверяют второму. Человек может ошибаться, а машина – нет. Но чему доверяет наш пациент? Прежде всего, своим ощущениям. Поэтому он хочет, чтобы вы выслушали его рассказ об ощущениях и внимательно просмотрели принесенную документацию.

Внимательная работа с этими данными может привести вас к решению о необходимости дополнительных обследований, однако каждое назначение должно носить целенаправленный и сформулированный характер. Необходимо оценить симптом и создать систему целенаправленной параклинической процедуры – тогда обследования сократятся. А это всегда – экономия денег вашего пациента.

Если при обследовании обнаруживаются минимальные отклонения в каком-то из анализов (например, у больного с болью в области сердца – минимальные отклонения на электрокардиограмме, которые можно иногда трактовать как патологические, а иногда как норму), то врач чаще склонен к постановке диагноза органического расстройства. При минимальных отклонениях он хватается за них, как утопающий за соломинку. Дальше происходит следующее: назначается лечение, а результатов нет, пациент или собственным путем, или путем агрессии на врача первичной помощи требует вмешательства вышестоящих медицинских начальников. Начинается сложная диагностика и выставление редких диагнозов.

Первое время соматоформный больной рад – нашли причину! Однако результатов по-прежнему нет. Затем идет хождение по специалистам – с нарастающей агрессией, усиливающейся неприязнью к врачам. Поскольку еще одним из признаков жалоб соматоформных пациентов является полиморфизм клинической картины и жалобы меняются, то пациент приходит и говорит: «Да, болей стало меньше, но зато как в животе крутит!» Реакция врача первичной медицинской помощи: «Так, с сердцем у тебя все нормально, теперь беремся за твой желудок». Потом возникает головная боль напряжения – и у нас есть в запасе мануалист, т.е. ходить по врачам можно до бесконечности!

За 40 лет врачебной практики я могу на пальцах пересчитать, когда врач первичной медицинской помощи сказал бы: «Вам желательно проконсультироваться у психотерапевта». Если это

узкий специалист высокого класса, он значительно чаще назначает подобную консультацию, а вот врач первичной помощи предполагает это как наказание: «Ты же ненормальный, тебе надо к психиатру, ты не можешь взять себя в руки, и это видно невооруженным глазом!» Иногда он этого не говорит, но всё на лице написано.

Мы занимаемся с вами новой психиатрией. Больные шизофренией, с грубыми расстройствами поведения, все равно появятся в поле зрения психиатров. Больной с тяжелой депрессией обязательно окажется в психиатрическом стационаре. Громадное количество соматизированных пациентов остаются людьми с низким качеством жизни, глубоко разочарованными в медицине и пополняющими ряды посетителей знахарей, целителей, экстрасенсов.

Одной из причин столь трудной работы врачей с соматоформными больными является искаженный образ здоровья. Образ здоровья – это своеобразный максимализм: человек не должен испытывать в своем теле никаких ощущений, он должен не ощущать своего тела, оно не должно ему ни о чём сигнализировать. Вот тогда это здоровье, а если есть сигнал, то это – опасность!

Лекция 21. СОМАТИЗАЦИЯ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА

На прошлой лекции, говоря о соматизации, я обозначил несколько признаков этого феномена, но есть еще и другие – те, которые выделяют Дэвид Голдберг с соавторами.

1. Больной не связывает свои аффективные проявления с имеющимся у него соматическим симптомом, концентрируясь, например, на боли, поскольку именно она доставляет ему страдания.

2. Причина соматизации, по мнению вышеуказанных авторов, в опасениях больного, что боль может указывать на какое-либо серьезное соматическое заболевание. Поэтому он уделяет ей все большее и большее внимание, что ведет к ее дополнительному усилению. Мы можем считать эту реакцию вполне адекватной, с точки зрения пациента, ибо он реализует одну из основных функций боли – ее сигнальное значение. Ведь боль, помимо страдания,

несет еще и сигнальную функцию. С первых дней своей жизни ребенок реагирует на болевые ощущения призывом к помощи: испытывая боль, он плачет. Лишь позднее в системе воспитания ребенка могут возникнуть запреты на предъявление боли окружающим. Например, в системе спартанского воспитания, когда ребенку, особенно это касалось мальчиков, родители могли сказать: «Никогда не показывай, что тебе больно. Люди злы, они радуются, когда другим плохо. Не доставляй же им этой радости».

Но может быть и другая система воспитания, где ребенка осуждают за то, что он не предъявляет боль и тем самым несвоевременно получает медицинскую помощь либо помощь и сострадание родителей. Такая система воспитания направлена совсем на другое: «Предъяви боль – и ты получишь помощь и поддержку».

Я думаю, что адекватная система воспитания ребенка по отношению к боли лежит где-то в середине: «Предъявляй ее конструктивно тому, кто может оказать тебе поддержку». Но даже при таком конструктивном подходе возникает ориентация на предъявление боли врачу, т.е. тому человеку, который является экспертом в этой области. Поэтому даже конструктивная система воспитания ориентирует человека на то, что боль – это симптом опасности и если она интенсивна или продолжительна, как и бывает при соматоформных расстройствах, то ее следует предъявлять врачу.

3. Больной может считать (и так чаще всего бывает), что возникшие эмоциональные, психологические проблемы касаются только его лично, что духовная, психическая жизнь – это не проблема врача, и уж явно не врача первичной помощи. Но, к сожалению, врач первичной помощи тоже часто именно так считает: к нему надо «приносить» тело или какую-то часть тела (руку, ногу, сердце...), но только не душу, для которой есть специальные врачи – «мозговеды», «душелюбы». С точки зрения пациента, не надо вообще предъявлять тревогу, депрессию или какое-то иное расстройство психического характера, потому что он (так же, как и врач первичной помощи) не рассматривает себя как целостное образование.

Говоря медицинским языком, он не владеет холистическим, целостным, психосоматическим подходом, не допускает связи между душевными страданиями и телесными. И, тем не менее, он может предполагать, что телесное страдание (к примеру, боль)

ухудшает настроение, делает его грустным и печальным. Такую связь пациент понимает, считая ее вполне адекватной, и это действительно может быть правдой. Но допустить, что физическое страдание в своей основе может иметь психическое или эмоциональное расстройство либо неразрешенную личностную проблему, пациент обычно не может.

К сожалению, когда врач работает с таким пациентом, он стоит на аналогичных позициях и устранение соматических симптомов относит к компетенции врача первичной помощи, а не психиатра. Как у врачей, так и у больных понятие «психиатр» или «психотерапевт» редко ассоциируется с понятием «врач». Поэтому больной предъявляет врачу первичной помощи то, что считает самым важным для врачебной компетенции. Позиция же врача первичной помощи, считающего, что в его функции входит лечение тела, а не целостного пациента, является одной из форм подкрепления соматизации, её закрепления. Врач в глазах многих пациентов – компетентный эксперт. Пациент готов признать его компетентность, поскольку нет другого выхода. То же самое происходит, когда у нас прорвалось водяное отопление. Мы вызываем сантехника и не требуем предъявить сертификат его профессиональной готовности. Если он говорит, что является сантехником, мы просим спасти нас от затопления. Точно так же, обращаясь к врачу первичной помощи, пациент, как бы ни относился к нему (с уважением, доверием, с пиететом или, наоборот, весьма пренебрежительно), в момент обращения рассматривает врача как компетентного эксперта. И если этот эксперт разделяет его позицию, то вслед за этим идет закрепление этой позиции, закрепление соматизации.

Данный факт можно рассматривать как вариант ятрогенных заболеваний. Не случайно исследователи считают, что почти во всех соматоформных расстройствах есть определенная доля ятрогении. У одного пациента она больше, у другого меньше, а иногда – очень значительна.

Приняв концепцию соматического заболевания, врач вновь и вновь направляет пациента на какие-то обследования, организует его бесчисленные консультирования, не имеющие серьезной продуманной основы. В результате же происходит закрепление соматизации. Эти направления на новые, дополнительные исследования, весьма хаотичные и бессистемные, являются свидетель-

ством психологических проблем самого врача. Иногда чем добросовестней врач, тем продолжительнее будет обследование, тем через большее количество специалистов пройдет пациент, поскольку врач испытывает чувство вины из-за того, что не может поставить диагноз и реально помочь страдающему человеку.

4. Предполагается, что соматизация имеет тенденцию к накоплению в семьях. Причины этого можно рассмотреть через поведенческую концепцию данного феномена. Ребенок копирует, моделирует поведение взрослых, которые с помощью соматизации получают какие-то облегчения. Например, девочка-подросток не идет в школу, потому что на протяжении многих лет она видела, как мама решала какие-то проблемы с помощью головной боли. И она, заметим, вовсе не симулирует головную боль. Речь идет не о симуляции, а о головной боли напряжения. У девочки трудная ситуация – контрольная работа, к которой она не готова. В результате возникает страх и, как следствие, – головная боль напряжения, избавляющая школьницу от контрольной работы.

Накопление в семьях строится на обучении поведенческим стереотипам. Можно предположить и другие объяснения обсуждаемого феномена. Первое из них – генетическое, согласно которому существует определенная наследственная предрасположенность к возникновению соматоформных расстройств. Второе – психодинамическое, связанное с функционированием защитных механизмов. Например, механизма интроекции значимого взрослого. Если болезненное поведение ребенка получает подкрепление со стороны взрослых, то это является еще одним стимулом к закреплению соматизации. В какой-то семье скажут: «Голова болит – значит думает. Шагай вперед в школу!», а где-то, напротив, сочувственно скажут: «Конечно, отлежись».

5. Страх стигматизации. В моей практике был случай, который может послужить иллюстрацией этому феномену. В так называемом 4-м Главном управлении (учреждении, где лечились партийные и правительственные чиновники) один из консультантов-кардиологов попросил меня посмотреть больного, который лечился от ИБС. У терапевта возникли сомнения в этом диагнозе. Я со своей стороны провел консультацию и установил диагноз «соматизированный невроз», после чего много работал с этим больным. В результате его состояние улучшилось, но он написал жалобу, в которой говорилось, что я признал его плохим ра-

ботником, потому что, дескать, в ЦК у всех хороших работников стенокардия, а ему поставили какой-то невроз. Значит, я обвинил его в том, что он плохой работник.

Жалоба пошла в Министерство здравоохранения и следовало отвечать. Конечно, никто меня не наказал, все со смехом разбирали эту историю. Оказывается, можно гордиться стенокардией как орденом за трудовые заслуги и бояться диагноза «невроз» как показателя того, что ты бездельник. Что ж, я по-прежнему думаю, что немало людей испытывают такой же страх, хотя в настоящее время, в связи с усложнением нашей жизни, многие пытаются скрывать даже диагноз «стенокардия» из-за страха потерять работу.

6. Одним из основных механизмов соматизации является функционирование психологической защиты и возникновение у пациентов с соматоформным расстройством того, что до недавнего времени рассматривалось многими психиатрами в качестве основы возникновения невроза. Это – интрапсихический, или внутриспсихический, конфликт, конфликт двух противоположных желаний, двух противоположных мотиваций, находящихся в разных сферах нашей психической деятельности. В сознательной сфере – это страх перед болезнью и стремление избавиться от неё (давайте условно назовем его нозофобией). А в бессознательной (по мере того как больной проходит процедуру взаимодействия с врачами, семьей, обществом и начинает что-то понимать в себе) – малоосознанное стремление к удержанию болезни для получения её положительного или позитивного смысла.

Несмотря на очевидность понятия «позитивный смысл болезни», у врачей, в частности у врачей первичной помощи, существует двойственное отношение к данному феномену. Пациент рассматривается как симулянт, который сознательно хочет получить какие-то выгоды, имитируя болезнь или явно преувеличивая ее. Сегодня, хотя социальная поддержка и льготы практически отсутствуют, врачи продолжают воспринимать это стремление к удержанию болезни как вполне осознанное. Это главная проблема, которая приводит к трудностям взаимодействия с соматоформными пациентами, к неадекватному взаимодействию с ними врачей и к подкреплению болезни из-за нежелания пациента считаться симулянтом.

Выделяют понятия: первичная, вторичная и третичная выгода от болезни. Если врач первичной помощи не может поставить

точный диагноз и исцелить больного, то это вовсе не значит, что пациент сознательно не хочет излечиться, «не желает взять себя в руки», а специально имитирует болезнь. Для психиатров понятие «позитивный смысл болезни» тоже иногда с трудом воспринимается, особенно в отношении соматического заболевания. На защитах диссертаций моих учеников, которые выполнили целую серию исследований по психосоматике, многие консервативные психиатры заявляли, что это полный бред. Дескать, как можно иметь позитивный смысл от гипертонической болезни, как можно иметь его от той же стенокардии? И как-то в гневе один из молодых диссертантов воскликнул: «Человеку легче сказать, что у него болит сердце, чем принять, что он – старый дурак».

Что такое первичная выгода? Это когда с помощью соматизированной картины болезни больной может уйти от своих личностных проблем. Я уже рассказывал вам о пациентке с головной болью и сложными взаимоотношениями с мужем, которые она не решала, так как такое решение было для неё очень трудным. Она говорила: «Снимите мне головную боль, а всё остальное я решу потом, когда буду здорова». Действительно, можно иметь массу проблем, которые мы вправе не решать, потому нездоровы; значит, можно отложить какое-то трудное решение до момента своего выздоровления. Это, пожалуй, главный механизм, участвующий в соматизации, и основной механизм положительного смысла болезни.

Когда говорят об этом смысле, то делают упор на вторичной и третичной выгоде – на получении социального послабления, разрешении каких-то трудностей с помощью болезни (например, получение какого-то пенсионного пособия, уменьшение объема выполняемой работы, снятие каких-то обязанностей и, наконец, просто получение эмоциональной поддержки людей, которую до этого человек не имел).

Современная гуманизация общества усиливает или может усиливать вторичную выгоду от болезни. На Западе дети с умственной отсталостью иногда получают гораздо больше поддержки и любви родителей, чем обычные ребяташки. Вероятность быть усыновленным в обеспеченной семье для ребенка с умственной отсталостью гораздо выше, чем для психически здорового, потому что люди считают: в первую очередь нужно помогать тем, кто в худшей ситуации, кому труднее. Создаются

разнообразные фонды, различные государственные институты, которые должны поддерживать людей, имеющих проблемы со здоровьем. Это, в свою очередь, может усилить тенденции к вторичной выгоде болезни.

В разделе соматоформных расстройств мы говорим о бессознательной вторичной выгоде болезни, которую можно обозначить девизом «Любят, потому что больно. Жалуют, потому что больно. Помогают, потому что больно». Я считаю это справедливым, поскольку больным нужно помогать.

Есть и понятие «третичная выгода болезни», когда выгоду от неё получают другие люди (например, члены семьи). Мы говорим здесь опять-таки о бессознательных механизмах выгоды, а не о тех, когда семья боится, что больной поправится, поскольку льготы, которые он получает, распространяются и на семью. Например, супружеская пара не имеет детей. У жены – заболевание, связанное с соматоформным расстройством. Для мужа она становится тем самым ребенком, которого он так мечтал иметь, которого он может ласкать, любить, давать все те льготы, которые получают дети. Нельзя маленькому ребенку сказать: «Сходи-ка на базар», поэтому муж идет сам. Нельзя маленького ребенка заставить приготовить обед, и муж учится это делать самостоятельно. В формировании третичной выгоды лежит потребность оказывать покровительство.

Есть еще одно чувство, способное приводить к третичной выгоде – чувство вины. Допустим, жена всю жизнь изменяла мужу, и у него стало болеть сердце, а врачи никак не могут поставить диагноз стенокардии. И вот жена приходит к выводу, что это именно она «довела» его до болезни. Она искупает свою вину тем, что дежурит ночами около него, реагирует на каждый его стон. Чувство вины функционирует здесь в форме так называемого реактивного образования – механизма психологической защиты, когда человек получает те льготы, ту поддержку, которые не адекватны ситуации, но соответствуют чувству вины другого человека.

Врач первичной помощи, и особенно семейный врач, это не только специалист, который лечит тело, – он может давать и советы психологического характера. В частности, по воспитанию детей (не вообще, а в частности!), чтобы предотвращать формирование соматизации. Например, он может сказать, что когда ре-

бенок болен, то, возможно, не стоит покупать ему игрушек, которых он не получил бы, будучи здоровым. Игрушка покупается или как вознаграждение (есть такой способ подкрепления: сделал что-то хорошее – получи награду!), или к определенному празднику, когда в семье существует традиция дарить подарки. Ребенку можно купить апельсины, если они в этой семье не ежедневный продукт питания. Их можно приобрести, когда врач скажет, что апельсины полезны в данном случае и ускорят выздоровление ребенка. Но покупать апельсины каждый раз, когда он заболевает, значит, формировать условный рефлекс: «Хочешь апельсин? – Заболей! Хочешь ананас? – Заболей сильнее! Хочешь новые джинсы? – Болей как можно сильнее!» Есть же семьи, где дети что-то получают, только будучи больными. Все это может и должен объяснить семейный врач.

Регистр аффективных соматизаций

Можно выделить регистр похожих расстройств: тревога, депрессия, тревожная депрессия, соматоформные расстройства. Границы между ними весьма условны или достаточно условны. Потому что понятие «тревожно-депрессивное расстройство», существующее в МКБ-10, как бы официально закрепляет этот возможный, непрерывный спектр расстройств от тревоги до депрессии. Большинство соматоформных расстройств, которые рассматриваются в разделе F45 МКБ-10 (такие, как соматизированное болевое расстройство, недифференцированное соматоформное расстройство, соматоформная вегетативная дисфункция), прежде чаще относились к истерическим расстройствам, рассматривались именно в этих рамках. Понятия «истерическое расстройство», или «истерическое нарушение», «истерический невроз» ушли из новой классификации и частично были заменены диссоциативными (конверсионными) расстройствами. Причем к этой группе сейчас относятся только те расстройства, которые можно классифицировать в рамках псевдоневрологических или псевдопсихических расстройств (под «псевдо» понимаются не ложные, а особые расстройства). Это расстройства речи, моторики, сознания (например, Ганзеровский). Синдром Ганзера – нарушение сознания, возникающее в ситуациях острого стресса. Чаще всего это так называемый тюремный психоз.

У психиатров, несмотря на то что диссоциативные расстройства ограничены сферой именно неврологических нарушений или нарушений психического характера (к примеру, диссоциативная амнезия или диссоциативное расстройство сознания), сохраняется тенденция относить проявления соматического характера к диссоциативным расстройствам. Думаю, до сегодняшнего дня эта тенденция пока еще сохраняется. Врач-психиатр работает с соматизированным расстройством либо в рамках соматоформного расстройства, либо в рамках соматизированной, маскированной, депрессии или тревожных соматизированных расстройств, таких, как генерализованное тревожное расстройство (ГТР), смешанное ГТР и паническое расстройство с редкими атаками. Но если панические атаки часто сочетаются с агорафобией, то тогда редко ставится диагноз диссоциативного расстройства. При ГТР, особенно если пациент имеет истерический личностный радикал, появляется вероятность «заработать» диагноз диссоциативного расстройства, хотя у больного и нет невротических нарушений. Поэтому данное заболевание относят к рубрике «смешанное диссоциативное расстройство» (СДР), хотя на самом деле СДР существует сочетание нескольких видов четко описанных диссоциативных расстройств (например, диссоциативная амнезия, диссоциативное расстройство движений, диссоциативная амнезия такого же характера плюс слепота либо диссоциативный мутизм).

Собственно соматоформные расстройства – это те, в которых главным признаком являются болевые, сенестопатические ощущения. Внимание пациента ориентировано на них, и в качестве жалобы он предъявляет, прежде всего, ощущение, а не диагноз. За диагнозом больной приходит к врачу, где рассказывает о своих ощущениях и спрашивает, что это за болезнь. Основа собственно соматоформных расстройств в узком смысле этого слова – это ощущения, связанные главным образом с соматовегетативной дисфункцией. Такие строящиеся на вегетативных дисфункциях ощущения минимизируют (уменьшают) тревогу и депрессию, что позволяет отличать их от соматизированных тревоги и депрессии.

Ипохондрия есть, прежде всего, когнитивное расстройство – это мысль, идея, в которой диагноз уже сформулирован самим пациентом. Когда к вам приходит человек с соматоформным расстройством, он «приносит» свои ощущения, «приносит» симптом,

но обычно не ставит диагноза. В лучшем случае – предполагает расстройство какого-нибудь органа (например, сердца, кишечника) или вообще не может понять, что же это за болезнь, при которой и сердце болит, и живот мучает, и все тревожит. Как сказал один врач: «У этого пациента общий спазм всего организма». Хороший диагноз. Если его расшифровать, то он выглядит достаточно правильным. Вскоре этот больной умер от острого инфаркта миокарда, и «общий спазм» оказалось возможным перевести как «очень сильный соматизированный дистресс». Действительно, у этого человека была тяжелая проблема, соматизированная на уровне органики, проблема предательства со стороны самых близких людей. «Общий спазм всего организма» – метафора, но по сути своей очень точно!

При соматоформном расстройстве больной знает, что у него «поломана» какая-то одна система. Допустим, он, предполагает, что это ЖКТ, или спрашивает, что же это за болезнь такая, когда все болит.

При ипохондрии же к вам приходят уже с диагнозом. Причём боятся, что вы его подтвердите, и одновременно хотят этого подтверждения, чтобы получить желаемую помощь. Поэтому пациент с ипохондрией часто оперирует не симптомом, а диагнозом. На вопрос: «Что вас беспокоит?», следует ответ: «Стенокардия». Потом выясняется, что стенокардию анализы не подтверждают, и он пришел лишь за одним – чтобы я сказал, что это не психическое расстройство, а именно стенокардия, что ее надо по-другому лечить, а до этого его лечили неправильно.

Вот почему ипохондрия, скорее, идея, которая тоже в определенной степени строится на ощущениях, но последние не являются доминирующим симптомом болезни. Если взять соматоформное расстройство и ипохондрию, то какие аффективные нарушения будут лежать в основе этих заболеваний? Соматоформное расстройство, в случае которого пациент ищет болезнь, ищет её название, ее точное обозначение, не получает у врача предполагаемого диагноза, а, следовательно, и терапии, помощи. Тогда какое чувство он должен испытывать? Тревогу! А во что будет трансформироваться эта тревога у бьющегося за помощь больного, но не получающего ее? В агрессию! Поэтому соматоформный пациент агрессивен, а человек, который сам себе поставил диагноз «рак», – депрессивен или у него тревожная де-

прессия. Какой пациент, на ваш взгляд, будет более активен в поисках помощи – с соматическим или соматоипохондрическим расстройством. Больной с соматоформным расстройством агрессивен, он борец. Отсюда разные мишени биологической терапии и психотерапевтической работы. В основе этого нарушения лежит интрапсихический конфликт, в котором иногда преобладает нозофобия (при очень сильных болевых ощущениях), следовательно, и агрессия. При снятии или уменьшении болевых ощущений доминирует нозофилия.

При ипохондрии этот нозофилический конфликт размыт, нет ни четкой нозофилии, ни четкой нозофобии. Поскольку расстройство строится не на ощущениях, а на мыслях, то все-таки доминирует нозофилический компонент интрапсихического конфликта. Так как при ипохондрии чаще отмечается депрессия, то установка пациента – это позиция не борца за здоровье, а человека, принявшего на себя роль жертвы среды, жертвы врачей и медицины.

Соматоформный больной больше вглядывается в мир, от которого он ждёт установления своего диагноза. Пациент с ипохондрическим расстройством чаще смотрит внутрь себя, отыскивая признаки своей правды. Соматоформный пациент пишет жалобы на врачей; больной с ипохондрическим расстройством – нет или очень редко.

Мы говорим о достаточных условностях этих расстройств. Нельзя сказать, что одно отделено от другого жесткой стеной. Конечно, есть смешанные, размытые переходные формы, но мы говорим сейчас о полюсах – самом чистом соматоформном и самом чистом ипохондрическом расстройстве. В реальной жизни вы будете сталкиваться с какими-то их комбинациями.

Лекция 22. КОПИНГ-МЕХАНИЗМЫ, ИНТРАПСИХИЧЕСКИЙ КОНФЛИКТ, ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПРИ СОМАТИЗИРОВАННЫХ РАССТРОЙСТВАХ

На предыдущей лекции мы с вами говорили о регистре соматизированных расстройств, начиная от тревоги и заканчивая соматоформными расстройствами, в том числе в такой классификации, которая важна не только для врача первичной медицинской

помощи, но и для врача-психиатра. Если продлить этот регистр дальше, возникнет понятие «симуляция». Эта схема может быть переформирована, и раздел соматизации можно продлить разделом симуляции. Мы получаем регистр, где на одном полюсе – тревога, в которой реализуется практически один психологический механизм: страх, стремление избавиться от страданий в случаях, когда эта тревога носит острый или чрезмерный характер.

В случае если в результате хронического течения тревоги начинают возникать так называемые копинг-механизмы, или механизмы совладания с болезнью, возможно начало формирования интрапсихического (внутрипсихического) конфликта, т.е. того механизма, в котором участвуют нозофобия, нозофилия и чувство вины. По мере длительного течения болезни или заболевания, угрожающего жизни, человек неминуемо должен найти какие-то формы приспособления к ним. Понятие копинг-механизма (механизма совладания) было введено Р. Лазарусом (1966 г.), одним из исследователей стресса. Он выделял следующие основные механизмы совладания: отрицание, настороженность, уклонение и внесение радикальных изменений в образ жизни.

При хронической тревоге, как правило, возникают некоторые из этих копинг-механизмов. Так, при агорафобии это проявляется в форме функционирования настороженности, так же, как приспособление к стрессовым ситуациям носит характер уклонения. Последнее является наиболее активным копинг-механизмом при агорафобии. Обсуждаемые механизмы наиболее характерны для панического расстройства, потому что именно при этом нарушении наиболее активно реализуются варианты приспособления в виде ригидных форм поведения, связанных, как правило, с агорафобией.

При генерализованном тревожном расстройстве выраженных охранительных форм поведения практически не наблюдается и из копинг-механизмов наиболее активными становятся настороженность и внесение радикальных изменений в свой образ жизни. В случаях, когда эти копинг-механизмы получают социальное подкрепление, может формироваться не столь четко очерченная, как при соматоформных расстройствах, начальная форма интрапсихического конфликта.

Его формированию способствует не только активная социальная поддержка, но и в большей степени изменение стратегии

поведения окружающих. Нередко это бывает стимулировано недостаточно адекватными рекомендациями врача. Например, врач может сказать мужу пациентки: «Знаете, во многом вы сами виноваты, вы избаловали вашу жену и способствуете тому, что она получает определенные льготы от своей болезни. По сути, освободили её от многих трудностей в жизни, она привыкла к тому, что эти трудности обходят ее стороной. Вам следует изменить свою тактику. Возьмите ее в «жесткие рукавицы»».

Увы, в нашей культуре взятие в «жесткие рукавицы» иногда воспринимается мужчинами совершенно буквально, т.е. если пациентка захочет прийти к вам после этого «взятия», то вы можете увидеть у нее синяк под глазом. Это и есть «жесткие рукавицы». Муж пришел от врача и сказал, что ему всё надоело, что она ничерта дома не делает, тогда как он и работает, и несет на себе все домашние обязанности, но с сегодняшнего дня она должна взять домашние дела на себя – как ему посоветовал врач. А жена в ответ: «Да как же так можно?! Что это за дурак, который советует так обращаться с больным человеком?!». И тогда конфликт может оказаться настолько серьезным, что появляется синяк. Думаю, что если после этого пациентка и появится у врача, то лишь с одной целью – высказать ему свое негодование.

В этом случае, при быстром, стремительном, агрессивном пресечении нозофилических тенденций, мы, как правило, получаем их усиление, потому что идет активизация чувства вины. Агрессия окружающих по отношению к нозофилическим тенденциям (на бессознательном уровне) воспринимается как достаточно законный упрек среды, что ведет к усилению чувства вины.

При соматизированной депрессии самыми частыми механизмами, отражающими её психопатологию, являются уклонение и внесение радикальных изменений в жизнь. Это связано с утратой интереса, утратой активности и низкой самооценкой. Из всех соматизированных расстройств соматизированная депрессия наименее подвержена формированию интрапсихического конфликта. Его возникновение более вероятно в том случае, если имеют место тревога и длительная депрессия. Когда организм, а не только личность человека, стремится справиться с тревогой, то действует принцип: «Для снятия тревоги все средства хороши, лишь бы добиться уменьшения того, что представляет биологическую угрозу для жизни».

Формирование же нозофилии у больных с маскированной (соматизированной) депрессией затруднено из-за снижения интереса к жизни, отсутствия активного стремления к поддержке. Если имеется тяжелая психотическая депрессия, в самом ее максимальном выражении – депрессивном ступоре, то это – просто отказ от общения с миром. Это уже принятие не той роли, которая характерна для всех подобных расстройств – роли больного, а совсем другой – роли человека, готовящегося и приговорившего себя к смерти.

Какой бы легкой ни была депрессия, элемент снижения интереса к жизни всегда есть, иначе утрачивается весь смысл понятия «депрессия». И именно этот симптом блокирует формирование невротического интрапсихического конфликта.

При соматоформных расстройствах используются все копинг-механизмы. Они достаточно активны, и преобладание одного или двух из них определяется такими факторами, как личностные особенности пациента, характер социальной среды и социальных условий, в которых находится пациент, формы их поддержки или сопротивления и, наконец, интенсивность чувства вины. Весь этот регистр соматизированных расстройств был рассмотрен нами в связи с механизмами адаптации – интрапсихическими конфликтами и механизмами совладания.

Следует упомянуть еще об одном психологическом механизме, иллюстрирующем важность степени осознанности пациентом нозофилической мотивации.

Перейдем к следующему разделу, который называется «симуляция». В МКБ-10 этот раздел классифицируется в F6 (расстройства личности и поведения) и рассматривается как форма личностной патологии. Степень осознания имитации болезни тоже может быть различна. В рубрике F68.0 есть нарушение, называемое «преувеличение физических симптомов по психологическим мотивам». Оговоримся, что внесение этой формы поведения в раздел психических расстройств и расстройств личности означает её признание *расстройством/болезнью*. Между обычными этими категориями примерно такое же отличие, как между осознанно продуманным мастерством вора и kleптоманией. Конечный итог деятельности всегда одинаков: и те и другие люди присваивают себе чужое имущество. Но если воровство есть форма асоциального, но не патологического поведения, то kleптомания – вариант болезни.

Так же и здесь: симуляция рассматривается как форма аномального поведения. Это важно понимать врачу, поскольку в работе с соматоформными расстройствами он должен постоянно иметь блокирующую многие его действия и поступки идею: симптомы у этого пациента возникли не оттого, что он сознательно не хочет «взять себя в руки» или желает пользоваться льготами, которые дает ему болезнь; это не симуляция, а в основном проявление бессознательных мотиваций. Применять к соматоформным расстройствам понятие сознательного изображения болезни неправомерно, потому что даже когда сознательно усиливаются физические симптомы болезни, это ещё не является формой нормального конструктивного поведения и рассматривается как своеобразная психическая патология. При встрече с врачом пациент описывает ему неверные, завышенные цифры артериального давления, рассказывает об очень интенсивных болях, хотя они не являются настолько сильными. Он говорит о каких-то ещё соматических симптомах и делает это вполне сознательно, в отличие от соматоформных расстройств.

Мотивация данного больного – добиться признания болезни и получения помощи. Он может считать это формой адекватного, нормального поведения, поскольку лечащий врач считает его здоровым. Пациент пытается через усиление болезни, утяжеление ее симптомов найти поддержку врача. Это своеобразный призыв к помощи, призыв к тому, чтобы на него обратили больше внимания! Человек испытывает чувство незащищенности, чувство одиночества и неприятия его болезни. В этом случае он не осознает, что это не конструктивное, а измененное поведение, а потому никогда не пойдет к психотерапевту, поскольку так же, как соматоформный больной, убежден, что у него тяжелое соматическое заболевание, которое врачи просто «не хотят» или не могут диагностировать.

Следующее расстройство классифицируется в F68.1 как «преднамеренное вызывание или симуляция симптомов, или инвалидизация, физических или психологических (симулятивное расстройство)». Но и в этой рубрике, в этом разделе можно выделить два варианта. Мотивация одного из них не очень хорошо понятна – это так называемый синдром Мюнхгаузена. Больные с этим синдромом изображают болезни, которые нередко приводят к хирургическим операциям. История их жизни – это путе-

шествие из одной клиники в другую. Мне приходилось консультировать одну девушку лет 18, которая занималась парашютным спортом. Во время неудачного прыжка у нее произошло повреждение колена, после чего она была госпитализирована в травматологическую клинику и ей провели операцию. Как оказалось, и это достоверно доказано, операция прошла не совсем удачно и привела к частичному анкилозу коленного сустава. Для девушки анкилоз – действительно серьезная проблема. С этого момента она начинает регулярно поступать в хирургический стационар, но большинство ее поступлений уже не связано с вышеописанной травмой. Она несколько раз оперируется с подозрением на «острый живот». Причём оперируется в двух московских институтах, и имитируемые ею симптомы столь убедительны, что даже опытные хирурги, которые видят шрам от предыдущей лапаротомии, разводят руками и говорят: «Давайте все-таки сделаем диагностическую лапаротомию». Так она оперировалась раза три. После этого чуть ли не во все больницы было разослано сообщение, что данную больную не следует оперировать. Тогда она вновь переключается на колено, требуя ампутации ноги.

Больные с синдромом Мюнхгаузена иногда умышленно вызывают у себя повреждения. Пациентка, о которой я вам рассказываю, была несколько раз замечена в том, что она раздирает раневое отверстие, и мотивация такого её поведения не имеет однозначного истолкования. В одних случаях говорят, что это аутоагрессивные тенденции, своеобразная форма мазохизма, получения удовольствия от страданий. Когда проводят хирургическую операцию, боль реальна. Вскрытие брюшной полости может закончиться и летально. Следовательно, это настоящие страдания.

Другой мотивацией может быть стремление уклониться от социальных обязанностей и получить социальную и эмоциональную поддержку. Чаще всего этим расстройством страдают люди, которые выросли в трудных условиях, в неполной семье и были лишены эмоциональной теплоты и поддержки. Это своеобразная форма наказания родителей за то детство, которое они дали пациенту. В описываемом случае так и было.

Наконец, встречается уже лишенная каких-либо бессознательных мотивов сознательная симуляция физического или психического расстройства. В основном она проявляется в экстремных ситуациях, с целью уклонения от воинской службы или

судебного наказания: в этом случае симулируется психическое заболевание.

Чаще всего симулируются два расстройства: слабоумие и бред. Как правило, врач неспециализированной помощи не встречается с чистой симуляцией психических расстройств. Это работа для врача-эксперта – при трудовой экспертизе, но чаще в случаях военной или судебной экспертиз. В обычной врачебной практике симуляция психических расстройств маловероятна.

Перейдём теперь к рекомендациям и методам взаимодействия с больными, страдающими соматизированными расстройствами, – тем, которые обязаны знать как врачи первичной помощи, так и психиатры.

Первое правило: никогда не высказывайте своего негативного отношения к предшествующим методам лечения, которым подвергся пациент, и к диагнозам, которые ему выставлялись.

Я попробовал вчера, консультируя больного с тревожно депрессивным соматизированным расстройством, трансформировать, изменить это правило и нашёл другой вариант, а именно: не высказав никакого неудовлетворения тем диагнозом, который был поставлен, я предложил пациенту использовать его профессиональные инженерные знания. Диагноз, который ему был выставлен, это цервикокраниалгия с давлением на артерию и соответствующее этому возникновение артериальной гипертензии.

Так вот, я предложил ему рассмотреть данный диагноз с точки зрения инженера. Течение его заболевания имело следующий характер: в последние 8–11 лет отмечалась стойкая артериальная гипертензия. Несколько раз он обследовался, в том числе и стационарно у кардиолога, и 11 лет назад «заслужил» вышеназванный диагноз. Из расспроса пациента я узнал, что сам диагноз был им воспринят очень благожелательно, т.к., с его точки зрения, вполне объяснял причину болезни. Он рассказал, что многие годы испытывал дискомфорт при долгом нахождении в одной позе и неприятные ощущения в позвоночнике. Во время обследования у него был диагностирован давний компрессионный перелом 3–4-го шейных позвонков. Отметим, сам больной произнес фразу, которая оказалась ключевой: «В течение 6 лет я принимал транквилизаторы, потому что испытывал страх, что может произойти катастрофа с сердцем, что у меня болезнь сердца, скорее всего стенокардия. А когда я узнал действительный диагноз, мои стра-

хи по поводу сердца стали значительно меньше, хотя и не прошли полностью. Главное же, это позволило мне отказаться от приема транквилизаторов».

Рассматривая с ним выставленный диагноз, мы начали не с того, что я считаю его неправильным, а подошли к этому с оценки диагноза им самим. Я напомнил ему о том, как течет его болезнь (временами, и чаще осенью, когда привычные дозы принимаемого им препарата, а он принимал адельфан, перестают оказывать действие). Больной резко увеличивал дозы препарата, но это всё же не дало результатов. Перед обращением ко мне его артериальное давление достигло 240/140 мм рт. ст. В последние годы с помощью одной таблетки адельфана в день он удерживал АД на уровне 160/90 мм рт. ст. Это, конечно, далеко не полная компенсация, но она его устраивала. Я спросил: «Как объяснить то, что в течение последних 3–4 недель без возрастания физических нагрузок или ситуаций, в которых бы усилилась неподвижность, скованность позвоночника и тем самым возрос спазм, у вас уже в третий-четвертый раз возникают такие эпизоды, которые, по сути, не поддаются никакой коррекции привычными лекарствами? Как это объяснить с точки зрения механики?» Он сказал, что не знает. С его точки зрения (и это очень характерно для соматизированных расстройств), в уменьшении артериального давления сыграло роль народное средство – смесь лимона, меда и чеснока. Действительно, эта пищевая добавка обладает каким-то гипотензивным действием.

Я продолжаю спрашивать: «Хорошо, вы говорили, что это вам подсказали люди, которые лечили свое повышенное артериальное давление. А у них тоже были проблемы с позвоночником, у них он тоже сдавливал артерию?» – «Нет, у них отмечалась просто гипертония». – «Тогда как вы опишите механизм воздействия принимаемого лекарства, как его можно объяснить, с позиций механики?» – «Ну, на кости это не влияет, но сосуд становится более эластичным и, хотя на него давят, он легче выпрямляется». Что ж, хорошая рационализация, трудно что-либо возразить. Единственный контраргумент, который я нашел: «Как вы думаете, если человечество тратит громадные деньги на создание лекарств, быстро меняющих эластичность сосудов, то неужели такое замечательное средство осталось бы без внимания?» Но это – слабый аргумент.

Тогда мне пришлось действовать по-другому – подойти ближе к его специальности. «Что такое наш сосуд? Это – резино-

вая трубка, которая со временем теряет эластичность, старится. Происходит это довольно медленно. А есть ли способ быстрого восстановления эластичности трубок? Вы как инженер что-либо про это слышали? То, что поломалось, что потеряло упругость, обычно трудно восстановить. Единственно, что удается – замедлить данный процесс. Наконец, вы согласны, что старость это, прежде всего, старение наших сосудов?» – «Да». – «В таком случае ваше лекарство – это секрет молодости, эликсир почти вечной жизни?!» Таким образом, мы обсуждали с ним проблему приема антидепрессантов не как средства лечения депрессии, а как способа избавления от артериальной гипертензии.

И под конец он сказал: «Разве есть антидепрессант, который может снять камень с сердца, гирию с души?» А ведь до этого тот же человек отрицал какие-либо психологические проблемы у себя. Тогда я спросил, как называется эта гирия. И выяснилось, что это безработица, что он пробовал торговать, но это продлилось лишь один день, и что он совершенно не годится для этой работы. Я с ним согласен. Это слишком порядочный, скрупулезный и честный человек, чтобы стать удачливым торговцем.

Далее я задал ему простой вопрос: «Как обозначают тоску?» Мы долго вспоминали, и оба вспомнили выражение «на сердце камень». Что оно означает? Он сказал, что так говорят, когда у человека беда, горе. «Стало быть, – уточняю, – вы же сейчас спросили, есть ли антидепрессант от гири или от камня на сердце?» Потом мы прошлись по симптомам депрессии и выяснили, что один из них называется «безнадежность».

Больной взял лекарство, но я не знаю, будет ли он его принимать. Однако когда я закончил с ним работу, то подумал: соматизированный больной – столь же закрытый и огражденный психологическими защитами человек, как больной с алкогольной проблемой. Это почти одинаковые пациенты, у которых на всё есть механизмы психологической защиты, на всё – свои рационализации, кроме одного признания – что это может быть психическое расстройство, а равно и страха перед невозможностью помощи. Поэтому, если вначале, по просьбе его родственников, я должен был уговорить его лечиться в Национальном центре кардиологии и терапии (НЦКиТ), чего он решительно не хотел, заранее предполагая, что врач будет убеждать его сделать это, то я решил снять эту проблему. Не потому, что не доверяю лечению

кардиологов (там очень опытный руководитель), но ведь в этом стационаре ему не станут лечить депрессию. Вот если он начнет принимать антидепрессанты, если состоится выход из депрессии и его артериальное давление хотя бы несколько уменьшится, тогда можно подумать об обследовании в НЦКит.

Еще я предложил: «Теперь давайте подумаем о том, насколько ваш диагноз кажется вам сейчас убедительным», потому что за 40 минут до этого он сказал, что полностью согласен с этим диагнозом. Пациент – мягкий интеллигент, но эту фразу он произнес достаточно агрессивно, как человек, который боится, что посягнут на что-то очень важное. Когда же я его спросил, как он относится к поставленному диагнозу, он сказал, что не знает, что не готов сейчас на это ответить. Значит, идея, с которой больной пришел, пока осталась, и единственное, что мне удалось, – вызвать некие сомнения в ней. Поэтому я смягчил обесценивание старого диагноза, и мы перешли к разговору о том, что артериальная гипертензия – явление многофакторное, что в ней могут участвовать и окостенение позвоночника, и снижение эластичности сосудов, и психический фактор. Мы вспомнили о том, что у него случались подъемы давления после неприятных ситуаций, но он тут же подчеркнул: «Они ведь были недолгими».

Это классический соматизированный пациент, который, как защитник крепости, потеряв одну линию обороны, сразу переходит на вторую, третью. Поэтому главная стратегия общения врача с таким больным, – не собственно психотерапевтическая работа, а тактика взаимодействия для получения информированного согласия на соответствующее лечение. Это не лобовая атака сквозь линию обороны, а осторожное приближение к ней, где вы выступаете не в качестве тарана, а как своеобразный троянский конь, который просто заходит попасться на первую лужайку, потом просится на вторую, третью и т.д., незаметно приближаясь к штабу. Затем из него выходят не вооруженные до зубов воины, а доброжелательный человек, предлагающий переговоры, в которых Троя не будет разрушена, а, напротив, будет достигнуто согласие о взаимодействии. Такова правильная стратегия.

Д. Голдберг и его соавторы предлагают поэтапную тактику работы с этой группой больных. Вам необходимо предпринять следующие шаги:

1. Дайте ясную информацию об отрицательных результатах соматического исследования, признавая в то же время реальность имеющихся у больного соматических симптомов:

Я рад сообщить вам о том, что у вас нет ни язвы, ни опухоли, которые могли бы вызывать боль, и результаты всех исследований тоже совершенно нормальны. Тем не менее, у вас сильные боли – не так ли?.. Более сильные, чем при обычном расстройстве пищеварения?..

Признавая реальность боли, сделайте паузу, чтобы дать возможность собеседнику отреагировать, изъяснив согласие.

2. Уточните аффективное состояние, на фоне которого проявилась боль, напомните и о других симптомах, которыми все это сопровождалось, и обратите внимание пациента на события, отмеченные перед началом заболевания и, вероятно, сыгравшие роль провоцирующих факторов. (Такой прием, обеспечивающий переход от соматических жалоб к возможным психосоциальным причинам, называют «изменением повестки дня»).

Вот примерный вариант вашей речи:

Сразу после поступления в больницу вы рассказывали мне, каким подавленным чувствуете себя из-за того, что не получили повышения по службе. Вы упоминали, что похудели и стали рано просыпаться, постоянно терзаясь мыслями о том, как много «напортили» себе в своей жизни...

Упомяните примерно о трех наиболее неприятных симптомах, обязательно включая нарушения настроения. И подготовьтесь к тому, чтобы при необходимости напомнить больному об остальных.

3. Объясните связь между настроением и болью:

Нет никаких сомнений в том, что у вас подавленное настроение. И мы считаем, что именно вследствие депрессии вы испытываете гораздо более интенсивную боль, чем имело бы место при других обстоятельствах. Боюсь, это один из признаков, характерных для депрессии.

Сделайте паузу, ожидая реакции больного. Будьте готовы еще раз заверить его, что ни в коей мере не сомневаетесь в реальности ощущаемой им боли, что как раз-таки она и может быть вызвана депрессией.

4. Сделайте акцент на ожидаемом положительном эффекте лечения и приведите успокаивающие аргументы, основанные на реалистических представлениях об исходе заболевания:

Мы считаем очень важным провести соответствующее лечение по поводу депрессии. В большинстве подобных случаев наступает полное выздоровление, но, безусловно, для этого требуется определенное время. Сейчас мне хотелось бы обсудить те методы лечения, которые могли бы вам помочь.

Если вам удалось успешно дойти до заключительного этапа, значит, вы справились со своей задачей. С этого момента необходимо действовать так, как было описано ранее, но теперь у вас есть, по меньшей мере, одно преимущество: боль у пациента будет выступать в качестве ключевого симптома, позволяющего судить о ваших успехах в устранении нарушений. Во-первых, как уже говорилось, дайте четкую информацию об отрицательных анализах соматического исследования, в то же время признавая реальность субъективных соматических симптомов. Ещё раз подчеркнём, что боль для пациента – весьма серьезная реальность.

Я много раз применял подобную тактику, но больной слышит только одну часть фразы – что у него нет соматического заболевания. Включается механизм защиты, который можно назвать «защитная глухота». Поэтому предлагаю вам дать другую информацию. Начните с того, что признаете все его симптомы. Я бы произнес эту фразу так: «Я уверен в том, что вы испытываете сильную боль. Наше с вами общение дает мне право утверждать, что эта боль или эти ощущения вызывают у вас серьезные страдания». Вы признаете тем самым право человека на его ощущения! Заверяю, что с этого момента вас начнут слушать. Но боль или ощущения, особенно боль, могут иметь разные причины. «При обследовании, которое мне кажется правильным, квалифицированным и адекватным, у вас не обнаружено патологии сердца, желудка или какого-то другого органа. На мой взгляд, это очень хорошо. Но теперь перед нами стоит очень серьезная задача, как вам помочь, потому что вы по-настоящему страдаете». Заметьте, что в этих высказываниях нет ни слова лжи, т.к. ваш пациент действительно страдает и вы реально разделяете его страдания, вы доверяете данным проведенного обследования. Если же они вызывают сомнение, сделайте так, чтобы больной прошел те обследования, которым вы поверите.

Следующее правило. Вы приглашаете пациента к дальнейшему общению следующей заключительной фразой: «Давайте вместе думать, как помочь вам, не обсуждая диагноз», поскольку

ку больной ориентирован именно на диагноз. Так давайте предложим ему альтернативу – избавление от страданий, потому что если вы скажете: «Давайте подумаем над диагнозом», то страх того, что его страдания имеют психологическую или психическую природу, сразу вызовет активизацию защитных механизмов. Общаясь с соматизированным пациентом, вы, по сути, работаете с психологическими защитами.

Следующая рекомендация. Уточните аффективное состояние, на фоне которого появилась боль или другие соматовегетативные нарушения. Напомните обо всех симптомах, которыми сопровождалась его страдания, и обратите внимание пациента на события, происходившие перед началом болезни, на те события, которые можно рассматривать как фактор, создающий психический стресс. Помните при этом, что соматизированный больной, излагая историю своей болезни, бессознательно убирает из нее все, имеющее отношение к тому, что в быту называется «стресс», концентрируя свое внимание только на факторах соматического характера. Например, на черепно-мозговой травме или так называемом «гриппе» (а гриппом у нас называется все, что сопровождается даже небольшим подъемом температуры, кашлем и насморком). Когда вам будут преподносить такой рассказ, не стесняйтесь задать уточняющие вопросы.

Я консультировал девочку, которая наблюдалась в течение многих лет по поводу диагноза «посттравматический арахноидит» с тяжелейшими головными болями, приведшими к тому, что она была вынуждена получать индивидуальное обучение. Когда я встретился с ней, то ее мать, врач по профессии, рассказывая о заболевании дочери, сказала, что в школе она получила черепно-мозговую травму. Передо мной сидела коллега, как оказалось очень грамотная и добросовестная. Но в данном случае она была не врачом, а мамой, и это был рассказ мамы, а не специалиста-медика. Я попросил их обеих рассказать о травме: «Что произошло? Как была получена травма? Какие симптомы наблюдались потом?» Выяснилась следующая картина: эта девочка была дочерью первого секретаря райкома в одном из отдаленных районов нашей республики. Весьма неглупая, она была звездой школы, отличницей, но у нее имела место так называемая заячья губа, которую почему-то вовремя не устранили. Отца повышают в должности, он переводится в столицу. В какую же школу при-

дет эта девочка? Естественно, в самую элитарную. И впрямь, после отдаленного района она попадает в число элитарных сверстников, которые уже 6 лет учатся в данной школе и получили знания, трудно сопоставимые с теми, которые девочка обрела в своем селе. Сельчанка плохо успевает, к этому присоединяется проблема «заячьей губы». Кроме того, если в районе она слыла наследной принцессой, то здесь учатся дети «сливок общества» и она становится всего лишь одной из многих.

Ну а как же была получена травма? В 6 классе подростки начинают влюбляться, и тот мальчик, в которого она влюблена, бросает в нее книжку. Это был небольшой учебник, но при этом мальчишка сопроводил свой хамский поступок словом «уродка!». У девочки следует то, что раньше называлось психогенной реакцией, а сейчас носит название острой реакции адаптации: со слезами, плачем и реагированием той системы, которая у детей и подростков наиболее функционально развита – пищеварительной, поэтому возникают рвота и понос. С этого момента она перестает ходить в школу. И находится на лечении в больнице с диагнозом «ушиб мозга». Три недели постельного режима, дальше – тяжелейшие головные боли. Но вовсе не гипертензионные, а головные боли напряжения, приводящие к тому, что ее стали учить дома, индивидуально. Наступает своеобразная аутизация. Она практически ни с кем не общается, боится сверстников. И когда родители уже начинают беспокоиться (ведь ей пора получать профессию), то головные боли только усиливаются, в связи с чем и возник вопрос о консультации психиатра, но не ради постановки диагноза. Вопрос состоял в другом: как улучшить лечение посттравматического арахноидита и есть ли какие-то лекарства или психотерапевтические приемы, которые позволили бы (при этом диагнозе) попробовать получить высшее образование?

Я должен предостеречь вас от нескольких ошибок, которые можно совершить, получая анамнестические сведения: я беседую с больным (а не с человеком, у которого есть история жизни); я просто принимаю как достоверный факт то, что мне сообщают; я знаю, что у человека есть тело, но как-то не принял во внимание, что у него еще есть и психика, есть душа и они тоже могут страдать, причём эти страдания часто похожи на болезни тела.

В таких случаях вы получите набор органических, соматических причин и признаков болезни *или не получите ни того, ни другого*. А если получите, то в контексте объяснения: ну как можно быть общительным, как можно быть веселым, если у тебя головная боль, если у тебя тяжелая черепно-мозговая травма?!

Другая история – больная с посттравматическим арахноидитом, которая лечится, но безуспешно, и которую показывают как малокурабельный случай. При докладе врач и сама пациентка говорят о полученной три года назад из-за автоаварии черепно-мозговой травме. Я поинтересовался, что это было за происшествие, а больная как-то уклончиво сказала: «Автомобиль стукнулся». Стал расспрашивать, где она сидела, что делала, были ли повреждения каких-то других органов. И услышал неясные, путанные ответы. В результате нашего общения выяснилось следующее: она изменяла своему мужу и ехала со своим «бойфрендом» на машине, сидя рядом с ним. На перекрестке их машина поравнялась с машиной мужа. Тогда она быстро опустила голову, чтобы он ее не увидел, спряталась, не получив никакого удара, но от резкого наклона у нее сильно закружилась голова.

Я привожу вам случай, относящейся к разряду анекдотичных. Впрочем, можно было бы долгими часами рассказывать и о других, более скучных историях, но с той же методикой постановки ошибочных диагнозов. Накопленные примеры показывают, что при сборе анамнеза болезни вы должны: рассматривать болезнь в контексте жизни пациента, не позволять ему просто оперировать диагнозами «травма», «грипп», а стараться получить более подробную информацию о том или ином эпизоде. Помнить, как важна информация о чувствах, которые испытывает пациент, и обдумывать причины атипичного или малокурабельного течения болезни.

Когда вы встречаетесь с пациентом впервые, нужно не пожалеть времени и терпения на сбор анамнеза. Постарайтесь тщательно собрать всю информацию, которую готов изложить пациент. И только после уточнения всех причин соматического характера начинайте расспрашивать о возможных психологических факторах – о чувствах, настроении и т.п. Ибо если вы начнете расспрашивать об аффективных компонентах, которыми сопровождалось соматическое расстройство, то получите ответ, что все было нормально. Если пациент рассказывает о первых резких

болях в животе, тщательно расспросите его об их характере, воспроизведите всю хронологию боли (это очень важно!) и вовлеките его в беседу.

Если боль возникла, например, во время какой-то беседы, постарайтесь выяснить, какой характер она носила и почему была неприятной. Задайте вопрос: «Какое лицо было при этом у собеседника? Что он говорил? Попробуйте вспомнить – какие слова?», и только потом спросите: «Что же вы чувствовали, когда на вас кричали?» Пациент говорит: «Ну, что чувствует человек, которого оскорбляют? Обиду, негодование, страх, боязнь, что работу потеряю». А если вы спросите: «Испытывали ли вы в этот момент чувство страха?», то, скорее всего, услышите: «Нет. Нет, я нормальный был, болело только». Знайте, что перед вами крепость, в которую, как в одной из сказок, мужчин не допускают. Поэтому самое главное – вовлечь человека в воспоминания. Пациента можно включить в беседу и достичь конструктивного взаимодействия с ним только путём сочувствия и правды. Если вы устроите допрос, то потерпите неудачу, а будете искренне заинтересованы, тогда пациент это увидит, он вовлечется в разговор и воспроизведет то, что в другой ситуации было бы заблокировано психологической защитой.

Следующая рекомендация – постарайтесь объяснить связь между теми чувствами, которые испытывал пациент, и его соматическими симптомами. Я советую вам снова вернуться к жизни больного. Предложите ему вспомнить какие-то ситуации, в которых он испытывал чувства гнева, страха, стыда. Я обычно говорю так: «Нельзя прожить эту жизнь и ни разу не испытать страха. Были ли у вас случаи, когда вы испытывали страх?»

Больные неохотно, но начинают вспоминать. Раскрывайте эту ситуацию, детализируйте, акцентируйте внимание на их поведении: «Вспомните, что вы в такой момент делали?» Если наш пациент не хочет говорить о чувствах, если боится рассказать о своем аффективном состоянии, предложите ему вспомнить то, что он в силах, и потом вновь переходите к чувствам и, наконец, вернитесь к ощущениям. «Попробуйте вспомнить, – говорите вы, – пройдитесь по всему своему телу. Что происходило в животе? Что возникало в голове? Перенеситесь опять в ту, прошлую ситуацию, представьте ее перед глазами, ощутите себя в ней». И вполне возможно, что он испытает те же ощущения, что возни-

кали тогда. Т.е. вы получаете факт, который неоспорим, – чувства и ощущения связаны.

Сделайте новый шаг: просто задайте ситуации, связанные с чувством и соматическими ощущениями. Например, в детстве мы катались на качелях или колесе обозрения, карусели, т.е. попадали в те ситуации, где человек заведомо испытывает чувства страха, восторга и т.д. Как психоаналитик, начиная работать с пациентом, обучает его языку психоанализа, так и вы обучаете своего больного языку психосоматики.

Вы предлагаете ему систему, благодаря которой он начинает понимать, что тело и чувства могут быть взаимосвязаны и взаимообусловлены. Если человек понимает, что боль может вызывать плохое настроение или тревогу, то обратную связь наши пациенты улавливают очень плохо. Они как бы функционируют в одном направлении. Точно так же и врач готов признать, что боль может вызывать плохое настроение, но что плохое настроение способно вызвать боль – это ему трудно представить. *Это наивный материализм.* Но вы постепенно, умело проводите переформирование картины мира пациента, помогая ему прийти к холистической идее единства тела и психики.

Следующий шаг, который предлагает Д. Голдберг, – сделать акцент на ожидаемом положительном результате лечения. Он предлагает обозначить больному наличие у него психического расстройства. Я же полагаю, что этого не стоит делать, если больной не заинтересуется: «А как называется моя болезнь?» Называть болезнь, озвучивать диагноз не всегда необходимо – лучше растолковать смысл болезни: психические проблемы, стрессы могут вызывать стойкие физические страдания. Но чаще всего пациент не задаст вам этот вопрос. Произнесите тогда следующую фразу: «Устанавливая происхождение ваших болей от психических причин, я не хочу сказать, что вы сумасшедший, что у вас тяжелое психическое расстройство, что вы человек слабый. Речь идет не о том, что вы не способны взять себя в руки. Связь между психическим фактором и вашими страданиями означает одно: такие зависимости возможны, они есть в жизни каждого из нас, но у вас они приобрели более стойкий, мешающий вам характер».

Говоря о будущем положительном эффекте терапии, предложите ему вспомнить, был ли в его жизни случай, когда он ис-

пытывал какую-то боль (головную или зубную) и в этот момент произошло какое-то чрезвычайное событие (например, в доме начался пожар). Спросите у него: «Не забыли ли вы в этот момент про свою боль?» Настойчиво возвращайте его к личному опыту. «Само изменение психического состояния может снимать боль. Так вот, вы будете получать препарат, который изменит ваше психическое состояние. Значит, можно ожидать значительного улучшения». Необходимо также сказать: «Это лечение будет долгим, и мы оба должны набраться терпения». Никогда не обещайте быстрых результатов и не обесценивайте проводимого ранее лечения. Если он задаст вам вопрос: «Что же, я зря лечился?», постарайтесь уйти от ответа и скажите: «Мы обсудим это позднее, если вы пожелаете». Помните, что соматоформные пациенты весьма агрессивны. Если они не получают от вас быстрой помощи, то вы можете оказаться тем следующим, на кого обрушится гнев, поскольку вы продемонстрировали, что врачей можно ругать. Если даже вы считаете предшествующие действия своего коллеги неоправданными и глупыми, не высказывайте своих сомнений. Это вопрос не только нашей врачебной этики, но и тактики. Нельзя «открывать шлюз», потому что бурлящая в нём вода может вылиться и на вас.

Лекция 23. ДИССОЦИАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА. СИНДРОМ ОТРИЦАНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ФАКТОРА. ТИПЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С БОЛЕЗНЬЮ

Диссоциация – это расщепление, отсутствие интеграции между сознанием и бессознательным, между отдельными психическими функциями и сознанием, между телом и психикой.

Мы знаем, что за соматизацией могут идти так называемые диссоциативные или конверсионные расстройства. Они рассматриваются несправедливо как симулятивные. Прежнее их название – истерические расстройства. Однако термин «истерия» приобрел стигматизирующий характер. «Истерик» – довольно презрительная кличка, а, кроме того, врачи-интернисты нередко рассматривают «истериков» как симулянтов или как имеющих различные расстройства, которые носят не только функциональный характер, но и симулятивный. Поэтому больные с такими

расстройствами – как бы «ненастоящие», и с ними следует соответственно обращаться.

Самый выраженный вариант расщепления между психикой и телом – это так называемый «синдром прекрасного равнодушия». Представьте: лежит себе парализованный человек с прекрасным настроением. Вот это и есть диссоциация между тяжелым расстройством (функциональным параличом) и душевным настроением.

Я часто сталкивался с другим проявлением этих нарушений, когда больной, имеющий диссоциативные расстройства, с торжествующей улыбкой говорил о том, что «ему стало хуже». И сам как бы провоцировал вопрос: «А чем объясняется ваша улыбка? Вы рады тому, что вам стало хуже?» Это – пример агрессии врача: «Что делать с симулянтом? Нужно прекращать симуляцию!»

Лечение большинства диссоциативных расстройств, таких, как амнезия, ступор (обездвиженность), fuga (бесмысленный бег или возбуждение), расстройства моторики, чувствительности и сознания, относится к компетенции невролога или психиатра. Все они возникают или от воздействия острого стресса, или как результат длительного хронического стресса, связанного с неразрешимыми личностными проблемами. Диссоциативные нарушения можно рассматривать как форму своеобразной адаптации личности к трудным или опасным для нее проблемам, ситуациям и возникновению бессознательной нозофилии. Подчеркиваю – бессознательной, а не осознанно-симулятивной.

Вслед за диссоциативными расстройствами идет группа симуляции. Однако этой проблемой, как правило, занимаются не врачи первичной медицинской помощи. Интернисты-хирурги, травматологи могут столкнуться с уже упомянутой нами особой формой симуляции – синдромом Мюнхгаузена, механизмы возникновения которого не совсем понятны и имеют различные толкования. Аномальное поведение, связанное с недугом, в варианте утверждения болезни имеет множество версий, а отрицание – не расшифровывается. Однако это пересекающиеся феномены. Далее, шизофрения может рассматриваться как частая форма соматизации с отрицанием психической болезни. Но может ли быть отрицание соматического страдания?

Рассматривая поведение, связанное с болезнью, а именно с соматической, мы выделили несколько типов такого взаимодей-

ствия. Адаптивный тип взаимодействия с больным представляет собой адекватное аффективное и поведенческое реагирование на неё. Например, умеренная тревога или умеренное снижение настроения. Затем вступают в силу механизмы овладения: соблюдение режима, заключение с врачом терапевтического контракта, перестройка форм поведения, лежащие в рамках рекомендаций врача. Отмечается сохранение той работоспособности, которая согласована с врачом и имеет характер постепенных нагрузок. Это такой тип, в котором болезнь играет существенную роль в жизни пациента, но не является доминирующей.

Например, человеку, перенесшему острый инфаркт миокарда, врач сказал, что он не должен носить груз весом более 5 кг. Пациент выполняет это, но при этом не впадает в крайности: он не носит тридцатикилограммовые мешки с картошкой и не взвешивает сумку, которую несет с базара, боясь, что в ней на один килограмм больше, чем разрешено. Он живет, соотнося свои возможности с болезнью. Если он беседует с людьми или участвует в творческой дискуссии, что врачом не запрещено, то для пациента это обычная нормальная работа.

В ряду механизмов регуляции человеческого поведения болезнь занимает одно из определенных мест, иногда выдвигаясь вперед, а порой отступая на дальние позиции, но ситуативное место болезни как регулятора поведения может меняться.

Во всех остальных типах взаимодействия с болезнью последняя играет доминирующую роль и определяет поведение человека. В иерархии его мотиваций она всегда превалирует, но проявляется это по-разному. Формы доминирования определяются двумя факторами психологического или психопатологического характера. Это характер, тип и выраженность аффективных расстройств, тревоги и депрессии, а также степень и характер включенности механизмов психологической защиты в поведение больного. В одном из типов, тревожно-депрессивном или промежуточном, механизмы психологической защиты сформированы слабо, поэтому тревога, депрессия или их комбинация выступают как бы в «чистом» виде.

Основной мотивацией при тревожном варианте данного типа является страх последствий болезни – и организм работает в режиме «спасения». Возникает дополнительная тревожная соматизация, и происходит комбинация соматического заболевания и

соматизированного расстройства. Это очень сложная и трудная для диагностики комбинация, которая ставит врача в чрезвычайно трудную ситуацию.

К примеру, пациент перенес острый инфаркт миокарда. Прошло полгода, и опытный, грамотный кардиолог видит, что, кроме тех симптомов, которые объясняются коронарной болезнью сердца (КБС), есть еще какие-то признаки, не соответствующие выявленному заболеванию. Они как бы идут со стороны. Врач называет их истерическими или невротическими, но на самом-то деле их следует рассматривать как тревожную соматизацию.

А теперь поставьте себя на место этого врача, который должен сказать больному: «Нет, не надо увеличивать дозы коронаролитиков, потому что боль, которую вы испытываете, – не коронарного происхождения. Я обучил вас распознавать коронарную боль, и в такой момент вы должны принимать вот этот препарат, но когда у вас возникает другая боль, то она связана с психическим фактором. Это боль вашей тревоги, а значит, против неё следует принять транквилизаторы».

Больной с коронарной болезнью каждую секунду рискует повторно получить острый инфаркт миокарда, что может быть никак не связано ни с какими дополнительными симптомами. Тем не менее, врачу тогда могут сказать, что он неправильно лечил пациента. Человек с дополнительной тревожной симптоматикой является серьезной проблемой для врача. Мысль: «А вдруг я ошибаюсь?!» – буквально связывает вас. В Институте кардиологии, где доводилось работать с такими больными, встречались случаи, когда я сдавался, и это усиливало соматизацию.

Для решения обсуждаемой проблемы, конечно, нужен профессионализм как кардиолога, так и врача-психотерапевта, который должен быть достаточно осведомлен в кардиологии. Лучше всего реализовывать это в так называемой мультидисциплинарной команде, где психотерапевт занимает свою позицию.

Следующий тип взаимодействия с болезнью – невротический. Он трансформируется из промежуточного, когда возникают мощные механизмы психологической защиты и реализуется позитивный смысл болезни – те самые первичная, вторичная и третичная выгоды. При невротическом типе формируется тот интрапсихический конфликт, который характерен для соматоформных расстройств: на осознаваемом уровне – нозофобия, на

бессознательном – нозофилия и чувство вины. И чем больше нозофилия по уровню осознания, тем интенсивнее чувство вины у социально ориентированного человека. Может возникнуть сознательное использование болезни – тот вариант, когда мы говорили о преувеличении симптомов соматического заболевания по психологическим мотивам.

При этом не осознается только одно: принятие роли больного ведет к вторичной соматизации, и человек неосознанно ухудшает свое состояние. В качестве механизма регуляции поведения в этом случае выступают не социальные нормы, а страх разоблачения, когда поведение регулируется страхом наказания. Это та самая знаменитая «фига в кармане» – только, по существу, ее показывают самому себе.

При невротическом типе взаимодействия с болезнью чаще всего развиваются фобии – это тоже функционирование защитного механизма, превращение тревоги в страх, создание защитных форм поведения, носящих иногда утрированный характер.

Данный тип взаимодействия приводит к формированию охранительных форм поведения, которые (особенно на первом этапе заболевания) чаще всего вызывают подкрепление со стороны семьи. В том случае, если среда чересчур агрессивно отказывается признавать право человека на роль больного, это только усиливает невротический тип, и тогда могут возникнуть дополнительные соматизированные расстройства. Происходит вторичная соматизация.

Следующий тип, психосоматический, связан с отрицанием соматического заболевания. Он назван так потому, что чаще всего встречается у больных с психосоматическими недугами (кардиоваскулярными), и гораздо чаще, чем невротический тип, у пациентов с тяжелыми соматическими заболеваниями. Весьма часто встречается и у больных с онкологической патологией, поскольку является самой крайней степенью защиты. Это форма отрицания очевидного, того, с чем не может и не хочет примириться личность. Например, если во время войны матери получали «похоронку» о гибели единственного сына, то многие из них продолжали ждать его и 15–20 лет спустя. Они вырезали из газет статьи о без вести пропавших солдатах, которые всё-таки возвращались домой. Матери никак не могли примириться со столь ужасной очевидностью – гибелью сына!

Допустим, вами у больного выявлен острый инфаркт миокарда. Пациент пробыл 8 дней в реанимации, а за это время двое его соседей по палате умерло от того же заболевания. Через 3–4 дня после перевода из реанимационного отделения он начинает нерегулярно принимать лекарства, нарушать режим. Когда врач говорит ему об этом, «нарушитель» смотрит на него и недоумевает: «А у меня что, инфаркт?» – «А разве вы не видите, в каком отделении лежите? На двери ведь написано “Отделение инфаркта миокарда”! Вы же ещё недавно в реанимации лежали». В ответ раздаётся: «Так у меня же не сердце болит сейчас». Я работал с пациентами, которые упорно отстаивали идею, что диагноз инфаркта поставлен им ошибочно.

Так же, как идея наличия соматического заболевания при соматоформных расстройствах базируется на ощущениях, идея отрицания болезни в определенной степени аргументируется отсутствием болевых ощущений или нивелированием, игнорированием их значимости. Если при ипохондрии доминирует идея, а не ощущения («да, я болен раком»), а потом уже приводятся какие-то аргументы, то здесь, наоборот, доминирует отрицание: «Я не болен раком! Просто врачи склонны ошибаться, выдумывать».

В случае ипохондрии пациент считает: «От меня наверняка скрывают рак, потому что все врачи врут и никогда не говорят больным правду», а при психосоматическом типе склонен думать так: «Врачи не очень умны и квалифицированы либо просто ошибаются». Пациенты находят множество историй про кого-нибудь из своих знакомых, которому якобы ставили диагноз «рак», «но тот всех послал, гулял, пил и сейчас ходит с вот такой «мордой»». Чаще всего такие рассказы являются мифологией, но это – доминирующая идея, в результате чего нивелируются болевые ощущения: «Ну и что, что сосет под ложечкой, ну и что, что я задыхаюсь?!»

Если при соматоформных расстройствах каждое ощущение трактуется в пользу болезни, то здесь – в пользу здоровья. Возможен подчас переход от психосоматического типа к невротическому, но почти никогда наоборот. Такие переходы возникают у дисгармоничных пациентов, у людей с личностными расстройствами. К этому приводят изменение жизненных ситуаций, позиция микросоциального окружения, смена мотиваций. В основе психосоматического типа взаимодействия с болезнью тоже лежит

интрапсихический конфликт, только «зеркальный». На уровне сознания – отрицание болезни, а на бессознательном уровне – страх перед ней. Еще глубже – депрессия, безнадежность и чувство вины: «Сам в этом виноват!»

Если при невротическом типе больного мучает вина за то, что он с помощью болезни получил льготы, или боязнь, что его позиция будет раскрыта, то здесь вина депрессивная – не так жил, не то ел, не то пил, не занимался спортом, не так работал, не следил за здоровьем, и затем приговор – выхода нет! Это своеобразный пир во время чумы. В медицине и клинической психологии по отношению к синдрому отрицания или психосоматическому типу существуют две точки зрения. Одна из них – синдром отрицания адаптивен для человека и полезен, поэтому относить его к дизадаптивным формам поведения нежелательно. Например, он полезен, когда медицина ничем не может помочь человеку, – тогда это адаптивный защитный механизм.

В тех же случаях, когда формирование не охранительных, а противоположных (расширительных) форм поведения, связанных с синдромом отрицания, усугубляет состояние здоровья (отказ от приема лекарств, большие физические нагрузки, злоупотребление алкоголем, курение), это ведет к утяжелению соматического заболевания. Тогда психосоматический тип не адаптивен и требуется его преодоление или нивелирование.

Если рассматривать синдром отрицания как одномерное образование, в котором есть просто отрицание болезни, нежелание признать ее, и как доказательство своей тревоги обретение права на расширительные формы поведения, тогда из такого понимания вытекает и психотерапевтическая тактика. Ее лучше назвать тактикой информационного взаимодействия, согласно которой врач считает, что полезней всего предоставление полной информации о состоянии здоровья. Во многих странах это регламентировано законом.

Однако часто информирование пациента превращается в агрессию и запугивание. Если мы знаем, что под неприятием болезни лежит депрессия, то тогда тактика запугивания даст обратный результат. Врач как бы говорит пациенту: «Твой приговор правилен, и поэтому врачи врут, утешая тебя, обманывая, что данное лекарство может тебе помочь». В тактике работы с такими пациентами не следует начинать беседу с обсуждения диагноза.

Начинайте с отвлеченных тем, говоря о том, как ведут себя люди в условиях болезни.

Я любил рассказывать больным, перенесшим острый инфаркт миокарда, историю про президента США Эйзенхауэра, который умер от 14-го инфаркта. Но после 1, 2, 3-го инфарктов он продолжал работать, вел активную политическую жизнь. Во многих историях, которые я рассказывал, выздоровление шло за счет того, что пациент доверял врачу и тому, что медицина способна помочь. После этого мы переходили к обсуждению свойств назначенных мною препаратов-антидепрессантов, и больной, который прежде утверждал, что совершенно здоров и не имеет никаких психологических проблем, чаще всего задавал вопрос: «Принимать после еды или до?», либо заявлял, что не знает, где купить лекарства. Но мы ни разу не говорили в первой беседе о наличии у этого человека серьезного соматического заболевания. Периодически в этих беседах возникала тема о людях, перенесших инфаркт, и не было случая, чтобы эта беседа прерывалась.

Мне приходилось работать и с онкологическими больными. В палате пять человек с одинаковыми симптомами и аналогичным диагнозом – рак желудка. Когда ты осматриваешь одного из них, он говорит: «Вот у них у всех рак, от них правду скрывают, а меня-то по поводу язвы лечат». И каждый из пяти говорил данную фразу. Эти больные отказывались от лучевой терапии и химиотерапии, поскольку не желали общения с онкологией. Поэтому, работая с такими пациентами, мы вначале не обсуждали проблему их заболевания. Это происходило потом. На первых порах шло только обсуждение того, что течение заболевания носит всегда индивидуальный характер. Вы не врете, не рассказываете сладостные сказки, а сообщаете правдивую информацию, что хорошие результаты лечения отмечались у тех больных, которые верили врачу и чье психическое состояние помогало им. Но сначала не касайтесь темы его болезни, лучше говорить о ней тогда, когда больной решит работать с вами и согласится на прием антидепрессантов, не затрагивая тему депрессии. Ведь, кроме того, что он боится умереть от опухоли, у него возникает страх, что его будут считать сумасшедшим.

То, о чем мы с вами говорим, – это типы взаимодействия с болезнью. Врач-интернист и врач первичной медицинской по-

мощи могут столкнуться с термином «соматопсихиатрия», или экзогенно-органические расстройства. Обсуждаемые типы взаимодействия – это отнюдь не психические расстройства в современном понимании этого термина, а, скорее, варианты психологического реагирования на болезнь с элементами психопатологии – в тех случаях, когда эти элементы выражены (тревога, депрессия, страхи, нарушение поведения). Эти нарушения следует рассматривать как психические расстройства при соматических заболеваниях, относя к разделу F0 МКБ-10.

Наиболее частыми психическими нарушениями при соматических заболеваниях являются астения, депрессия, тревога, деменция и делирий.

Астения – это самый неспецифический синдром, характерный для всех соматических заболеваний. Депрессия коморбидна с такими недугами, как острый инфаркт миокарда, онкологические заболевания, болезнь Паркинсона (почти в 50% случаев). Когда врач-интернист работает с подобными больными, зная эту статистику, он должен задавать себе вопрос: «Нет ли у этого пациента депрессии?», потому что у каждого второго она может быть.

Следующее расстройство – тревога, характерная для гипертериоза. При этом заболевании часто возникает замкнутый круг, где трудно отличить стрессовое реагирование, включающее щитовидную железу и ее органическое поражение. Синдром нарушенного сознания – делирий и деменция – характерен для сосудистых расстройств, интоксикаций, инфекций и любых гипоксических состояний.

Лекции 24–25. РАССТРОЙСТВА ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Сегодня мы открываем раздел так называемой возрастной психиатрии (детской и подростковой), или психиатрии возрастных периодов человека. К сожалению, у нас нет учебных часов на занятия геронтопсихиатрией, хотя частично мы затрагивали эту тему, когда говорили о сосудистой деменции и болезни Альцгеймера. С грустью можно сказать, что на сегодняшний день геронтопсихиатрия является разделом психиатрии, который развивается только в богатых странах. Если в Советском Союзе ге-

ронтопсихиатрия, пусть не очень удачная, но все-таки существовала (в том числе в таких больших больницах, как наша, имелись специальные геронтологические отделения), то в настоящее время государство не в состоянии позволить себе иметь специальную геронтопсихиатрическую службу. В какой-то степени это может быть оправдано только одним: средняя продолжительность жизни в нашей стране такова, что статистическое большинство населения, увы, не достигает возраста, с которого, по критериям ВОЗ, начинается старость. То есть, при такой скромной продолжительности жизни мы как бы не имеем особой потребности в геронтопсихиатрической службе. Конечно, это очень мрачная статистика, но это так. Поэтому мы оставляем из возрастных разделов только один – психиатрию детского и подросткового возраста.

Первое расстройство, с которым вы познакомитесь, это ментальная ретардация, или умственная отсталость. Почему данное нарушение психики рассматривается в разделе возрастной психиатрии? Из дальнейшего рассказа об умственной отсталости вы узнаете, что указанное состояние длится на протяжении всей человеческой жизни. Внесение его в этот раздел классификации связано с тем, что умственная отсталость чаще или почти всегда диагностируется в детском возрасте, представляющем собой самый важный этап возможного целенаправленного психосоциального воздействия на психику. В прежней классификации оно обозначалось как состояние, а не болезнь. Понятие «состояние» обозначает, что это врожденное явление или же возникающее с первых лет жизни человека и в неизменной форме сохраняющееся до её конца. И хотя можно говорить об определенной динамике, определенных изменениях и трансформации умственной отсталости при благоприятных или неблагоприятных внешних средовых условиях, тем не менее, данное состояние всегда характеризуется относительной стабильностью.

Прежде в разряд состояний попадали очень, казалось бы, разные психические отклонения, такие, как олигофрения, или слабоумие, и психопатия. Сегодня мы отошли от этих терминов как стигматизирующих. Термин «олигофрения» означает «мало ума», т.е. дурак. Кроме него в истории психиатрии имеют место и другие термины, предназначавшиеся для врачей («идиот», «имбицил», «дебил»), когда проблема стигматизации не являлась настолько актуальной.

С одной стороны, это была медицинская классификация степеней олигофрении: лёгкая называлась «дебильность», средняя – «имбицильность», тяжелая – «идиотия», с другой стороны, в бытовом звучании это приобрело характер оскорбления. Если кого-то назовут «идиотом», то никто не полезет в словарь русского языка, чтобы посмотреть значение этого слова. Всем и так ясно.

Последовательная же работа по дестигматизации психических расстройств привела к отказу от ряда терминов во многих странах. В частности, от «олигофрении» отказались давно, заменив её «ментальной ретардацией».

К этому понятию необходимо приучить население, прежде всего это можно сделать через врачей первичной помощи, которые овладеют новой терминологией психических нарушений, той, в которой нет стигматизирующего звучания. В Великобритании пошли дальше: именно с целью дестигматизации ввели другой термин, обозначающий один из главных признаков этого состояния – неспособность к обучению. Теперь и педагогические, и социальные, и медицинские службы Соединенного Королевства используют термин «неспособность к обучению». Хотя и он далеко не безупречен и тоже может вызвать возражения, потому что, во-первых, в нем содержится неопределенность (к какому обучению?), во-вторых, как бы закрепляется то, что это никак не может быть изменено. Следовательно, более адекватен термин «ментальная ретардация».

Какова среднестатистическая температура тела здорового человека? – 36,6 °С. Но и 36,4°, 36,7 °С считают нормой. Вот температура 37,0 °С свидетельствует уже о легком субфебрилитете, а 39,0 °С – однозначно о гипертермии. Температура в 30,0 °С явно свидетельствует о смерти. Впрочем, есть люди с особой вегетативной регуляцией, для которых температура 35,5 °С является нормальной, стабильной на протяжении жизни. Это свидетельствует о неких особенностях, а, может быть, о дисрегуляции вегетативных функций, но если не сопровождается какими-то другими патологическими явлениями, мы условно можем считать эту температуру для данного человека нормальной.

Показатели артериального давления, среднего роста, среднего веса – все это тоже условные параметры. О патологии можно говорить только на явных полюсах такого непрерывного распределения. Поэтому для данных параметров используют так на-

зываемую гаусовскую кривую – статистическое распределение той или иной характеристики в большой группе населения, где среднее принимается за показатель нормы.

Таким образом, если мы говорим об интеллекте, то должны задать вопрос, с помощью каких цифр получается это распределение. Когда речь идет об измерении роста, то используют ростомер, вес измеряют с помощью весов, температуру – с помощью термометра. Но как измерить интеллект? В настоящее время самым распространенным способом является определение так называемого коэффициента интеллекта, или IQ. Это набор стандартных тестов, адаптированных для разных стран, и в них ориентировочно исследуются не навыки человека, не его обученность чему-то, а потенциальные способности к обучению. Изучаются не свойства памяти, а сообразительность и способность человека к логическому мышлению, умение отделить главное от второстепенного, способность находить какие-то закономерности, общие принципы, объединяющие или разъединяющие какие-либо явления.

Во всех международных классификациях показатель этого коэффициента является решающим, одним из главных диагностических инструментов выявления ментальной ретардации. Для нашей страны, в связи с несформированной службой клинической и педагогической психологии и невозможностью не только врачу первичной медицинской помощи, но часто и психиатру использовать этот метод измерения, главным становятся другие диагностические признаки данного патологического состояния. Суммарно их можно обозначить двумя категориями: это сниженная или, в тяжелых случаях, практически отсутствующая способность к получению навыков образования и низкая способность к социальной адаптации.

О каких навыках можно говорить, измеряя интеллект человека и решая вопрос, есть ли у ребенка ментальная ретардация или нет? Прежде всего исследуются те из них, которые нужны для того, чтобы человек мог приобрести способность к самостоятельной жизни. Это навыки самообслуживания, для детей – навык одеваться, навыки гигиены, игры, общения со сверстниками и взрослыми. По сути, навыки самообслуживания можно назвать навыками приобретения первичной автономии, т.е. той, которая обеспечивает самые минимальные, базисные потребности человека.

Далее – это постепенное обучение навыкам самостоятельного ведения домашнего хозяйства. Я уже говорил, что самообслуживание тоже требует навыков общения. Например, если ребенок не умеет зашнуровать ботинок, он может научиться этому с помощью родителей или старшего брата. Он может обратиться к кому-то из взрослых с просьбой помочь овладеть тем или иным навыком самообслуживания, но должен, прежде всего, уметь обращаться за помощью. Навыки в общении подразумевают более высокий уровень задач: способность познакомиться с новым человеком, определить, с кем возможно это знакомство, а с кем – нет, как взаимодействовать с разными людьми, как получить понятие о дифференцированном мире, о том, что этот мир разнообразен и поэтому наше общение должно быть разным. В каких-то случаях мир помогает нам: например, мы находим союзников в выполнении какой-то задачи, в решении какой-то проблемы, которая носит социально одобряемый характер. Мы можем найти и сообщников для реализации замысла, который носит антисоциальный характер. Ребенок должен постепенно научиться дифференцировать мир, понимать, что он бывает и агрессивным, и добрым, и нейтральным. Ему следует научиться распознавать эти различия и особенности мира для построения разных стратегий общения.

Социальные навыки – это умение работать, в частности получить образование, знание социальных норм, декларированных в виде уголовных, гражданских, налоговых кодексов или, что еще выше, Конституции либо каких-то правил поведения в определенном месте.

Здесь очень важна способность овладения теми навыками, которые не регламентируются в каждом отдельном случае, а являются неким общим правилом, и ты сам можешь выводить из них формы своего поведения в том или ином месте. Например, человек, простите, мочится в лифте. А когда вы его спрашиваете, зачем он это делает, он говорит, что здесь же не написано «не мочиться». Но здесь не написано и что нельзя ездить на велосипеде, смотреть телевизор, накрывать стол и т.д. Мы выводим правило поведения в лифте из общих принципов понимания поведения людей в определенном месте. Для человека же с ментальной ретардацией в процессе обучения приходится создавать конкретику поведения почти в каждой конкретной ситуации.

Наконец, последний навык, который каждый человек чаще всего приобретает самостоятельно, а иногда и с помощью профессионалов-психотерапевтов, это совладание со стрессом. Существуют профессиональные способы совладания со стрессом, которые мы можем дать человеку в тех случаях, когда он хотел бы это сделать. Например, он работает в условиях повышенного дистресса, его профессиональная деятельность такова, что человек находится в подобном состоянии почти постоянно, с частой угрозой для жизни, например в спецназе или ОМОНе. Это может быть также диспетчер крупного аэропорта, который трудится в условиях тяжелых информационных перегрузок. Обычно со временем мы находим свой способ преодоления стресса, и то, насколько мы на это способны, свидетельствует о нашей психической зрелости.

Если подытожить все эти навыки, то видно, что они выводят нас на два основных параметра – адаптация, включая сюда и способность справляться со стрессом, и «научение» (в широком смысле этого слова).

Обычно мы мало говорим об этиологии того или иного расстройства, предполагая, что в тех случаях, когда врач первичной медицинской помощи пока еще не может участвовать в профилактике того или иного нарушения, вопросы этиологии для него не являются актуальными. Действительно, нет смысла перечислять все этиологические теории депрессий, поскольку в настоящее время мы имеем мало возможностей оказывать влияние на первичную профилактику данного расстройства.

Однако в отношении ментальной ретардации дело обстоит иначе. Это сложное явление, в возникновении которого участвуют самые разные факторы: генетический, биологический, психосоциальный. Первый из них является доказанным при некоторых клинических вариантах ментальной ретардации, а в других – пока еще гипотетичен. Биологические факторы связаны с пренатальным периодом: это заболевания матери, употребление ею алкоголя или наркотических веществ либо прием каких-то медицинских препаратов. Промышленные интоксикации, несбалансированное или скудное питание – все это может привести к рождению ребенка с ментальной ретардацией. Роль врача первичной медицинской помощи (семейного врача) здесь достаточно высока. Если у беременной женщины выраженная гипоксия, связанная, напри-

мер, с анемией, то необходимо решать вопрос (если лечение этого состояния невозможно) о прогнозе возможного психического состояния ребенка в будущем. Врач должен рассказать беременной об этом риске, а также очень целенаправленно, обдуманно подходить к назначению лекарств. Обратили ли вы внимание на то, что в аннотациях большинства препаратов самых разных групп не рекомендуется давать их беременным женщинам, особенно в первый триместр, потому что не исключается токсическое влияние на плод?

Когда-то, лет тридцать назад, очень широкую огласку приобрела история с талидомидом, прорекламированным как легкое и безвредное снотворное, которое могут принимать и беременные. Этот препарат был разрекламирован во всем мире. Как вдруг, в некоторых странах, особенно в Японии, где применение талидомида носило широкий характер, возникла целая эпидемия рождения детей с уродствами, отсутствием конечностей и т.п. Фирма, производившая данный препарат, получила массу судебных исков, и на ее попечении оказались все больные дети, которых она должна была содержать до конца их дней.

После указанного случая процедура испытания препарата стала обязательно включать исследования на беременных животных, в том числе изучение тератогенного влияния на потомство. Однако если на животном можно определить тератогенность препарата (скажем, рождается мышка без одной конечности), то замерить влияние лекарства на интеллектуальные возможности той же мышки практически невозможно. Поэтому практически все препараты не рекомендуется принимать в период беременности. Очень трудно определить, повлияет или нет какой-то препарат на умственное развитие будущего ребенка.

Врач первичной медицинской помощи любыми путями должен объяснить будущей матери, даже из самой бедной семьи, как правильно питаться. К числу биологических факторов относится также и возраст беременной. Так, один из самых частых вариантов ментальной ретардации – болезнь Дауна – возникает у поздно рождающих женщин. Поэтому регулирование семьи в тех странах, где рождение детей характеризуется очень широким возрастным интервалом матери от 13–14 до 50–60 лет, т.е. пока нет менопаузы, работа врачей по регуляции рождаемости, конечно, играет свою роль в том, чтобы уменьшить число детей с болезнью Дауна.

В тех странах, где женщин смогли убедить, что поздний возраст – это фактор риска рождения ребенка с умственной отсталостью, число таких детей сократилось. В развитых государствах родовая травма как причина возникновения ментальной ретардации практически устранена, но там, где родовспоможение находится на недостаточно высоком уровне, родовой травматизм также относится к числу факторов, приводящих к ментальной ретардации.

Не только в период беременности, но и в первый год жизни даже у здорового ребенка тоже может возникнуть ментальная ретардация. Это связано с употреблением матерью каких-то лекарств, наркотических веществ или алкоголя, если ребенок находится на грудном вскармливании. Игрют роль и инфекционные заболевания, ведущие к внутримозговой инфекции, заболеванию среднего уха, отитам – все это способно привести к возникновению ментальной ретардации.

Еще один важный фактор, характерный для последнего времени, – это повышенный уровень радиации, который влечет за собой увеличение рождаемости детей с ментальной ретардацией. Поэтому такие техногенные катастрофы, как Чернобыль, являются угрозой не только для ныне живущих людей, но и для тех, кому ещё предстоит родиться.

Следующая группа – это психосоциальные факторы: психосоциальная депривация, безнадзорность, которая чаще всего возникает среди деклассированных слоев общества, в семьях с алкогольной и наркотической зависимостью или в очень многодетных семьях, имеющих низкий экономический потенциал. Здесь происходит как бы сложение двух факторов – биологического и социального. Например, неправильное кормление ребенка, недостаток витаминов, белков, плюс раннее употребление алкоголя, иногда с 3–4 лет, – все это тоже путь к формированию ментальной ретардации.

Изложенное выше подтверждает многофакторный характер возникновения умственной отсталости. В одном варианте мы имеем классический генетический дефект, например болезнь Дауна, трисомию 21-й хромосомы. Тогда, даже при самых благоприятных условиях воспитания и обучения, сохраняется ментальная ретардация. Она может быть слегка сглаженной, но все равно остается. В другом случае рождается совершенно здоровый ребенок, но попадающий в условия психосоциальной де-

приваации. Например, история с так называемыми «маугли», т.е. с детьми, воспитанными животными. Такие дети отличались тяжелой ментальной ретардацией, потому что не получили навыков, необходимых для человека, и прежде всего навыков владения человеческой речью. Поэтому реальные истории с детьми, которые воспитывались обезьянами, или волками, или овцами, на самом деле опровергают красивую сказку Киплинга. Для того чтобы ребенок нормально формировался, ему требуется, прежде всего, общение с себе подобными, а не с животными. Иногда такие отрицательные условия создаются как бы искусственно, например воспитание детей в «плохих» Домах ребенка, когда тридцать детей приходится на одного воспитателя или санитарку, которые, при всем желании, не могут разговаривать с каждым подопечным. У таких детей также формируется умственное отставание.

Я помню экспертный случай: мы обследовали юношу во время призыва в армию, и на военно-врачебной комиссии была обнаружена выраженная умственная отсталость. Стали выяснять её причину. Оказалось, что этот ребенок воспитывался у чужого человека, который с детства превратил его в маленького раба, т.е. было воспитано ограниченное существо, которое обладало лишь навыками, необходимыми для минимального самообслуживания и грубой физической работы. Его словарный запас был весьма ограничен и включал в себя только команды или слова, означавшие какую-то просьбу. Так был сформирован раб, предназначенный для безупречного служения своему хозяину. Это была судебно-психиатрическая экспертиза; в отношении «владельца» данного юноши справедливо возбудили уголовное дело, благодаря чему мы и узнали об условиях такого, с позволения сказать, воспитания.

Этиология ментальной ретардации определенным образом сказывается и на ее эпидемиологии. Наиболее часто распространенность ментальной ретардации оценивается в 1%, т.е. каждый сотый человек на Земле имеет умственную отсталость. Иногда даются и более высокие цифры – до 2,5% населения, но это зависит от тех критериев, которыми пользуются для постановки подобного диагноза, в частности от общепринятого коэффициента IQ. Мне кажется, более адекватным является всё-таки показатель в 1%. Причём, самая легкая степень ментальной ретардации встречается в 75% случаях заболевания, т.е. если взять 100 людей

с данной патологией, то у 75 из них будет легкая степень. Так вот, среди этих 75% преобладают люди из низших слоев общества, что связано и с рядом биологических факторов, например с тем, как протекает беременность, как питается мать, насколько она здорова; затем – с факторами образования, обучения, надзорностью или безнадзорностью ребенка. Это, как правило, встречается в многодетных семьях, где происходит передача функций обучения старшим детям, где они, а не родители, обеспечивают воспитательный и образовательный процесс младших. Кроме того, в многодетной семье выше вероятность позднего рождения ребенка и, соответственно, риск появления детей с болезнью Дауна.

Я уже говорил о тех предупредительных мерах, которые может и должен осуществить врач первичной медицинской помощи. Однако он в состоянии сделать еще и другое: если им заподозрено наличие ментальной ретардации у пациента, то следует обеспечить консультирование матери или обоих родителей в генетической консультации, чтобы попытаться установить причину и тем самым снизить риск возникновения повторной беременности с аналогичным результатом. Необходима также и консультация детского психиатра. Чем раньше будет произведено консультирование ребенка специалистом, тем скорее семья сможет организовать систему иного обучения, чем это требуется для обычного ребенка.

В первичном выявлении ментальной ретардации участвует ряд факторов: образованность и подготовленность семейного врача, а также определенное образование родителей, их конструктивность и отсутствие механизмов отрицания. В развитых странах очень распространены курсы для семей, где ждут ребенка, и не только для матери, но и для других членов семьи, обычно мужа. Эти курсы включают, помимо рекомендаций, как вести себя во время беременности, как питаться, ещё и советы, как взаимодействовать со своим плодом. Существует достаточно большое количество научных трудов о так называемой «эмбриональной психике ребенка». Проведены исследования, показывающие, что активное общение с эмбрионом очень для него полезно. Поэтому старинное наблюдение о том, что беременная женщина должна смотреть на что-то красивое и чаще бывать в красивых местах, находит экспериментальное подтверждение – положительные эмоции матери играют чрезвычайно важную роль.

Ведь что такое эмоция? Это, прежде всего, некий биохимический процесс, который, в связи с общностью кровообращения матери и плода, несомненно, отражается и на мозге ребенка. Скажем, депрессия матери нежелательна не только для нее, но и для плода; ее плохое питание отрицательно сказывается не только на ней, но и на ребенке.

На этих курсах обучают, например, как разговаривать со своим плодом, как его гладить, ласкать, потому что через тактильный канал удается передавать положительные эмоции. Было выполнено исследование, в котором обследовались матери, ласкавшие своих будущих детей, они гладили свой живот, часто говорили ребенку ласковые слова (их специально обучали этому), и те, которые этого не делали. Дальше следовала одинаковая стандартизированная система воспитания, подбирались достаточно стандартные семьи, с одинаковым уровнем доходов, и психологи только наблюдали, но не вмешивались в систему воспитания. Через три года были исследованы уровни невротизма, уровень тревожности и с высокой достоверностью показано, что в той группе, где мать очень активно общалась со своим будущим ребенком, дети оказались гораздо спокойнее. Количество так называемых детских неврозов у них встречалось в два раза реже.

Когда речь идет о более тяжелой степени умственного недоразвития, социальные факторы начинают сглаживаться. Хотя есть исследования, показывающие, что и тяжелая степень умственного недоразвития встречается реже в экономически высокоразвитых слоях общества. В число биологических факторов риска входят также близкородственные браки – не зря почти все религиозные конфессии вводят на это запрет. Высок процент умственного недоразвития у так называемых изолянтов, например малых народностей, живущих изолированно и склонных к близкородственным бракам.

Когда-то в Советском Союзе провели интересное исследование по таким изолянтам. В Архангельской области обнаружили село, куда даже в 80-е годы было трудно добраться: летом – по реке, зимой – только вертолетом. Возникло оно около двух с половиной веков назад, когда две семьи, спасаясь от эпидемии чумы, погрузили на большие лодки всех своих домочадцев, скот, имущество и уплыли в такое место, где никто не жил – чтобы изолироваться от мира и тем самым спастись от эпидемии. Та-

ким образом, браки заключались между представителями двух больших семей. Это можно было проследить по регистрации браков, а также рождения детей в сохранившихся, к счастью, церковных книгах (первое, что сделали эти люди, – построили церковь). Это позволило построить генеалогическое дерево каждого человека и изучить влияние близкородственных связей, т.к. там почти не встречалось пришлых и уехавших. В данных условиях возникли свои критерии уровня умственного развития, ибо практически не было людей без той или иной степени ментальной ретардации.

Далее следует поговорить об отношении общества к людям с ментальной ретардацией и некоторых особенностях личности таких людей. Здесь имеет значение социальная позиция – не только микросоциальная (в семье), но и макросоциальная, то есть насколько общество терпимо к подобным людям и готово помогать им адаптироваться к жизни. Дополни свой рассказ о людях из села-изолянта тем, что они предпочитали не уезжать в другие районы, поскольку в селе была ситуация социальной терпимости к лицам с ментальной ретардацией. В других городах жилось лучше, богаче, но там к ним отнеслись бы совершенно по-другому.

Коренное отличие ситуации с ментальной ретардацией в нашей стране и в развитых государствах мира состоит не в том, что у нас выше процент умственно отсталых, а в том, что у нас человек с ментальной ретардацией – это изгой, причем навсегда. К таким людям окружающие, в том числе врачи, относятся враждебно, с насмешкой или покровительственно-доброжелательно. Это покровительственное отношение сверху вниз: «Ну что с тебя, дурака, взять?», и при этом – некая имитация любви, ибо эта имитированная любовь построена на личностных механизмах врача, на механизмах его психологической защиты. Одной из самых сложных проблем для многих людей является определение уровня и качества своего ума, своего места в иерархии себе подобных. Кто я – умный или неумный? Это самооценка не только личностных, но и интеллектуальных способностей.

Когда начиналось кооперативное движение, один весьма инфантильный комсомольский работник начал меня агитировать создать такой психодиагностический кооператив. Он сказал: «Все хотят оценить свои умственные способности». Я категорически

не согласился с ним, потому что большинство людей как раз боятся это узнать. Напротив, главная проблема, которую встречает экспериментальный психолог при работе с какими-то тестами, это то, что тест воспринимается пациентом как проверка умственных способностей. Дальнейшее развитие ситуации подтвердило мои предположения.

Например, ты работаешь с опросником Спилбергера–Ханина по изучению тревоги и тревожности, а твой пациент говорит, что не хочет и не будет его заполнять. Оказывается, он считает, что проверяют его умственные способности. К параклиническим методам наши пациенты относятся как к чему-то очень достоверному, и для них участие в выполнении тестов равносильно разрешению кому-то «засунуть» в его голову термометр, на котором написано: «глупый», «умеренно глупый», «полоумный», «среднеумный», «умный». А вдруг я не достигну этого верхнего значения – «умный»?! Поэтому очень многие люди, в том числе и врачи, не слишком доверяют своим интеллектуальным способностям. Они все время как бы производят сверку своего ума с другими людьми, книгами, фильмами, а когда встречают человека, который достоверно глупее, то ощущают такое приятное чувство: «Господи, как хорошо быть умным, как мне повезло!» Поскольку это как бы любовное, но любовное в кавычках, покровительственное отношение: «Ну что, младший братик, которому не повезло, давай поговорим: у тебя ручки есть, у тебя носик есть. Покажи, где у дяди носик. Нет, это не носик, это ухо, ой, а это уже совсем не то!»

В других случаях пациент с ментальной ретардацией доставляет врачу массу проблем. Дело в том, что умственная отсталость, особенно хромосомная, сопровождается грубыми нарушениями и других функциональных систем: кровообращения, движения и пр. Это пациенты, которые имеют непродолжительную жизнь. У людей с ментальной ретардацией значительно короче век снижения не только психологической, но и биологической адаптации. Они погибают от тех заболеваний, от которых люди без ментальной ретардации не умирают.

Врач первичной медицинской помощи, обследующий у пациента не его интеллектуальные способности, а состояние легких или сердца, «натывается» все время на то, что пациент не выполняет инструкций или не понимает их, либо делает всё наоборот. Это вызывает негодование. И следует реакция, когда врач говорит

матери: «Кого вы ко мне привели? Что это такое?! Слушайте, сами переворачивайте его». Тут сразу же заклеены двое – и ребенок и мать: «Это ты родила такого».

Следует учесть при этом, что у многих матерей, дети которых имеют ментальную ретардацию, на протяжении всей жизни часто функционирует чувство вины. Будучи молодым врачом, я посмотрел фильм «Доживем до понедельника», такой очень милый, сентиментальный фильм. Там есть сцена, где один ученик, мальчик с легкой ментальной ретардацией, плохо учится. Учитель бьется за то, чтобы он успевал в учёбе, а мальчик ходит в танцевальный кружок. Преподаватель в очередной раз вызывает маму этого мальчика и произносит такую фразу: «Ему не ноги, ему голову тренировать нужно!» И вдруг эта мать с гневом говорит ему: «А что вы хотите? У него отец и дед – потомственные алкоголики».

Я несколько раз смотрел этот фильм и всегда внутренне негодовал: «Как несправедливы люди! Какое она имеет право тыкать пальцем в человека (учителя), который мучается с ее сыном? Кто ее просил выходить замуж за потомственного алкоголика, это ведь она сама выбрала судьбу, так, может быть, теперь ей надо поплакать и покаяться?!» Наверное, как молодой врач я тогда еще не знал, что главным маркером чувства вины у людей является агрессия. И чем больше эта мать винит себя за то, что родила такого сына, что вышла замуж за потомственного алкоголика, чем дольше она несет этот груз вины, тем более агрессивна будет к другим людям. Поэтому, когда вы прикрикните на такую мать, то в ответ, скорее всего, получите оскорбительную агрессию, ибо вы снова дотронулись до чувства вины. Общество стесняется своих ментальных ретардантов, отгораживается от них и (как способ оправдания этого отгорожения) создает мифы об их агрессивности, крайней сексуальной распушенности, неспособности адаптироваться ни к каким жизненным правилам.

Ребенку запрещают играть с такими сверстниками. Какую же ответную реакцию вызывает это у детей с ментальной ретардацией? С самого раннего детства такое дитя, как бы ни были высоки его способности к обучению, получает подтверждение и подкрепление своей неполноценности. Более того, это социальное неодобрение его неполноценности часто подтверждается агрессией со стороны взрослых, которые воспринимают его неадаптивность

как акт непослушания, признак скверного характера, избирая в качестве основного воспитательного средства опять же агрессию и наказание.

Вспомните сериал «33 квадратных метра»: мальчика Андриюшу и его папу с вечным атрибутом воспитания – ремнем. Вспомним примеры воспитания и обучения, например, английскому языку, где с помощью ремня папа выучивает с ним одну фразу, которую ребенок воспроизводит в самых разных ситуациях.

В странах, где активно борются со стигматизацией психических больных, в том числе и со стигматизацией ментальной ретардации, показ такого сериала был бы невозможен (несмотря на юмористический типаж героев). Он вызвал бы бурю протеста, судебных исков со стороны всевозможных ассоциаций родственников людей с ментальной ретардацией, правозащитных организаций, рассмотрен как откровенно стигматизирующий фильм.

Для нас же это просто смешная картинка, в которой нормальный советский ребенок-дебил, папа-полудебил, бабушка-блудливая старушка – эдакое «милое» семейство. Я понимаю иронию авторов, а возможно, и их горечь за то, что это широко распространенное явление, но, тем не менее, ментальная ретардация – не повод для шуток.

«Натыкание» на постоянные неудачи формирует низкую самооценку человека с ментальной ретардацией, а низкая самооценка суживает адаптационные возможности и, главное, снижает желание чему-то научиться. Поэтому первая информация для семьи, которую вы обязаны дать родственникам: главным принципом воспитания и обучения ребенка с ментальной ретардацией должно стать поощрение. Ни один самый маленький успех не должен остаться незамеченным. Это не обязательно материальное вознаграждение, это, скорее, вербальное или поведенческое поощрение.

Далее, давая совет семье, объясните, что агрессия по отношению к ребенку с ментальной ретардацией приведет лишь к усилению его агрессивности. И когда вы услышите от родителей, что «он понимает только окрик, битье», постарайтесь опровергнуть это. Скажите, что когда-нибудь ребенок подрастет, а вы, родители, физически ослабнете, и тогда каждый шлепок, которым вы его сейчас награждаете, вернется к вам ударом, после которого вы можете не встать. Иногда полезно прибегать к нашему человеческому эгоизму, к чувству самосохранения.

В семьях отношение к детям с ментальной ретардацией часто носит полярный характер. Нередко таких детей скрывают, их стыдятся, не любят и не совсем осознанно мечтают, чтобы их не стало. Поэтому поздно обращаются за медицинской помощью, обычно в случаях какого-то соматического заболевания или когда ребенка не принимают в школу. Другой полюс – крайняя гиперопека, лишение такого ребенка всякой самостоятельности.

Вы должны объяснить семье хотя бы следующее: если у них уже есть здоровый ребенок, то пусть вспомнят, что для формирования у него, например, навыков опрятности им понадобилось несколько месяцев. В случае же больного дитя им, следовательно, понадобятся годы. Главное, чему семья должна научиться, – это терпение. Научите их принципу «двигаться вперед только маленькими шагами». Учите их «прыгать не на метр, а на пять сантиметров». Скажите так: «Если вы попробуете дойти до метра, то знаете, что вам понадобятся годы». Может быть, больной ребенок никогда и не сможет «прыгнуть на метр», а научится «прыгать только на 30 см», но это тоже победа.

Следующий принцип. Советуйте родителям обязательно консультироваться со специалистом (детским психиатром или психологом) о тех возможностях, к которым надо реалистично подводить такого ребенка. Надо помнить, что дети с ментальной ретардацией часто очень пассивны и подчиняемы, поэтому близкие не должны лишать таких детей инициативы, даже если эта инициатива создает для окружающих какие-то трудности. Лишая ребенка инициативы, взрослые только усиливают эту подчиняемость и пассивность. Надо прибегнуть к следующему убеждению: «Вы ведь не всегда будете рядом с вашим ребенком, а неспособность оказывать противодействие чужому влиянию может привести его в асоциальную компанию, в которой он станет «козлом отпущения»».

Я не знаю, насколько приемлем такой способ реабилитации людей с легкой ментальной ретардацией, но у нас была очень активная доктор- психиатр в одном из районов, которая выступала своеобразной свахой для ментальных ретардантов. Она подыскивала им невест – тихих, послушных, добрых, но умеющих руководить, чаще из семей с очень малым достатком; к тому же не очень красивых, имеющих мало шансов на престижный брак.

Я не решил для себя, удачный ли это способ реабилитации в нашем социуме. Но если мы живем в стране, где браки часто совершаются по воле родителей, а не потому, что люди любят друг друга, то, возможно, подобная форма адаптации является достаточно адекватной для наших культуральных условий.

С чем сочетается ментальная ретардация? Часто с такими явлениями, как расстройства поведения, в том числе сексуального (среди малолетних проституток немало девочек с ментальной ретардацией, нередко – с энурезом и эпилепсией).

Сама ментальная ретардация не лечится. Попытки «пичкать» таких детей громадными дозами ноотропов, витаминов, так называемых общеукрепляющих препаратов не являются примером доказательной медицины. Сегодня в нашем арсенале пока ещё нет средств, которые биологически могли бы поднять уровень интеллектуального развития человека. Биологическая терапия применяется только в тех случаях, когда ментальная ретардация сочетается с каким-то другим расстройством, например с синдромом дефицита внимания и гипердинамическим синдромом, с агрессивностью и тревожными или депрессивными расстройствами. Идея о том, что «дураку легче жить на этом свете», потому что он обитает в более упрощенном мире, чем мы с вами, на самом деле абсолютно неверна.

Старые исследования по так называемым психогенным шок-реакциям или по реактивным психозам показывают, что подверженность постстрессовым расстройствам или расстройствам адаптации у людей с ментальной ретардацией во много раз выше, чем у лиц со зрелой психикой. Поэтому такие пациенты очень уязвимы в отношении психического стресса и у них могут возникать и тревожные, и депрессивные расстройства.

Основным приспособительным механизмом у людей с ментальной ретардацией является формирование ригидных, стереотипных форм поведения и страх перед чем-то новым.

Одним из таких приспособительных механизмов является отгороженность. Отгороженность от нового, от окружающего мира, от всего того, что вызывает страх. Позвольте привести вам два примера, свидетелем которых я был. У нас имелись лечебные мастерские, где в картонажном цехе клеили коробочки, пакеты и т.п. Там работали в основном молодые ребята с ментальной ретардацией. Они часто вместе ездили на работу, дружили. Однажды

на остановке автобуса я наблюдал следующую сцену: эти ребята, человек 6–7, ехали с работы, стояли в транспорте кучкой, спинами к другим людям, таким плотным оборонительным кольцом, отделяющим их от окружающего мира. Между ними и другими людьми лежала незримая граница, которую эти две группы людей не переступали. В этот момент у одного из ребят случился эпилептический припадок. Зрелище это достаточно тяжелое даже для врача, который не так уж часто сталкивается с подобным, а для непросвещенных – и вовсе тягостное. В тот же миг кольцо сомкнулось, ребята распахнули свои пальто, чтобы никто не видел их товарища, а один стал ему помогать.

Другой пример. Как-то летом мы с супругой отдыхали на побережье Италии. Море, гостиница для туристов. Завтракали и ужинали мы в этой гостинице. Туда же социальный работник привез группу ребят с ментальной ретардацией, за каждым из которых было закреплено свое место. Я стал следить, как взаимодействуют эти ребята с окружающими, и наоборот. Поначалу я увидел их стремление к «круговой обороне», хотя в меньшей степени, чем у вышеупомянутых наших, которые стояли кольцом. Но где-то к четвертому дню этот бастион начал распадаться. И по одной простой причине: я увидел, что окружающие люди по отношению к ретардантам ведут себя точно так же, как если бы там сидела любая другая компания здоровых людей, – без особого интереса, но и без отторжения. Ну, сидим вместе и едим.

Вечерами я наблюдал, как они гуляли по улице, где масса кафе, аттракционов. Первые дни они перемещались эдакой монолитной группой, во главе которой шел их социальный работник. Потом мы часто вместе сидели в кафе, где они отнюдь не занимали столики монолитно, а вкраплялись небольшими группками. Постепенно это гуляние по улице перестало напоминать военную колонну, которая приготовилась к обороне. На них никто не обращал внимания. Их не обласкивали и не делали специальных поблажек. Так же и на пляже: они были такими же, как все.

Я привел вам два примера и думаю, что если то, чем сейчас мы с вами занимаемся, даст результат и вы будете хорошо работать, то лет через 20 на Иссык-Куле кто-то увидит такую же картину, как я увидел на итальянском побережье. Если так случится, значит, наши усилия не напрасны. В этом нет ничего искусственного, а есть принятие некоего факта. Не стоит подходить

к такому человеку с просьбой решить какую-то алгебраическую задачу или разгадать какое-то неизвестное слово в кроссворде, но и не нужно сидеть за столом с напряженной спиной, ожидая, что сейчас в тебя воткнут вилку.

Стигматизация больных с ментальной ретардацией усиливается еще и потому, что внешность, телосложение и особая моторика являются одними из признаков этого состояния: неловкость, особые черты лица при болезни Дауна, деформации костного скелета. Больные неловко двигаются, их мимическая экспрессия не всегда адекватна, что бросается в глаза. Не надо приучать себя не замечать этого – надо исповедовать другой принцип: люди могут быть очень разными, в том числе и странными в своей походке. Мы же не клеймим людей, когда у них скверные коронарные сосуды. Мы не клеймим тех, которые родились с тугоухостью, хотя нам трудно с ними общаться, но их никто не считает идиотами.

Вот чем вам предстоит заниматься. Вначале воспитать это в самих себе, а потом – в других. Этого можно достичь только тогда, когда все общество в целом станет немного иным, когда оно станет уважать человека просто за то, что он человек, лишая его уважения лишь в случае, если им совершаются преступления. Поэтому участникам альтернативных Олимпийских игр для людей с ментальной ретардацией можно только аплодировать, как и тем спортсменам, которые участвуют в обычных Олимпийских играх, поскольку здесь работает принцип равенства. Если у тебя нормальные ноги, нормальная психика, то ты можешь проплыть двести метров быстрее всех и получить за это медаль. И если у тебя умственная отсталость, то ты тоже можешь плыть быстрее других (пусть и не так, как тот, кто установил мировой рекорд) и получить заслуженную медаль. Следует принять как факт: жизнь – это своеобразные Олимпийские игры, но медали здесь раздают по-другому – каждый награждает себя сам.

Теперь охарактеризуем ситуацию с диагностикой и помощью детям и подросткам в первичной сети, а также со стороны детских психиатров и психотерапевтов. Рассмотрим ее с нескольких основных позиций.

1. Поздняя обращаемость родителей за помощью, запоздалое выявление расстройств и потеря времени, которая в случае детских нарушений часто играет серьезную роль. Почему это происходит? Прежде всего из-за слабого знакомства педиатров, семей-

ных врачей с возможным диапазоном детских или подростковых психических расстройств. Типичны несколько вариантов, когда родители сами обращаются за помощью. К примеру, может иметь место искажение возрастных норм, рассмотрение начинающегося психического расстройства как варианта нормы. Мне несколько раз в жизни приходилось видеть детей в возрасте 6–7 лет практически с отсутствием речи, и, когда я задавал вопрос: «Обращались ли за помощью к врачу?», один из ответов был таков: «Да, обращались, но врач успокоила нас, мол, не переживайте, он так заговорит, что вы еще устанете от его разговоров». А в другом случае врач заявила: «Вы зря беспокоитесь, у меня муж не разговаривал до 6 лет, а сейчас почти нормально говорит». Т.е. вместо врачебной диагностики возникает бытовая позиция. Как в былинке про Илью Муромца, который до 33 лет лежал на печи, а потом встал и стал сказочным богатырем. Повторяю, это некий бытовой уровень, основанный на мифологии.

Случается и другое: когда врач создает собственные концепции, далекие от реальной диагностики, вместо того чтобы сказать: «Вы знаете, так получилось в жизни, что я совершенно в этом некомпетентен. Лучше, если вы обратитесь к специалисту».

И, наконец, возможен вариант, когда врач не в силах оценить это расстройство и пытается направить ребенка к специалисту, но слово «психиатр» вызывает у родителей столь активную негативную реакцию, что они предпочитают посещать знахаря или продолжают наблюдаться у врача первичной медицинской помощи, боясь стигматизации. Итак, случаи позднего обращения могут быть связаны не только с врачебными действиями, но и с поведением родителей, когда за ребенком не осуществляют должного наблюдения, из-за чего оказание помощи затягивается.

Другой вариант: когда сверхзаботливые родители в результате гиперопеки приводят к тем же последствиям. Первое из этих последствий – семья разрабатывает свою схему оказания помощи, часто очень неадекватную. При этом преуменьшаются явные признаки патологического поведения ребенка из-за страха признания его больным и создается своя собственная система, которая должна компенсировать поведенческие расстройства. Например, при наличии в семье ребенка с тревожным расстройством, с постоянным страхом остаться одному, родители вырабатывают некую систему: или кто-то отпрашивается с работы, или же нанимают

няню, с ребенком непрерывно общаются, спят, т.е. 24 часа в сутки ребенок должен ощущать присутствие родителей или воспитателя. Обращение к специалистам происходит лишь в случаях, когда возникает необходимость адаптации ребенка к новым условиям. Например, экономическое положение семьи ухудшилось, родители не могут нанять няню и вынуждены отдать ребенка в детский сад. Попытка не удалась – тогда они обращаются за помощью. Это же происходит при необходимости обучения ребенка в школе. Возраст 6–7 лет, когда ребенок идет в школу и требуется привыкание к ней, к другим условиям жизни, нежели дома, приводит к всевозможному возникновению психических расстройств.

Иногда бывает и другой вариант: когда поведение ребенка в семье с гиперопекой вызывает очень сильный страх, тревогу и поспешную ненужную консультацию не у врача первичной медицинской помощи, а непосредственно у врача-специалиста. Когда мы говорили с вами о тревоге и страхе, то подчеркивали, что границу между нормой и патологией в понятиях «нормальная тревога» и «патологическая тревога» провести очень трудно, особенно в детском возрасте, поскольку практически все дети проходят через период страхов. И вот здесь-то задача врача первичной медицинской помощи – найти ту черту, где заканчивается норма и начинается патология, где необходима помощь специалиста.

2. Еще одно отклонение, которое зачастую тоже поздно диагностируется, переходит во взрослый возраст, но и там редко выявляется, – это соматизированное, соматоформное расстройство, достаточно часто встречающееся у детей. Такие нарушения проходят под маской соматических заболеваний и порождают семейную концепцию особой соматической уязвимости ребенка: он вырастает с идеей своей соматической неполноценности, которую пронесит через всю жизнь, так ни разу и не оказавшись у специалиста-психиатра, а на протяжении многих десятилетий лечат различные псевдосоматические расстройства.

Какой же спектр расстройств наиболее характерен для детского подросткового возраста? Это расстройства поведения, которые чаще свойственны подросткам, хотя первые их признаки могут проявляться в 7–8 лет уходами из дома, детского сада, школы. Это нарушение развития функций, отставание в развитии, т.е. ментальная ретардация. И проблема здесь не в гипер-, а в гиподиагностике.

Это также расстройство отдельных специфических функций, например речи. Из нарушений физиологических функций самым распространенным является недержание мочи. Чаще в поле зрения специалистов оказываются дети с *синдромом дефицита внимания с гипердинамическим расстройством*, они просто не могут оказаться незамеченными, т.к. очень трудны в воспитании. Но все-таки диагностика этого расстройства обычно происходит тогда, когда ребенок уходит из дома или начинает школьную учёбу.

Далее – тревожные, депрессивные расстройства, из которых труднее всего диагностируется депрессия, в силу того что она протекает с симптомами, которые не характерны для взрослых. Например, оппозиционное поведение, асоциальное поведение или формирование алкогольной либо наркотической зависимости. У подростков возникновение последней является в 25% случаев коморбидным с депрессией.

И, наконец, те психические расстройства, которые встречаются как у детей, так и у взрослых: например эпилепсия. Поздняя диагностика эпилепсии связана с тем, что она не всегда протекает с явным судорожным компонентом или припадками.

В частности, если она проявляется в форме абсансов, то может начаться в детском возрасте и перейти в подростковый. Обращение к врачу в этом случае вызывается обычно двумя симптомами – эмоциональными расстройствами в виде дисфории (эпизодическими или частыми) и формирующимся отставанием в развитии, характерным для симптоматической эпилепсии, которая приводит к умственной ретардации (или отсталости).

Нарушения, находящиеся на границе нормы и патологии, – это расстройства нескольких функций, доставляющие проблемы и родителям, и врачу первичной медицинской помощи, поскольку каждый раз предстоит решать вопрос, нуждается ли этот случай в консультировании.

Первое из них – расстройство сна, т.е. позднее засыпание. Есть предположение, что дети боятся сна – для них это как бы уход в иной мир. Иногда страх сна связан с кошмарными сновидениями или с симбиотическими отношениями с матерью: заснуть – значит оторваться от мамы. Врач первичной медицинской помощи работает по принципу статистики, эту же статистику использует и узкий специалист, но число случаев дифференциаль-

ной диагностики и причин такого расстройства у него значительно шире.

Врач ПМП должен задать несколько обязательных вопросов. Какова система отношений с родителями или с бабушкой? Маркерами такой симбиотической привязанности к ним или одному из них являются несколько признаков. В частности, ребенок постоянно пытается находиться рядом с этим человеком. Например, уход матери по делам из дома вызывает у него протест, агрессию или плач. Даже если это не сопровождается выраженным страхом, то может иметь место формирующаяся повышенная тревожность, когда мать своей системой воспитания сама навязала ребенку симбиотические отношения. Тогда совет простой – начать постепенный, медленный разрыв сверхвыраженных симбиотических отношений. Вы даете совет об очень медленном, постепенном приучении ребенка к самостоятельности. И делать это нужно через игру, в которой ребенок должен быть территориально отдален от матери. Если такая тактика оказывается успешной, то в момент засыпания матери обязательно следует быть рядом. Ритуал засыпания: мать должна, читая сказку, держать ребенка за руку, и он обязательно задаст вопрос: «А ты уйдешь, когда я засну?» Ответ: «Да». Постепенно, не торопясь, проводится отдаление: рука уже не дотрагивается до ребенка, потом создается сказка, в которой рассказывается, какие придут хорошие сны, даже когда мамы не будет рядом. Сказка может служить определенным вознаграждением в рамках поведенческой игровой терапии.

Если же, помимо расстройств сна и страха засыпания, у ребенка имеются ещё и другие виды расстройств – выраженные страхи, то это признак, позволяющий сказать, что пора отправлять маленького пациента на консультацию к специалисту. При выраженности расстройства, его длительности и нарушении адаптации как самого ребенка, так и других членов семьи, врач не должен торопиться говорить: «Давайте ему валерьянку». Терапию детей следует проводить только в случаях установленного диагноза. Я понимаю, что валерьянка – это не лекарственный препарат, а биологически активная добавка (БАД). Но не стоит торопиться с ней. Нужно попытаться перестроить режим через поведенческие приемы, потому что вы создаете стереотип, который довольно опасен в наше технократическое время, когда любая проблема с психическим, физическим здоровьем или осо-

бенностями социального функционирования начинает решаться только через лекарства. Дело здесь не в биологическом действии препарата, а в том, что возникает стереотип: есть проблема – необходимо лекарство. То, что я предлагаю, гораздо труднее. Пере-страивать собственное поведение и поведение ребенка во много раз сложнее, нежели поить его валерьянкой. Это формирование способов правильных адаптационных стратегий и новых форм поведения.

Следующее расстройство – частое просыпание, сочетающееся со сноворением, или просыпание с плачем, потому что ребенок испытывает страх. Если оно также носит упорный характер, негативно отражается на функционировании ребенка, если к этому прибавляются и другие тревожные симптомы, тогда необходима консультация специалиста. Иногда такие нарушения возникают у повышено-эмоциональных детей – в тех случаях, когда они получают большую эмоциональную нагрузку в течение дня. Например, шумные, буйные игры вечером, просмотр пугающих телефильмов, конфликты в семье, система жестоких наказаний, которые подводят итог дня, – все это может стать причиной таких расстройств. Здесь можно многое исключить, кроме ссор и конфликтов в семье. В данном случае этого должна захотеть сама семья.

Во время учебы в институте у меня всегда испытывал ужас от раздела профилактики, в котором значился пункт: «Упорядочение режима труда и отдыха». Фраза вызывала во мне содрогание, хоть я и понимал, что это желательно делать. Но как может сталевар упорядочить свой режим труда и отдыха? Как я ему объясню, что вместо пивной нужно идти на стадион? Он скажет: «Я уже 8 часов простоял у мартеновской печи, и мне не хочется идти на стадион; мой труд таков, что меня тянет в пивнушку».

Я не говорю, что Вы можете прекратить скандалы в семье. Это не та проблема, которая решается врачом первичной медицинской помощи или даже психотерапевтом. Для этого, повторяю, нужно, чтобы «дозрела» семья, чтобы в ней воцарились нормальные отношения. Или же эта семья должна предъявить заказ на семейную психотерапию – тогда это может стать работой психотерапевта. Но таких семей мало. Вы будете получать заказ на другое: вылечите моего мужа от пьянки (но сам он этого не хочет) или убедите его в том, что мы должны уйти от свекрови, поскольку

ку она разрушает нашу семью. Коллеги, заранее могу предупредить: такие заказы не принимайте. Вы можете лишь дать честную информацию типа: да, ваша жизнь, семейные отношения и все, что происходит с ребенком, – это взаимосвязанные вещи, и нельзя решить проблемы вашего ребенка, не решив семейных проблем.

Расстройство пищевого поведения – это избрание пищи в качестве инструмента регуляции поведения взрослых: «Ах, вы не хотите купить мне компьютер? Тогда я не буду есть!» Терапевтическая работа необходима, если это становится основной формой поведения ребенка во взаимодействии со взрослыми, доминирующим регулятором его поведения. Действительно, родители могут придавать кормлению ребенка слишком большое значение, подчас за каждый съеденный пирожок выдается вознаграждение. Но еда не должна превращаться в священный ритуал ласкового насилия, потому что через 25 лет вы получите женщину, которая будет говорить своему мужу: «А теперь мы пойдем в постель, потому что сегодня ты мне подарил колечко; и завтра, если подаришь сережки, я снова буду твоей...» Так нормальные человеческие действия становятся возможными только за обязательное вознаграждение.

Энурез – ночное, а иногда дневное недержание мочи. Ребенок не рождается с навыками сдерживания сфинктера, поэтому существует определенный диагностический критерий: до 5 лет энурез вообще не диагностируется. Это – условная граница. Важно другое – частота его возникновения и связь с провоцирующими моментами. Представьте, родители приведут к вам ребенка, которому 5 лет и 2 месяца, и скажут, что они читали следующее: если ребенок не умеет удерживать мочу или проситься на горшочек до 5 лет, то это опасно. А их дитю уже 5 лет и 2 месяца! Тогда начните с вопросов, как часто возникает недержание и могут ли родители связать это с какими-то ситуациями. Родители говорят, что ребенок любит соленое, а потом много пьет и после этого ночью писается. Тогда поинтересуйтесь глубиной его сна. Вам говорят, что спит он хорошо, крепко, как уснет – так с вечера и до утра. Можно ли это считать энурезом? Нет. Это водная перегрузка, и вы дадите только один совет – избегать таких нагрузок. Это может быть также связано с каким-то эмоциональным стрессом у тревожного ребенка. Допустим, вечером он присутствовал при неприятной сцене (в подъезде была драка с вызовом милиции),

ребенок сильно испугался и ночью обмочился. Испугаться может и взрослый человек, что иногда приводит к непроизвольному мочеиспусканию.

Если же речь идет о дневном энурезе, причём не ситуативном, то это уже всегда патология. Описаны случаи рефлекторного энуреза: ребенок обмочился в какой-то стрессовой ситуации, потом, попадая в подобную ситуацию, организм дает ту же реакцию (такой энурез встречается редко). Далее необходимо выяснить, какое вторичное влияние оказывает энурез на поведение ребенка, например: он не перестраивает его поведение, энурез не очень частый, случающийся 1–2 раза в месяц, – всё это вроде бы сомнительный диагностический критерий. Другое дело, когда вы задаете вопрос о перестройке поведения, а родители говорят, что ребёнок стал стеснительным, боится, что кто-то об этом узнает, очень подолгу моется после энуреза, чтобы не осталось запаха. Он не хочет ехать к бабушке, боясь, что она узнает о его проблеме или он вообще ничего не говорит. Либо ребенок отказывается от посещения детского сада. Вот это и есть охранительная перестройка поведения.

И если вам, врачу первичной медицинской помощи, расскажут, что из-за этих охранительных форм он стал каким-то отгороженным от людей, то консультация специалиста обязательна. Вы осторожно можете узнать, есть ли у него кличка, связанная с его проблемой; вы должны выяснить, как подвергается просушке его постель. Хорошая медицина строится на мелочах. Если в общем дворе через день или раз в неделю сушится матрас и в этой семье есть только один ребенок, то другие дети вскоре обязательно дадут ему кличку. Это та мелочь, от которой зависят судьбы наших пациентов. Наш профессионализм начинается с того момента, когда мы не пропускаем подобных мелочей и даём все соответствующие рекомендации: отрегулировать питьевой режим, сократить количество жидкости, а если это не даст результатов – направить к специалисту. В Советском Союзе было популярно лечение энуреза антидепрессантами. Западный подход в этом отношении более осторожен: только в случае тяжелого энуреза предлагается их использовать. Можете рекомендовать мягкие трициклические антидепрессанты для детей после 7 лет (типа amitriptilina, amipramina, doksepinga – в небольших дозах).

Какую информацию вы должны предоставить семье? Эта проблема не должна ни «раздуться», ни замалчиваться. Не следует применять мер наказательного характера, но и не должно возникнуть поведения родителей по отношению к ребенку как к «хрустальной вещи» и механизма психологической защиты – реактивного образования, когда родители испытывают чувство вины и неадекватно вознаграждают ребенка только за то, что он болен. Если у ребенка отмечаются 1–2 случая дневного энуреза, обязательно проводится консультация специалиста, так как есть риск, что это случится в школе, и тогда ребенка ждёт тяжелая судьба. Если же это только ночной энурез, необходимо дать информацию, чего не следует делать. Например, не концентрировать на этом внимание, не говорить ребенку: «Это нельзя, это невозможно, а то ты обмочишься!» Но и неправильно делать вид, что данной проблемы нет. Постарайтесь к ней подойти конструктивно. Скажите: «Давай попробуем выработать определенные правила. То, что происходит с тобой, можно преодолеть. Давай вначале создадим определенный режим, в котором ты сам должен регулировать количество жидкости, а также количество соли».

Никогда не создавайте системы наказания, а также системы потворства в воспитании. Важно, чтобы энурез не приносил ни первичной, ни вторичной, ни третичной выгоды, потому что через 20 лет взрослый мужчина, которому жизнь предъявит трудности и высокие требования, скажет вам: «А я бывший энуретик, что ж вы от меня хотите?!» Но если те мероприятия, которые предложил врач первичной медицинской помощи, не сработали, тогда необходима консультация специалиста.

Здесь возникает еще одна проблема, характерная для нашей психиатрии: все расстройства детского возраста рассматриваются как органические. В 50-е годы возникло понятие «минимальная мозговая дисфункция», или «минимальный мозговой дефект», – это когда присутствуют некоторые клинические симптомы, которые, возможно, свидетельствуют о наличии органических нарушений, но одновременно не дают доказательных находок органического поражения мозга. Данная конструкция была популярна, потому что создавала непрерывность в континууме функциональных и органических расстройств. Несмотря на привлекательность такого подхода, доказательная медицина может быть построена только на системе однозначно трактуемых дока-

зательств. Отсюда понятно, почему это определение исчезло из современных классификаций. Трудно найти во многих детских отделениях ребенка с диагнозом «невротический энурез». Скорее, вам встретится ребенок, которому выставлен диагноз «неврозоподобный энурез на органической основе». Этот диагноз влечет за собой комплексную терапию, чаще всего дорогостоящую и не построенную на принципах доказательной медицины. Мы же должны руководствоваться одним из принципов биологической терапии детского возраста: главным в терапии является даже не максимальная эффективность, а безопасность.

Следующее действие врача первичной медицинской помощи – исключить наличие соматической и неврологической патологии, например наличие Spina bifida, или хронического цистита. Исследуя ребенка с энурезом, вы следите за его рассказом: сидит ли он, потупив глаза вниз, краснеет, отвечает или отмалчивается, а за него говорит мама. Во время расспроса вы получаете первую полезную информацию о системе взаимодействия мать – ребенок. И когда увидите, что мать выплескивает всю накопившуюся обиду за свою неудавшуюся жизнь на ребенка, то поймете, что не получите нужного результата, какие бы современные лекарства вы не назначали, если только не добьетесь перестройки их взаимоотношений. Вы должны понимать, энурез – проблема семьи, через которую открываются сложности всех взаимоотношений в ней.

Лекция 26. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Следующая патология – расстройство с нарушениями активности внимания и гиперкинетическим *расстройством/типом* поведения. В МКБ-10 это нарушение рассматривается изолированно, а в американской системе – классификации ДСМ-IV – как единое расстройство. Такой подход представляется мне более реальным и адекватным. Включение этого нарушения в образовательные программы врачей первичной помощи обусловлено следующим: достаточно высокой частотой встречаемости (в детской популяции – 3–5%, однако сегодня появились публикации о том, что в не столь выраженной форме данное расстройство встреча-

ется немного чаще; более того, оно описано у взрослых); это нарушение воспринимается родителями, а нередко и врачами, как проявление плохого характера или излишне бурного темперамента, как нечто незыблемое, с чем вообще надо как бы смириться. Другое ошибочное мнение – что это просто капризный, невоспитанный ребенок.

Несколько лет назад обсуждаемое расстройство устанавливалось, прежде всего, по наиболее броским клиническим проявлениям: чрезвычайной подвижности, невозможности сосредоточиться, неусидчивости, суетливым движениям, постоянному пребыванию в движении, невероятной болтливости. Представьте: к врачу привели ребенка, который невероятно активен – настолько, что это создает трудности в его обучении, уходе за ним и делает его социально неадекватным. О чем должен подумать врач? Он рассматривает это как расстройство активности, стало быть, терапия должна снимать гиперактивность. Не случайно в таких случаях применяли нейролептики – сонапакс, хлорпротиксен.

Обратимся к первой части названия расстройств – дефицит внимания. Одним из их побочных эффектов нейролептиков является снижение концентрации внимания. То есть терапия, которая проводилась раньше и нередко проводится сегодня, направлена на внешние формы поведения, а отнюдь не на причины этих расстройств. Терапевтическая же тактика нового подхода связана с учетом основы расстройства – нарушения внимания – и стала совершенно иной. Применение «задавливающих», седативных препаратов сменяется использованием активирующих, стимулирующих лекарств, направленных на улучшение качества внимания.

В психофармакологии не всегда следует строить терапию на внешних признаках поведения. Так, подростковая депрессия проявляется в ассоциальных формах поведения и в агрессивности. Агрессивность, как известно, чаще лечат седативными препаратами; на самом же деле здесь нужны антидепрессанты.

Самой тяжелой формой депрессивного состояния является депрессивный ступор. Согласно «бытовой» логике врача, больного следует активизировать, и поэтому назначали большие дозы имипрамина. Но состояние пациента часто ухудшалось, а заторможенность усиливалась. Дальнейшие рассуждения врача: болезнь сильнее, чем те дозы препарата, которые я назначил; дозу нужно увеличить в 2 раза. Однако если лекарство с акти-

визирующими свойствами усиливает патологическое состояние, то нужно подумать, а не следует ли применить препарат с прямо противоположным эффектом? И вот у таких больных с депрессивным ступором мы убрали антидепрессанты и переводили их на большие дозы аминазина. В результате больные выходили из ступора, так как чаще всего это был тревожно-депрессивный ступор, при котором, прежде всего, следовало редуцировать тревогу. Синдром нарушения активности внимания и гиперактивность хорошо лечатся антидепрессантами с активирующим действием, например флуоксетином.

Какие же жалобы предъявят родители такого ребенка? Они скажут, что это ребенок, который замучил их. Ни один человек не выдерживает пребывания рядом с ним. Ребенок находится в постоянном движении. И даже если отец садится рядом с ремнем и говорит: «Встанешь – ударю!», ребенок все равно вскакивает. Это человек, всё делающий назло. В его руках всё горит, он всё роняет. Более того, он даже не в состоянии выслушать, что ему говорят, всех перебивает и тараторит что-то свое. Вышеизложенное уже прямо указывает, что ребенок не может сконцентрировать внимание. Когда вы задаете вопрос, может ли он адекватно ответить вам? Да нет же! Он через минуту говорит о чем-то ином, перескакивая с одного на другое. Это говорит о «скачущем» внимании. Такие дети не могут адаптироваться в школе и получают репутацию умственно отсталых и хулиганов. Ребенок перебивает учителя и задает неуместные вопросы; не дослушав ответ до конца, «выпаливает» новый вопрос, встает и ходит по классу или выходит из него. Отсюда жалоба: «Он ничего не доводит до конца, и самая счастливая минута для нас – это когда он засыпает».

Родители обычно говорят врачу: «Дайте же что-нибудь успокаивающее!» И этими фразами провоцируют врача на неадекватную терапию. Иногда врач с улыбкой может спросить: «А вы связывать его не пробовали?». И слышишь в ответ: «Было, пробовали, но он и связанный говорит и вертится».

Есть еще один момент, который возникает при психических расстройствах у детей, – это конфликт внутри семьи, связанный с психическими особенностями ребенка. Но как жалоба он не предъявляется, и вам самим предстоит это выяснить. Перед тем как обратиться к врачу, идет достаточно длительный период перебора методов воспитания. Отец говорит: «Мать балует ребенка и

потворствует его поведению, а когда я начинаю воспитывать, он у меня сидит». А мать тут же парирует: «И сколько же он сидит?!» Вам предстоит выяснить, рассматривают ли они это состояние: 1) как результат плохого воспитания, 2) как плохую наследственность или 3) как расстройство, которое можно преодолеть либо уменьшить с помощью совместных усилий семьи и врача. Выясните у родителей следующее: они пришли к врачу потому, что все возможности уже исчерпаны? Необходимо понять родительскую позицию, поскольку только такое знание может дать заметное улучшение при совместных действиях врача и семьи.

Диагностические признаки расстройства нарушенного внимания:

1. Временной интервал продолжительностью не менее 6 месяцев.

2. Невозможность сосредоточиться на учебе, работе и других видах деятельности. Одна из самых важных форм деятельности ребенка – игра, и вы вправе задать вопрос: «Как долго он забавляется с игрушкой, может ли он играть в игры, требующие концентрации внимания?» Например, в детский компьютер или выкладывание мозаики-лего.

3. Неспособность слушать собеседника, затруднения в учебе, приводящие к тому, что ребенок не усваивает материал и ставится вопрос о его умственной несостоятельности учителями или воспитателями.

4. Симптомы, которые расцениваются родителями как лень: уклонение от выполнения работы и домашнего задания, забывчивость, – это маркёры дефицита внимания.

Диагностические признаки гиперактивности:

1. С раннего детства – чрезвычайная двигательная подвижность, беспокойные движения рук, ног.

2. Невозможность сидеть. Движения, действия – суетливые, не соответствующие текущей ситуации. Стремление часто и много говорить, мгновенное высказывание, не дослушав ответа на вопрос.

3. Постоянное вмешательство в разговор, дела взрослых или других детей.

Чаще всего выраженный синдром нарушения активности внимания необходимо дифференцировать с гиперактивностью, с умственной отсталостью, сочетающейся с расторможенностью.

Следует также провести дифференциальную диагностику с тревожными и депрессивными расстройствами. Что является признаком тревоги – оцепенение или суетливость?

Информация для семьи: эти расстройства не являются ни следствием плохого характера, ни непослушанием, ни следствием плохо воспитания. Терапия окажется более эффективной, если к ребенку будут относиться с теплотой, но без гиперопеки. Обязательно посоветуйте использовать правило: «Раздели поступок и человека», взятое из гештальт-психологии.

Как принято в нашей культуре? Ребенок сломал вещь – и что ему говорят? Что он растяпа, дурак, т.е. дается характеристика его личности.

Один пожилой человек (кыргыз, семья которого в 30-е годы была репрессирована и выслана на Украину, где взрослые умерли, а он, ребенок, воспитывался в детском доме) рассказывал мне про этот детский дом, и по рассказу я понял, что это было самое счастливое время в его жизни. Он вспоминал, как с ними обращались воспитатели: они никогда не употребляли слов «дурак», «сволочь», а говорили так: «Ты ведь такой умный, красивый, способный мальчик, как так могло случиться, что ты поступил плохо?» Этот почтенный аксакал вспоминал о детдомовском периоде с такой теплотой и восхищением! Вот это и есть разделение поступка и личности. Я когда-то заключил сам с собой пари: если я в своем микрорайоне услышу от какой-нибудь матери: «Ой, ты мой умный, славный, хороший, зачем же ты в грязь залез?», вместо слов «сволочь», «бестолочь», «паразит», то я такой женщине сразу же вручу приз в конвертируемой валюте. Увы, но мне не пришлось испытать эту радость.

О разделении поступка и личности обязаны говорить врачи-психиатры, а теперь ещё и врачи первичной помощи, давая ценную информацию учителям, воспитывающим детей. Ребенок как можно чаще должен получать положительную обратную связь и, наконец, просто эмоциональную поддержку людей, которую он прежде не ощущал.

По возможности избегайте наказания, но, если нельзя без него обойтись, не забудьте потом выразить поощрение. Покажите родителям, что вы понимаете их трудности, сочувствуйте им. Обнадёжьте, что с «повзрослением» ребенка эти проблемы уменьшатся, а также даст результат терапия, которую вы назначите.

Дайте совет взрослым: прежде чем наказывать, они должны прийти на помощь. Только таким образом у ребенка появятся правильные навыки выполнения задания и возникнет чувство, что он способен что-то сделать.

Познакомьте родителей со школьным психологом и попросите, чтобы этот психолог объяснил учителю особенности ребенка. Если же в школе нет психолога, то убедите мать сделать это самостоятельно. В таких советах заключаются две стратегии: 1-я – это не хулиган; 2-я – он не сумасшедший, а ребенок, который требует дополнительного внимания и особых форм подхода. И пусть мать, беседуя с учителем, обязательно произнесёт фразу: «Мне понятно, как трудно будет Вам, учителю...» При этом не разрешайте матери использовать вас, врача, в качестве инструмента давления на учителя: «ребенок больной – ему можно все». Объясните ей, что это только ухудшит состояние ребенка и ситуацию в целом.

Расстройства поведения

Диагностика их должна проводиться психиатром или психотерапевтом. В этом случае перед специалистом стоит задача: как отделить патологические расстройства поведения от его неправильных форм, связанных с педагогической запущенностью, безнадзорностью или негативным влиянием окружения. Наиболее часто предъявляемые жалобы: агрессивность ребенка, жестокость, прогулы уроков. Симптомы: драчливость, жестокость, лживость, хулиганство, вандализм, воровство, крайняя застенчивость, неконтактность и чрезмерная ранимость. Все это должно рассматриваться в культуральном контексте, т.е. формы поведения должны быть соотнесены с культуральными или микрокультуральными нормами. Если вы обследуете ребенка из среды, где нормами поведения являются драка, воровство, безразличие к образованию, – это типичный представитель данной микрокультуры. Поскольку в МКБ-10 вводится культуральный аспект заболевания, который рассматривает патологию через эту призму, то, если в каких-то местах Африки считается, что любое заболевание связано с влиянием магии, мы вовсе не должны рассматривать это как бред. Напротив, это нормальная идея определенной популяции.

Если папа постоянно внушал ребенку, что единственным способом выживания в этом мире является «врезать в глаз», и ребенок активно реализует отцовский совет, то это следует рассматривать не как патологию, а как следствие уродливого воспитания.

Врач первичной помощи должен узнать условия воспитания, характерные формы поведения для данной конкретной семьи, а затем уже направлять ребенка к специалисту. При этом, направляя к врачу ПМП, следует сказать несколько простых вещей: «Я хочу, чтобы вы показали своего сына (дочь) врачу-психиатру не потому, что у него (неё) тяжелое психическое расстройство, а для того, чтобы дифференцировать особенности характера, особенности, возникшие в результате воспитания, с теми, которые возможны как следствия какой-либо патологии. Моей консультации для этого недостаточно. А от врача-психолога (психиатра) вы обязательно получите два совета, два вида помощи: 1. Ребенку смогут установить диагноз, если это действительно расстройство. 2. Дальше вы сможете решить, в чем реально должна заключаться помощь: в изменении системы воспитания или лечении у психотерапевта, возможно даже с применением лекарственной терапии. В любом случае, я советую вам не пугаться врача-психиатра. Помните: то, что ещё можно исправить в детстве, практически нельзя поменять у взрослого, и чем раньше вы это сделаете, тем лучше».

Лекции 27–28. ЭПИЛЕПСИЯ

Европейская эпидемиология эпилепсии более развита, чем в Кыргызстане и других странах СНГ. Тому есть несколько объяснений. Первое: в силу каких-то причин заболеваемость эпилепсией на постсоветском пространстве ниже, чем в других странах мира, но никакому логическому объяснению это не поддается, поскольку очень трудно представить, что в странах с разными климатическими зонами, разным популяционным этническим составом, разным уровнем жизни существует некий единый фактор, приводящий к низкой заболеваемости эпилепсией. Этому противоречит и то, что условия пренатального периода в большинстве постсоветских стран далеко не столь благополучны, как в Канаде или Европе, где охрана здоровья беременных, питание и уход, несо-

мненно, лучше, чем в наших странах, а это играет значительную роль в возникновении эпилепсии. Поэтому напрашивается второй вывод – низкая диагностика этого расстройства, и самое скверное, что она отмечается в детском и подростковом возрасте. По сути, только один из вариантов припадков и только лишь один симптом эпилепсии – генерализованный тонико-клонический припадок – заслоняет все прочие виды приступов. В глазах населения и, к сожалению, врачей первичной помощи, эпилепсия – это заболевание, которое характеризуется развернутыми судорожными припадками, а все остальное диагностируется реже.

На протяжении всего курса мы говорим о мифологии в области психического здоровья. У врачей ПМП или узких специалистов, не связанных с проблемами психического здоровья, синонимом эпилепсии является большой судорожный припадок. Это – первый миф, приводящий к тому, что в детском возрасте врач первичной помощи не осуществляет целенаправленного выявления эпилепсии. Он не выделяет группы риска среди детей, хотя его работа по диагностике должна носить целенаправленный характер. Он не взаимодействует с семьей, не даёт ей информацию о возможных проявлениях эпилепсии. Второй миф, во многом возникший благодаря самим психиатрам и укрепившийся в сознании врача ПМП и всего населения: эпилепсия всегда, или почти всегда, тяжелое психическое расстройство/заболевание, сопровождающееся снижением интеллекта, выраженными изменениями личности, когнитивными расстройствами в виде замедления темпа мышления и особыми личностными изменениями, которые красиво и тщательно описаны психиатрами.

Всё изложенное выше вклинилось в сознание людей и привело к выделению так называемой эпилептоидной психопатии, и мы продолжаем говорить о так называемых эпилептических чертах характера. Эпилептоид – это человек медлительный, упрямый, иногда он чрезмерно пунктуален, мстителен, застрекает на мелочах, но вместе с тем амбициозен. Констатируя это, мы устанавливаем два факта: 1) при эпилепсии возможны определенные изменения личности, проявления особых характерологических особенностей; 2) это как бы непременное свойство и характеристика пациентов с эпилепсией.

Иногда нам приходится отказываться от клинических описаний болезни, принадлежащих нашим предшественникам (и

не потому, что мы не должны их знать), но надо учитывать и то, что психические расстройства при эпилепсии, включая личностные изменения, не являются одним из осевых симптомов данной болезни. Психические нарушения могут встречаться и встречаются у больных эпилепсией, но не более чем в 30% случаев. Поэтому мы должны очертить определенные границы, в которых диагноз «эпилепсия» должен быть первоначально отделен от возможных других психических расстройств, и только при их обнаружении и доказательности эти расстройства присоединяются к диагнозу.

Наши врачи работают только с больными эпилепсией, имеющими параллельные (сопутствующие) психические расстройства, а с теми, у кого таковых нет, не взаимодействуют. При этом большая часть больных эпилепсией находится в той «середине», которая не имеет ни особых личностных изменений, ни психических нарушений. Так вот, подход, когда отсутствие психических расстройств рассматривалось как некое счастливое исключение, – это подход стигматизирующий, создающий ряд проблем в оказании помощи больным эпилепсией. Сегодня необходимо дифференцировать больных эпилепсией – мы не должны рассматривать их как некий единый конгломерат только по самому определению эпилепсии.

Эпилепсия – это собирательное название группы заболеваний, общим для которых является наличие только определенных приступов, характеризующихся наличием определенной органической церебральной основы, наличием очага патологической электрической активности и возможными изменениями сознания в момент приступа. От традиционного прежнего определения эпилепсии наше, далеко не безупречное, рабочее определение отличается несколькими признаками:

1. Эпилепсия рассматривается не как болезнь, а как некий собирательный термин для разных заболеваний; поэтому сейчас диагноз эпилепсии начинает постепенно заменяться понятием «эпилептические синдромы». Собирательность данного термина определяет его чрезвычайное разнообразие, неоднородность.

2. Из этого определения убрано то, что обычно присутствовало в определении эпилепсии: что это хроническое заболевание, сопровождающееся определенными изменениями личности, памяти и интеллекта.

В отличие от других стран мира в Советском Союзе и на постсоветском пространстве эпилепсией занимались и невропатологи, и психиатры, и занимались этим как бы на равных. Причём психиатры занимались эпилепсией не только с теми пациентами, у которых имелись психические расстройства и где работа психиатра является вполне адекватной. Это было связано с другими причинами, прежде всего с тем, что эпилептики – достаточно трудные пациенты. На Западе страховая медицина сегодня привела к тому, что за больного эпилепсией борются и врачи ПМП, и неврологи, и психиатры, поскольку они хотят обслуживать пациентов, приносящих им деньги. У нас же от больного эпилепсией все стараются отпихнуться, и психиатр оказывается тем самым крайним, кому перекидывают больных эпилепсией, прежде всего тех, у кого действительно есть психические нарушения или которые принадлежат к низким социальным слоям. Подпольная частная медицина возникла много десятилетий назад: драка за платежеспособного клиента происходила и тогда, и такие пациенты не попадали в психиатрию, ибо лечиться у психиатра означало быть стигматизированным. Вторая причина, по которой психиатры занимались эпилепсией, – больным эпилепсией полагалось бесплатное лечение, но не в неврологии, а в психиатрии. И все, кто не мог покупать противосудорожные препараты, получали их бесплатно в психиатрических учреждениях, становились на учет у психиатра и стигматизировались.

А как сегодня в развитых странах обстоит дело с обслуживанием эпилепсии? Семейный врач должен как можно раньше обнаружить наличие эпилепсии – это то, к чему мы тоже стремимся. Дальше следует консультация специалиста (как правило, вначале невролога). Но уже начинает формироваться новая специальность – эпилептология – как совершенно новая самостоятельная отрасль медицины. Возникает такая цепочка: невролог – при необходимости, консультация психиатра – дальше желательно консультирование у эпилептолога, потому что окончательную диагностику эпилепсии, уточнение ее варианта и подбор соответствующей терапии, особенно у детей и подростков, лучше всего производить в специализированных учреждениях, оборудованных специальной аппаратурой с непрерывной электрофизиологической записью в сочетании с видеомониторированием. Это и позволяет наиболее точно диагностировать эпилептический син-

дром. В данное определение психические расстройства введены только как дополнительные.

Современная эпилептология отказалась от нескольких привычных терминов: понятий «grand mal» – большой припадок, «petit mal» – малый припадок, а также от понятия «эпилептиформный припадок», потому что за ними не стоит четкой дефиниции. Мы заговорили с вами о понятии «припадок» или «приступ», и первый вам совет: сразу же договаривайтесь со своим пациентом или с его родственниками о том, как вы будете называть эти приступообразные состояния. Слово «припадок» – достаточно стигматизирующее, поскольку в русском языке есть слово «припадный», что означает отнюдь не больного эпилепсией. Так характеризуют человека с дефектом психики. Инициатива в подборе названия должна принадлежать вашему пациенту. Одно дело – то, что вы записываете в своей медицинской документации, а другое – термины, используемые вами в общении с пациентом и его родственниками. Я видел, как одна мать подыскивала слова, пытаясь объяснить приступообразные состояния своего ребенка так, чтобы не произносить слово «припадок». Родственники, избегая этого, чаще произносят не конкретные термины, а обтекаемую фразу: «Когда у него это начинается...» И дальше идет рассказ про «это». Так что сказанное – не мелочь.

Я уже много раз говорил вам, что наше адекватное общение с пациентом строится на мелочах, вытекающих из стратегии понимания взаимодействия. Данная стратегия очень проста: надо создать общее поле языка общения, приемлемого для вашей и его культур, включая даже территориальное поведение (где и как сидеть), обеспечивающее максимальное достижение эффекта взаимодействия. И когда речь идет о психическом здоровье, то определяющим эту стратегию является стремление избежать стигматизации – через подбор слов, терминов и понимание того, что, когда речь идет о психическом здоровье, наш пациент или его родственники испытывают постоянный страх: а вдруг он окажется глупым? Вдруг у него выявится тяжелое психическое расстройство? И, наконец, сами родственники испытывают еще и чувство вины: за свою генетику, за ошибки в воспитании ребенка; женщины – за то, что родили от кого не следовало, не задумываясь, стоило ли от такого партнёра рожать и что будет с ее

детьми (допустим, при алкоголизации мужа). У мужчин подобное чувство вины наблюдается реже.

Это всё, в известной мере, искусственно созданные проблемы, потому что в отношении большинства психических расстройств доля генетического фактора носит предположительный характер. Иногда, чтобы понять особенности человека, нам с вами может не хватить знаний, разума, навыков. Работая с семьей или с самим ребёнком в детской психиатрии, мы, может быть, больше говорим о родителях, чем о самих маленьких пациентах. Эпилептический припадок может возникнуть у любого человека, доказательством чему является электросудорожная терапия, построенная на том, что у пациента вызывают эпилептический припадок путем или билатерального раздражения височной зоны, или униполярного. Да, каждый пациент, идущий на электросудорожную терапию, получает эпилептический припадок, которого у него никогда в жизни раньше не было. При её проведении происходит постепенный набор силы стресса до тех пор, пока не возникает тонико-клонический припадок.

Но вероятность возникновения припадков зависит от предрасположения, насколько наш мозг готов к подобной реакции. Я кругами нарисовал интенсивность такого предрасположения. Различные исследователи приводят разные цифры возникновения эпилептических припадков среди населения. Одна из них – 10%, т.е. у каждого десятого бывает хотя бы один эпилептический припадок или есть предрасположенность к нему. У 3% случается хотя бы один приступ, и у 1% развивается расстройство, которое мы условно договорились называть эпилепсией. У людей, которым мы выставляем диагноз эпилепсии, в 70% случаев она начинается в первые 20 лет жизни (в основном до 16-летнего возраста).

Классификация эпилепсии: идеопатическая, симптоматическая и криптогенная. Идеопатическая вытекает из некоторых внутренних факторов, в которых определенную роль играет генетическая предрасположенность, но все возможные факторы пока не известны. При *симптоматической* эпилептические припадки не являются единственным признаком расстройства, а сопровождают какое-то другое мозговое нарушение, например черепно-мозговую травму, последствия энцефалита, опухоль мозга или кисту, когда, помимо эпилептических приступов, на-

ходят еще и конкретную мозговую патологию – сифилис мозга, ЧМТ, опухоль, а эпилепсия выступает в качестве вторичного симптоматического расстройства. Соотношение идеопатических и неидеопатических форм: 60–70% – идеопатические, остальные – симптоматические.

И, наконец, *криптогенная* эпилепсия по своим клиническим особенностям, по их развитию очень напоминает симптоматическую, но мы не можем определить основное заболевание. Для врача ПМП достаточно двух вариантов – идеопатической и симптоматической. Понятие о криптогенной эпилепсии возникает уже на уровне специализированного обследования.

Классификация приступов: *генерализованный* (захватывающий оба полушария) и *фокальный* (парциальный, или локальный). Наиболее частым вариантом фокальной эпилепсии является височная боль, которая раньше так и называлась – «височная эпилепсия». Сегодня от этого термина тоже отказываются.

Классификация, которой может пользоваться врач ПМП:

1-я группа – парциальные припадки, которые можно разделить на простые и сложные; сложные припадки – это когда наступает вторичная генерализация.

2-я группа – генерализованные припадки и те, которые трудно классифицируются. Трудно не вообще – трудно по жизни. А проблематично для неэпилептологов. Самое сложное для врача первичной помощи и для родителей – то, что многие симптомы рассматриваются как нечто бытовое. Например, очень кратковременный оральный автоматизм или гримасничанье. Длится это несколько лет, родители ругают ребенка, а он оправдывается, что гримасничает не нарочно. Иногда это мышечные подергивания типа Джексоновской эпилепсии на одной половине тела, это может наблюдаться в верхних конечностях, а может происходить во сне, особенно при просыпании. Но такие признаки относят к ряду чего-то несущественного.

Простые парциальные припадки переходят в сложные. Существует возрастная тенденция, когда происходит переход от простого парциального припадка к сложному с вторичной генерализацией, и тогда возникновение тонико-клонического припадка побуждает пациента обратиться к врачу.

Очень трудно диагностируются абсансы, особенно простые. Дело в том, что почти каждый ребенок имеет опыт синкопов –

обмороков. Это связано со слабостью регуляторной функции сосудодвигательного центра. Вспомним ортостатическое синкопальное состояние: ребенок лежал, быстро вскочил, слабая вегетативная регуляция, кровь отлила к ногам, голова закружилась, пошатнулся.

Соматоформные расстройства, или тревожные соматизированные расстройства, могут подводить врача к идее о некоей сознательной придуманности, имитации, симуляции болезни. Это примерно такое же различие, как, скажем, если вы в задумчивости почувствуете затруднительность ситуации и почешете нос. Причём сделаете это бессознательно – как привычный жест, который не контролируется сознанием. Этот жест может вызвать раздражение у вашего собеседника, протест, но вы в этом не виноваты. Вот модель, близкая к соматоформным расстройствам, когда соматизация носит бессознательный характер.

Имитация же болезни, или симуляция, – вполне сознательный акт. Вы разговариваете с человеком, который ненавидит, когда чешут нос; но вы хотите, чтобы ваш разговор быстрее кончился, а потому специально чешете нос. Он просит вас прекратить это делать, а вы упорствуете: дескать, не можете, так как нос сильно чешется. В итоге вы заканчиваете разговор и переносите его на другой раз, когда нос не будет чесаться. Это – пример симуляции модели соматизации! И хотя различие не кажется существенным, на самом деле оно огромно. Оно показывает, что в основе соматизации лежат бессознательные или малоосознанные механизмы, а обращение на уровне сознания к неосознаваемому механизму чрезвычайно затруднительно. Поэтому работа врача с такими больными всегда сложна, ибо здесь он обращается словами к бессознательному.

Остановимся на фокальных приступах. Врачу первичной медицинской помощи важно знать не картину генерализованных эпилептических приступов, а те состояния, когда происходят простые фокальные приступы при сохраненном у пациентов уровне сознания. У окружающих, в том числе родственников больных, присутствуют две позиции в отношении факта подобных расстройств: это, с одной стороны, стыд, с другой – этот человек отмечен Богом. Причем последнее убеждение при нашей культуре они получают, как правило, в результате общения со знахарем.

Знахари в Кыргызстане двояко относятся к эпилепсии. Иногда предпринимают попытку лечения, т.к. состояние расценивается ими как угрожающее жизни человека. И при этой позиции наиболее распространены принципы не той знахарской медицины, когда назначают какие-то диеты, имеющие некий полезный смысл. Когда-то действительно разрабатывались особые виды диетотерапии, но на сегодня в эпилептологии о них серьезно вопрос не ставится. Это не использование трав, настоев, которые могли бы иметь некое фармакологическое (пусть даже не очень доказанное) действие, а чаще всего два вида терапии. Первый – чтение молитв, или то, что можно было бы назвать изгнанием бесов, т.е., проще говоря, избиение пациента. И мы уже имеем от родственников пациентов такую информацию о смерти в эпилептическом статусе во время применения подобной, с позволения сказать, этой терапии – изгнания бесов.

Вторая тактика, с которой иногда начинается помощь пациенту, а порой к ней переходят после безуспешных попыток другой терапии, – это не лечить пациента, а сразу наделить его свойствами особой одаренности. Позиция, которую, если сравнивать, скажем, с моделью европейской медицины, по сути, является позицией антипсихиатрической, течение, очень популярное в 60–70-е годы и, к сожалению, показавшее свою практическую несостоятельность, хотя было бы неплохо найти способ, который позволил бы решить наши проблемы в нетрадиционном русле.

Позиция анипсихиатрии сводилась к одной простой вещи – психические расстройства не являются болезнями (в прямом смысле этого слова), такими, как, например, онкологические заболевания или коронарная недостаточность сердца, либо травмы, которые однозначно могут быть рассмотрены как болезнь. Больное общество, вместо того чтобы признать себя больным, рассматривает людей, не соответствующих критериям этого общества, как опасно-патологических типов. Это некая договорная социальная стигматизация, где большинство диктует волю меньшинству. Я не помню, кому из швейцарских психиатров принадлежит фраза, что, если бы статически больных шизофренией было больше, чем людей без шизофрении, то в психиатрических больницах находились бы не шизофреники, а так называемые нынешние здоровые, поскольку они не подходили бы под критерий «нормального» шизофренического поведения.

Так вот, позиция знахарства в отношении эпилепсии, прежде всего в плане больших тонико-клонических припадков, именно такая, что это вовсе не болезнь, а особая одаренность. Причём, чаще всего подобная точка зрения преобладает при наличии эпилепсии с психическими расстройствами: дескать, это дар особой прозорливости, особой гениальности, функционирование так называемого «третьего глаза». Использование понятия «третий глаз» в народной медицине Кыргызстана очень напоминает мне использование аминазина в первые годы его создания. Аминазином лечили тогда всё: и возбуждение, и депрессию. Позднее было доказано, что аминазин сам вызывает довольно серьезные аминазиновые депрессии, и всё-таки им продолжали лечить. Во всяком случае тревога, коморбидная с депрессией, уходила, и пациенту становилось лучше. Примерно то же напоминает мне правомерность использования понятия «третий глаз», позаимствованное, вероятно, из индийской мифологии, потому что следующее расстройство, при котором в кыргызской народной медицине используется понятие «третьего глаза», т.е. ощущение чужого влияния и т.п., – это диссоциативные нарушения, которые раньше относились к разряду так называемых истерических расстройств.

Как-то мы с сотрудниками приехали в Алматы для проведения там тренинга, и первое, что мы увидели, подъезжая к громадному Дворцу спорта, это афишу с надписью «Чистка кармы, открытие третьего глаза». Тогда мы поняли, что нам не конкурировать, и отказались от этого тренинга, т.к. было противно работать параллельно со знахарями и колдунами, тем более что успех по снятию кармы явно был гарантирован. Единственное, когда нам удалось это победить, так в старом университетском Томске. Популярная певица Маша Распутина собрала там меньше аудиторию, чем наш психотренинг.

Итак, при эпилепсии знахари открывают «третий глаз». Но это, как правило, при сложных фокальных приступах, где особенно характерны психические компоненты, например наличие галлюцинаций, ощущение озарения. Описывая свои эпилептические припадки, Достоевский говорил, что в какую-то секунду перед началом тонико-клонического приступа он, в состоянии ауры, испытывал ощущение всей сложности мира.

Какие же из этих приступов наиболее трудны для диагностики? Конечно, простые и фокальные, моторные подергивания или

клонические судороги какой-то одной части тела, так называемый джексоновский марш; соматосенсорные, т.е. какие-то необычные соматические ощущения и различные виды галлюцинаторных ощущений (кратковременные – звуков, запахов, зрительных образов), вегетативных (побледнение, покраснение, тахикардия, чувство удушья). Этот вид приступа следует дифференцировать с паническим расстройством. Все изложенное может быть отнесено к понятию «аура», хотя традиционно, особенно в старых руководствах, аурой называлось состояние, предшествующее тонико-клоническому припадку. Такая аура возникает при фокальных сложных приступах, когда вначале отмечаются изменения типа ауры, с сенсорными психосенсорными расстройствами, а затем наступает тонико-клонический приступ. Структура фокального приступа и его симптоматика определяется топикой той зоны, в которой имеется патологический очаг. Поскольку чаще всего это височная доля, а у правой – конкретно левая височная доля, то чаще всего имеют место психические расстройства в виде галлюцинаций и аффективные.

Об абсансах и трудностях их диагностики мы уже говорили. Конечно, наиболее сложен для диагностики простой абсанс. И я говорю, что проходят годы, прежде чем иногда удастся его диагностировать. Для меня был очень показателен один пациент нашего отделения, водитель по профессии, который совершил наезд на ребенка, отсидел свои восемь лет и поступил в отделение только потому, что в последние полгода пребывания в колонии у него стали дополнительно развиваться тонико-клонические судороги. Когда мы с ним вернулись к его судебному делу, то оказалось, что он работал водителем двадцать с лишним лет, имея с детства абсансы. На суде он рассказывал, что этот ребенок возник у него перед машиной внезапно; все же свидетели показывали, что ребенок бежал вдоль машины и водитель должен был видеть, как мальчишка готовится пересечь дорогу. Но водитель упорно стоял на том, что ребенок возник внезапно перед стеклом. Его слова были расценены как ложь или как то, что он невнимательно следил за движением машины. А когда мы спросили его о симптоматике абсанса, он посмотрел на нас, как на людей, словно задающих такой странный вопрос: «А давно ли ты пользуешься руками для того, чтобы бриться?», т.е. ему казалось совершенно нормальным, что 5–10 раз в день у него темнеет перед глазами.

Он был уверен, что это свойство любого человека, и я запомнил его вопрос ко мне: «А что, у вас такого не бывает?» Более того, для данного человека это было признаком нормы, признаком здоровья. Наезд был совершен в состоянии абсанса, т.е. рано или поздно эта «мина» должна была сработать!

Мы так много говорим об абсансах потому, что они диагностируются очень плохо, и только работа семейного врача, врача первичной медицинской помощи может вовремя привести к диагностике этих состояний. Остальные виды приступов должны быть вам понятны. Родственниками пациентов это тоже легко улавливается.

Какие отклонения наиболее часто встречаются у детей? Эпилепсию следует диагностировать прежде всего в детском возрасте – вспомните ее эпидемиологию. Уже в родильном доме могут возникнуть приступы новорожденных, так называемые неонатальные судорожные приступы. Что в таком случае должен сделать врач-акушер? Первое – добиться консультации невролога. Вы должны исключить ряд вещей: врожденный порок мозгового развития, а также менингит. Причем это не обязательно произойдет прямо в роддоме. Врожденный порок может быть обнаружен в первые дни жизни, менингит – в течение ее первых месяцев. Целесообразно исследовать уровень калия в организме, поскольку подобные судороги возникают еще при гипокалиемии. Конечно, эту дифференциальную диагностику должен проводить невролог, но если детский психиатр занимается эпилепсией, то и он тоже.

Итак, педиатр и акушер обязаны запомнить три необходимых компонента диагностики: врожденный порок развития, низкое содержание калия и возможность менингита. Из этой триады легко устраняется только гипокалиемия. Врожденный порок развития сразу приведет к нарастанию симптоматики, тяжелым последствиям. Здесь возникает необходимость работы с семьей, которой следует дать объективную информацию: у вас родился по-настоящему сложный, больной ребенок, и надо подготовиться к связанным с ним проблемам. Мне приходилось слышать от родных такие высказывания: если бы нам сразу сказали, мы поступили бы по-другому, мы не были готовы к такого рода испытаниям. Так что для принятия осмысленного решения семья должна получить достоверную информацию.

В первые годы жизни самой распространенной формой эпилепсии является так называемый фебрильный приступ. В народе его называют младенческим, и наблюдается он примерно у 3% всех детей. Фебрильными же такие приступы именуют потому, что они возникают на фоне высокой температуры, неважно какой этиологии. Самый слабый стрессор вызывает учащение приступов.

Что нужно делать в последующем с ребенком, у которого имелись фебрильные виды судорог? (Здесь не годится так называемая превентивная терапия, которая раньше использовалась, особенно терапия фенобарбиталом.) Такой ребенок попадает в группу риска, и семейный врач должен тщательно наблюдать за его развитием. Информация для семьи – это рассказ о тех видах абсансов и приступов, которые не имеют яркой клинической картины, с тем чтобы семья могла их различать (но при этом нельзя допускать никакого запугивания, никакой паники!). Сообщите, что такое бывает у 3% детей, что это – далеко не показатель обязательности болезни, а свидетельствует лишь о необходимости более тщательного наблюдения за развитием такого ребенка. Это вовсе не означает, что в семье должны начать «гиперопекать» ребенка, что необходимы особый режим дня, особое питание, запрет на любые игры, страх того, что ребенок получит травму. Ваша задача – проследить, чтобы как раз-таки не было этой гиперопеки.

Таковы самые общие представления о том, как проводится терапия эпилепсии, что наиболее важно знать врачу первичной помощи, общему психиатру, общему неврологу, но не эпилептологу. Если же говорить более подробно, то принцип современной терапии эпилепсии заключается в предпочтении монотерапии, нежели политерапии или полипрогнозии. До недавнего времени были популярны смеси: смесь Сирейского, смесь Воробьева, смесь, созданная моим учителем профессором Канторовичем, которая называлась *контраспазмин*. Логика их применения была такова: если у человека несколько вариантов приступов, то нужно создать смесь, которая бы действовала на все варианты, и одновременно добавить нечто, что послужило бы корректором. Часто роль последнего играл кофеин, который, с одной стороны, положительно обладал неким антиэпилептическим действием, а с другой стороны, убирал сонливость, связанную с приемом фе-

нобарбитала. Но вы знаете, что в настоящее время по всем видам специальностей медицины монотерапия является более предпочтительной, чем полипрагмазия. Принцип, который до сегодняшнего дня в СНГ, и в Кыргызстане в частности, еще не стал главенствующим.

Что обычно делает врач, к которому привели ребенка с эпилептическим синдромом? Приоритетным лекарством остается у нас фенобарбитал – препарат, которому около 100 лет. Он достаточно эффективен при генерализованных припадках, особенно тонико-клонических. Однако побочные эффекты иногда стирают его достоинства, особенно в детской психиатрии. Это вопрос, который фигурирует до настоящего времени почти в любой книжке по эпилепсии.

Отчего возникают психические расстройства у детей, связанные с нарушением когнитивных функций, снижением темпа мыслительных и психических процессов? От самого заболевания или от действия? Разделить это очень трудно. Поэтому фенобарбитал обладает на сегодняшний день только одним неоспоримым преимуществом – своей дешевизной. Мы не можем быть уверены, что при современном развитии эпилептологии в СНГ, где только начинается ее становление, даже к врачу первичной помощи не придет человек с уже назначенным ему общим психиатром или общим неврологом (но не эпилептологом) фенобарбиталом, и в таком случае врач ПМП обязан будет дать консультацию.

Начать её надо с установления экономических возможностей семьи. Если врачу известно, что эта семья в состоянии позволить себе более дорогие препараты, то он может порекомендовать еще одну консультацию специалиста для решения вопроса о том, насколько необходим фенобарбитал. Ведь существуют современные препараты, которые, если сравнивать их с побочными эффектами фенобарбитала, практически безопасны, но стоят намного дороже. Когда мы покупаем китайскую технику, то примерно знаем, насколько она недолговечна, а если покупаем фирмы Philips, да еще и европейской сборки, то можем гарантировать и срок, и качество работы приобретенной вещи. Если мы приобретаем сертифицированные продукты в нормальном супермаркете, то вполне уверены в их качестве и в том, что доживём до утра, а если это нам не по карману, а дешевая колбаса опасна, тогда вообще обходимся без покупки.

В терапии принято считать, что плохое лекарство иногда лучше, чем никакое. В отношении же эпилепсии так вопрос не стоит. Если это хорошо диагностированная эпилепсия, если она действительно очень наглядная, если это не один припадок в два года, тогда мы даем рекомендацию о других препаратах. Пока наиболее зарекомендовавшими себя являются два препарата. Это, прежде всего, вальпроаты, или вальпроевая кислота (чаще всего вальпроат натрия). Данный препарат наиболее показан при лечении генерализованной формы эпилепсии, в том числе может применяться и при лечении абсансов. Хотя, если это только чистые абсансы без усиления до тонико-клонических или сложных абсансов, то можно использовать этосуксимид, или суксилеп. Суксилеп – наиболее частое фирменное название. Если же у вас сложный эпилептический синдром, или сочетание разных форм приступов, то комбинация вальпроаты + суксилеп возможна в том случае, когда терапия в течение нескольких месяцев одними вальпроатами оказалась слабо эффективной. Примерная эффективность вальпроатов, которая дает возможность почти полного выхода из болезни (прекращения приступов), 75% – весьма хороший показатель.

Мне приходится довольно часто бывать в Национальном центре кардиологии и терапии, где трудятся в основном доктор-кардиологи. Это хорошие врачи, но все они твердо убеждены, что никакие психические расстройства не лечатся, во всяком случае депрессия и тревога. Я задаю встречные вопросы: «Назовите мне, пожалуйста, процент полного излечения артериальной гипертензии или же гипертонической болезни». – «Ноль!» Но есть поддерживающая терапия, т.е. нормализация артериального давления, ИБС без хирургии, без аортокоронарного шунтирования – только на одной терапии. «Какими еще вы занимаетесь болезнями?» – «Порок сердца». – «Я приведу нашу статистику: депрессия – 75%, эпилепсия – 75%, тревожные расстройства – 50%. Да, соматоформные лечатся плохо, а коморбидные с депрессией панические расстройства – ещё хуже (до 30%). Ну а вы можете такими цифрами похвастаться?» – «Нет». – «Но в нашей сфере все это дорого стоит: хороший препарат тянет на 50 долларов в месяц! Однако и хорошие коронаролитики – всего лишь чуть подешевле. А препараты, которые реально снижают уровень холестерина, зашкаливают за сотню долларов!»

Вот та мифология, с которой вам доведется работать и которую вам предстоит разрушать. Если вы будете этим серьезно заниматься, то это займёт не менее 10–15 лет, пока не накопится группа людей, которая будет ходить и утверждать, что ваше лечение им помогло. Сейчас уже есть такая группа лиц, и немалая, но они этого не скажут, потому что тогда надо признаться, что ты лечился у психиатра. В том же самом Центре кардиологии в люксовых палатах лежат люди, про которых врачи честно говорят, что делать им здесь нечего, но это лечение престижно! Проще говоря, человек «хорошо» отметил католическое Рождество, Новый год, православное Рождество и еще кыргызский праздник захватил, а теперь пора на профилактику. Для определенной категории людей заботиться о своем сердце весьма престижно! Это так, и вам понадобятся 10–15 лет удач и неудач, чтобы вашим процентам стали верить.

Существует также мифология, что эпилепсия не лечится. Для фокальной или локальной эпилепсии предпочтительным является карбамазепин. Но здесь при хороших результатах выходит на первое место не врач-психиатр, не врач-невролог и даже не эпилептолог, а врач первичной помощи и семейный врач, поскольку возникает сложная проблема – принимать лекарство, будучи здоровым, внешне здоровым. Не так-то просто быть больным без симптомов! Представьте себя на месте такого пациента: у вас ничего не болит, нет вообще никаких проявлений болезни, вы с трудом приучили себя вовремя принимать лекарство, а вам говорят, что его надо пить еще несколько лет – не меньше пяти. Проходит год, человек честно всё выполняет, но вдруг вспоминает вашу фразу о том, что вы не знаете до конца, сколько же лет придётся пить это лекарство, чтобы болезнь не вернулась. Тогда он делает вывод, что врач вообще ничего не знает и, может быть, болезнь уже сама по себе прошла.

Не исключено, что он и задаст вам вопрос: а возможна ли спонтанная ремиссия? Тогда вы должны ответить, что возможна, но крайне маловероятна. Однако для нас, когда мы лечиться не хотим, маловероятное становится очень даже вероятным, приятным и нужным. Больной посетует, что вот, мол, он покупает лекарство, тратит деньги, а еще там написано, что есть побочные эффекты; – так зачем же я свой организм порчу?! И тогда нам предстоит долго и нудно рассказывать о весах, где перевешивает беда, болезнь. Ещё сложнее, если возникает рецидив заболевания

после прекращения терапии. Тогда наступает определенная резистентность к лекарству, и лечить уже труднее. На это уйдет ещё больше денег, а вероятность ремиссии уменьшится. Вот что нужно в самых разных вариантах постоянно разъяснять пациентам, а если болеют дети, то их родителям.

У вальпроатов есть один побочный эффект, который проходит, но сильно пугает и пациентов, и родителей (особенно если пациенты – девочки), – это быстрое выпадение волос. С адаптацией же организма к лекарству данный эффект постепенно исчезает.

Я назначаю только самые распространенные препараты. Средние их дозировки: 20–30 мг вальпроатов на 1 кг веса и 0,4–0,6 мг карбамазепина (суточные дозы). Более удачными и по фармакокинетике, и по эффективности являются ретардированные формы карбамазепина (карбамазепин-ретард, финлепсин-ретард, тимонил-ретард). Здесь, конечно, больше побочных эффектов, чем у вальпроатов, но этот препарат особенно хорош, когда приступы сочетаются с аффективной патологией (с депрессией или с тревогой), которые встречаются примерно в 20% случаев. При этом часто возникает депрессия – как своеобразная личностная реакция на болезнь, на низкую самооценку, на отторжение обществом, на пренебрежение со стороны сверстников.

При комбинации эпилептического синдрома с аффективными расстройствами карбамазепин работает в двух направлениях, потому что в последние годы и карбамазепин, и вальпроаты применяются еще и при колебании настроения – в качестве нормотимика.

Карбамазепин более изучен как нормотимик. В настоящее время имеется большое количество работ и по вальпроатам – они заняли место карбоната лития, который раньше применялся в связи с колебаниями настроения. Немало также исследований, показывающих, что карбамазепин эффективен как антидепрессивное средство, особенно у людей с органической патологией, и достаточно хорош при тревожных расстройствах. Аналогична литература и по вальпроатам.

Новые препараты, такие, как ломотриджин, до настоящего времени не являются лекарствами, с которыми должны и могут работать и врач первичной помощи, и общий психиатр. Это «инструменты» для эпилептологов, особенно в постсоветских стра-

нах, где медикаменты очень дорогие. Есть так называемая группа новых антиэпилептических препаратов (АЭП), их примерно около десятка, по которым предстоит провести ещё большое количество исследований, прежде чем будут доказаны их четкий спектр и эффективность.

Важен и психосоциальный аспект эпилепсии и, прежде всего, работоспособность таких людей, их возможность выполнять те или иные трудовые функции, потому что эпилепсия накладывает ограничения на труд, на то, что является вполне естественным для человека. Например, очень сложным остается вопрос: эпилепсия – беременность – роды – ребенок, поскольку прием АЭП во время беременности не рекомендован, а прекращение приема может привести к возобновлению припадков и даже к появлению эпилептических статусов. Он особенно сложен в отношении идиопатической эпилепсии, а не симптоматической. Здесь жестких, четких рекомендаций не существует. Как правило, люди обращаются не к эпилептологу, а к тому, кто наиболее близок, в том числе и к семейному врачу. Скажем, в браке один из членов семьи (муж) заявляет: «Или у нас будет ребенок – или мы разведемся!» Женщина хочет сохранить брак и готова пойти на определенный риск. Как в таком случае вычислить долю этого риска? Очень ориентировочно, т.е. если есть опыт, что прекращение приема препарата уже приводило к возобновлению и учащению приступов – вплоть до эпилептического статуса, то вы говорите, что это опасно, причем не только для матери, но и для плода, потому что эпилептический статус может привести к гибели эмбриона. Тяжелая гипоксия, возникающая во время приступов, тоже может плачевно отразиться на пренатальном развитии ребенка. Так что, повторяю, если есть такой негативный опыт, то вы его просто описываете и говорите, что это крайне высокий риск.

В моей практике был такой случай, когда мне не удалось убедить молодую женщину в том, что риск очень высок, и она погибла от эпилептического статуса сразу после родов. В данной истории эпилептические статусы имели место во время беременности, и вероятность того, что у этого ребенка могли быть проблемы с психическим здоровьем, была достаточно высока. Кроме того, у женщины был опыт, когда она бросала прием препарата, и это всегда приводило к эпилептическому статусу. Поэтому я го-

ворил и родителям, и ей самой о том, что роды для неё – слишком рискованное мероприятие.

Но мы живем в стране и в той культуре (и это не единственная культура в СНГ), где существует еще один странный миф – о том, что эпилепсия проходит после брака, что она связана с половым воздержанием. Вера в целительные свойства секса – еще одно из доказательств, что люди смотрят на него совершенно неправильно. Секс – просто нормальная функция человека, а не специальное оздоровительное мероприятие. В нашей же культуре существует очень много мифологий типа: «Вот выйдет замуж или женится, и тогда и то пройдет, и это». Поэтому родственники людей с эпилепсией часто торопят их с браком, рассматривая это как выход из болезни.

Второй предрассудок: рождение ребенка может привести к выздоровлению. Вот какие полярные мифы существуют: с одной стороны, ребенок обязательно родится и будет больным, а с другой – вот родишь ребенка и поправишься. Мифология, она же всегда строится на полюсах. Итак, первый психосоциальный аспект эпилепсии – это брак, дети, дальнейшая судьба этих детей. Второй – ты никуда не сможешь быть пристроен, и тебя ожидает печальное будущее. Оба таких воззрения опять же связаны с недифференцированным подходом к эпилептическим синдромам.

Я расскажу об основных принципах понимания трудоспособности людей, применяемых в Германии, которые могут быть использованы и у нас. Вот нулевая группа, которая практически не имеет никаких ограничений, т.е. здесь ограничения на труд связаны только с особыми условиями труда. В отличие от медицинских классификаций эпилепсии, все возможные эпилептические проявления человека сгруппированы (существует пять групп). Соответственно, трудовые рекомендации и ограничения на ту или иную производственную деятельность даются не по медицинским классификационным системам, а по иным схемам.

Главный определяющий критерий ограничения производственной деятельности – нарушение сознания, вернее отсутствие этого нарушения. Следующий важный критерий – падение, что, например, связано с работой на высоте. Если нет падений, значит, такая работа возможна. Далее – возможность сохранения произвольных движений, т.е. может человек или нет контролировать

свою двигательную активность, имеются ли неадекватные движения или же отсутствуют.

Небольшое дополнение к детской эпилепсии: 1-й вариант – неонатальный, судорожный; 2-й – фибрилльный; 3-й вариант в старых классификациях эпилептических синдромов получил название «саламовы припадки», т.е. поклоны вперед, типа восточного приветствия, возникающие в возрасте 4–18 месяцев.

Самым тяжелым в детском возрасте и трудно диагностируемым является статус абсансов, или статус малых припадков. Он может удерживаться в течение нескольких месяцев. При этом ребенок обычно попадает в поле зрения психиатра или невролога, потому что у него ухудшается координация движений, снижается сообразительность за счет того, что идет обнубиляция (плавание) сознания, внезапное ухудшение успеваемости в школе. В нашей стране у родителей иногда возникает мысль, что ребенок стал принимать наркотические вещества. Самым лучшим современным диагностическим способом является повторная запись электроэнцефалограммы в разное время дня. Осуществить круглосуточный мониторинг у нас пока нет возможности, да и вообще на все СНГ есть только 2–3 таких центра.

Наконец, важна информация, которую получает семья, кроме той, которая фигурировала на протяжении всех этих лекций. Что рекомендовать ребенку с эпилепсией? Первое: поскольку эпилепсия связана с биоритмами сна и бодрствования, то должен быть жестко установленный режим сна. В провокации эпилептических припадков нехватка сна играет очень большую роль. Например, приехал в гости родственник, семья засиделась, и ребенок поздно лег спать, а утром проснулся в обычное время. Повторяю, сон должен быть четко отрегулирован. Но и длительный сон может оказывать отрицательное воздействие. Принцип «наш ребенок болен, так давайте дадим ему поспать подольше» не годится.

Второе: обязанность родителей, а если это более взрослый человек, то он сам обязан попытаться найти факторы, которые могут провоцировать возникновение приступов и приводить к так называемой рефлекторной эпилепсии. Это могут быть испуг, влияние световых или звуковых раздражителей. На Западе сегодня идет настоящая война с домашними собаками, их лишают голосовых связок. Желательно устранить всё, что может вызвать приступы рефлекторной эпилепсии. Нет жесткого запрета на

просмотр телепередач и работу с компьютером, но время должно быть ограничено. Можете ли вы представить себе состояние ребенка, которому полностью запрещен просмотр телепередач? Боюсь, он окажется единственным таким ребенком в городе. Значит, необходимо просто ограничение времени просмотра телепередач; так же – и с компьютером. Расскажите родителям о проявлениях данного заболевания и попросите их втолковать это воспитателю детского сада или учителю в школе. Можете сами встретиться с этими людьми и тоже дать им необходимую информацию.

Готовьте его к определенной будущей профессии, не ориентируя на то, что к моменту его повзросления будут созданы лекарства, которые раз и навсегда покончат с эпилепсией. Относитесь спокойно к рассказам ребенка о том, что он мечтает стать летчиком, и не говорите ему, что с такой болезнью это невозможно. Когда он подрастет, то, может быть, пожелает стать официантом. Если вы видите, что он, взрослея, упорно продолжает говорить о профессии, получение которой исключено, осторожно начните контрпропаганду и обучите этому родителей. Однако не стоит семилетнему ребенку говорить, что он никогда не станет летчиком. Помнится, была такая пациентка, девочка 14 лет, очень отгороженная от своих сверстников только тем, что они будут иметь права на вождение машины, а она – нет. Ведь машина – это своего рода символ взрослости. Стал совершеннолетним – и, наряду с правом голосовать, получил права на вождение машины. Разве это не важно, не значимо для самооценки молодой личности?!

Лекция 29. ГОЛОВНЫЕ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ

Рассмотрим две темы, которые, в принципе, очень близки к соматизированным расстройствам, особенно первая – головные боли напряжения (ГБН).

При диагнозе головной боли напряжения в самом названии содержится слово, которое трактуется по-разному. В одних случаях оно как бы идет в контексте. Врач рассматривает *головную боль напряжения как боль психического напряжения*, т.е. мысленно добавляет к термину «головная боль напряжения» слова «в голове», и это расстройство превращается, по сути, в стрессовое, или в так

называемую психалгию, отвечая всем классическим канонам соматизированного расстройства. Но если данное нарушение расценивать только как головную боль психического напряжения, то тогда вся тактика терапии должна быть ориентирована на снятие психического напряжения. Следовательно, единственным лекарством должен стать препарат, снимающий именно психическое напряжение.

Если же врач трактует понятие «головная боль напряжения» как нейромышечный вариант головной боли, *т.е. психическая боль физического напряжения*, то его терапия должна быть ориентирована на снятие как психического, так и мышечного *напряжения/компонента*. И таким препаратом становится, прежде всего, транквилизатор, который должен обладать двумя свойствами: первое – снимать психическое напряжение, второе – иметь выраженный миорелаксирующий эффект, т.е. быть способным снять и психическое и мышечное напряжение. Но, как правило, подобные транквилизаторы обладают ещё и выраженным седативным эффектом, вызывая чувство седации (сонливости). Это первое неудобство такого рода терапии, а второе – это то, что терапия головной боли напряжения должна носить достаточно длительный характер, угрожая опасностью привыкания к препарату. Но все это происходит только в том случае, если врач выставляет диагноз головной боли напряжения.

И хотя доктор может интерпретировать эту головную боль и как психалгию, и как нейромышечную головную боль, он все равно будет ориентирован на терапию психотропными препаратами. В настоящее время диагноз «головная боль напряжения», вошедший в МКБ-10, практически не выставляется не только в Кыргызстане, но и в большинстве других стран Содружества. А если и выставляется, то в специализированных центрах или специалистами, ориентированными на глубокое знание вариантов головной боли.

Мы провели небольшое исследование среди поликлиник г. Бишкека, и оказалось, что все врачи первичной помощи, как и большинство врачей-неврологов, вообще не слышали диагноз «головная боль напряжения». Они не только не знают, что он включен в международную классификацию головных болей, но и не ведают, что существует Международная ассоциация головной боли, которая так же, как и Международная противоэпи-

лептическая лига, имеет свои классификации головных болей (равно как Международная классификация кардиологов руководствуется своей классификацией кардиологических заболеваний, чем-то отличающейся от МКБ-10). Проще говоря, вышеупомянутые специалисты никогда не использовали в своей практике этот диагноз.

Мы попытались проанализировать, почему так происходит. Оказалось, по тем же причинам, по которым не диагностируются в поликлиниках и все другие соматизированные расстройства, т.е. не только головная боль напряжения, но и вообще все соматизированные нарушения не диагностируются врачами первичной помощи. К таким недиагностируемым состояниям можно отнести и генерализованное тревожное расстройство, и соматоформное расстройство. Это проявление одной и той же тенденции, о которой мы уже говорили: под психическими расстройствами врачи первичной помощи, семейные врачи понимают только грубые нарушения психики, которые должны стать предметом наблюдения у психиатра.

Второе убеждение – что это, как правило, расстройство стационарного уровня и такие пациенты должны лечиться в психиатрическом стационаре. Иначе говоря, все, что предьявляется как телесное страдание, имеет чисто телесную основу. Стало быть, в понимании врача ПМП, если человек говорит о головной боли, то это – патология органического, мозгового характера или признак каких-то других органических расстройств.

Мы провели анализ диагнозов самых частых вариантов головных болей: мигрень, сосудистая головная боль не мигренозного характера, головная боль, связанная с дистрофическими и деструктивными изменениями позвоночника, так называемый корешковый остеохондроз и ГБН. Оказалось, что мигрени на первичном уровне практически не диагностируются (разве что иногда только неврологами). Наиболее часто ставятся два диагноза: вегетососудистая дистония или шейный остеохондроз (с соответствующим назначением терапии).

Если устанавливается диагноз шейного остеохондроза, который не соответствует современной классификации, то далее следует направление пациента на мануальную терапию. Если это действительно головная боль, связанная с дистрофическими нарушениями шейного отдела позвоночника, то тогда такое на-

правление адекватно и хорошо помогает. А если головная боль напряжения, которая воспринята врачом как органическая боль, то тогда возможны два варианта ответа на мануальную терапию. Иногда за счет плацебо-эффекта (а мануальная терапия несет в себе мощный плацебо-заряд) может наступить кратковременное улучшение, и тогда пациент избирает тактику самостоятельных обращений к мануальному терапевту. Но, поскольку плацебо-эффект гаснет, то первые удачные результаты тоже постепенно сходят на нет, впоследствии пациент не обращается вновь к врачу за более точным диагнозом, а просто меняет мануального терапевта. При этом у него есть хорошее доказательство: дескать, если в первый раз помогло, значит, просто нужен более профессиональный мануальный терапевт.

Это – одна из возможных форм поведения пациента с неверно диагностированным вариантом головной боли. Но возможна и другая – когда срабатывает негативный плацебо-эффект. Тогда наступает ухудшение состояния, которое редко рассматривается как неправильно установленный диагноз, а списывается на якобы неудачно выбранного манипулятора. И опять идет поиск более профессионального мануального терапевта. Иногда пациенты интуитивно, но вполне адекватно, при головной боли напряжения выбирают себе не мануальную терапию, а массаж. И если это хороший, профессионально проведенный релаксирующий массаж, то больные, получив облегчение, становятся потребителями массажного кабинета. Приходит успокоение, что с головой все в порядке. Ведь при головных болях (а головная боль напряжения стойкая) у человека возникает не столько страх психического расстройства, сколько онкологического заболевания. Поэтому логика такая: раз массаж помогает, значит, никакой онкологии нет. Но если в этих случаях эффективность остается невысокой, больной слишком тревожен, а идея об онкологическом заболевании очень сильна, тогда следует самостоятельное обращение пациента в диагностический центр для исключения опухоли.

И опять все довольны. Диагностический центр получил клиента, а больной рад тому, что у него нет онкологического заболевания. Здесь мы должны понять все трудности, которые возникают перед врачом первичной помощи, а потом перед врачом-специалистом при выставлении диагноза головной боли напряжения. Врач ПМП, предположив или установив диагноз

(а он может устанавливать некоторые варианты головной боли напряжения), тем самым как бы говорит пациенту: «Э, дружище, а с психикой-то у тебя не всё в порядке!», заработав, таким образом, реакцию отторжения. То, что он может подобрать другую терапию, которая поможет пациенту, играет меньшую роль, чем то, что услышал ваш пациент. Если это будет преподнесено в форме: «У вас ничего нет и вам просто следует взять себя в руки», тогда ситуация особенно обострится. Но так почти не бывает в отношении головных болей напряжения.

Первое, что часто делают врачи, это посылают больного на рентгенографию черепа, где находят усиление пальцевых вдавлений. Как тут скажешь, что это просто от нервов?! Тогда появляется следующий частый диагноз – повышенное внутричерепное давление, что становится прекрасным названием для объяснения всего, что может происходить с человеком. В 5-м классе моя дочь, описывая страдания своей одноклассницы, сказала: «Папа, у Нади внутричерепное давление». Я расспросил, что происходит с Надей. Оказалось, девочка не посещает контрольные потому, что резко повышается черепное давление. Учителя, пробуя ужесточить нажим на девочку, получили от нее отпор в виде резкого усиления головной боли, когда она действительно хваталась за голову, и агрессию со стороны матери. Тогда учителя решили: делай что хочешь, только оставь нас в покое! И весь класс с утра выяснял, как там у Нади с внутричерепным давлением. То есть, один человек манипулировал всем классом.

Скажите, можно ли встретить человека, даже если это школьник, который на вопрос, ушибал ли он когда-нибудь голову, даст отрицательный ответ? А если это было зафиксированное падение, удар, то он точно скажет: да, ушибал. Я ни разу не видел такого пациента, которого врач при этом тщательно расспросил бы о признаках, позволяющих диагностировать ушиб мозга, т.е.: терял ли сознание, возникала ли головная боль, головокружение и т.п. Либо в случае травмы, полученной при падении с лестницы, поинтересовался бы высотой этой лестницы, а также какой частью тела приземлился пострадавший человек. Ведь можно с метровой высоты упасть – и головой в бетон, а можно легко травмировать плечо, упав с двух метров. Почему-то такие детали не становятся предметом расспроса врача.

Вчера мы анализировали материал об адаптационном образе болезни у пациентов, страдающих шизофренией, и эти больные на первое место выставляют причиной своего заболевания физическую травму; больные с депрессией – на второе место. Принцип же таков: голова – вещь ранимая, и, если ее стукнуть, она повредится. Поэтому часть головных болей напряжения уходит в диагноз посттравматического расстройства. Если же у такого человека имеют место колебания артериального давления, то это отнюдь не гипертоническая болезнь, а иногда – эмоциональные подъемы, иногда – гипотония, т.е. эдакое нестабильное артериальное давление. Подобного пациента отправляют на реоэнцефалограмму.

У нас старые методы реоэнцефалографии, и мне хочется предложить один вариант, который я когда-то рекомендовал одному армейскому врачу. Мы проводили военную экспертизу солдатам, в чьих документах было написано на штампе: «Жалоб не предъявляет, ЖКТ в норме, сердце в норме», т.е. все в норме. И я предложил все писать через этот резиновый штамп. Самое ужасное, что через несколько месяцев мы получили солдата, у которого имелось два штампа – штамп по медицинскому здоровью и служебная характеристика в виде штампа. В служебном была прекрасная фраза: «Умеет хранить военную тайну». Интересно, какую военную тайну знал солдат строительной части? Думаю, что никакой. Далее стояло: «Делу партии предан». Также под штампом шла медицинская характеристика, единственным пропуском в которой было: «В медпункт обращался». Но часто работа врача в поликлинике – почти воспроизведение подобной ситуации. Вопрос о травме, измерение давления – и дальше путь по остаточному варианту травмы либо по сосудистому расстройству. А когда мы получаем расшифровку реоэнцефалографии, то это аналогичное резиновое клише.

Я думаю: где бы отыскать абсолютно здорового человека с нормальными сосудами? В усредненном случае вы всегда получите венозный застой и т.п., после чего проблема решается. Стереотипно: пациент получает сосудистые препараты. Ну, а если ему легче не становится, что тогда делать? Сосудистое расстройство – вещь непростая, лечить его трудно. Тем не менее, врач никогда не выполняет ни одного обязательного алгоритма диагностики любого заболевания, алгоритма пересмотра диа-

гноза, исходя из банальной идеи, что заболевание лечить трудно, что далеко не каждому больному помогает назначенное лечение. И только каждый 20-й или 50-й пациент поступает на повторную диагностику, но это происходит не тогда, когда его состояние резко ухудшается, а когда он начинает заниматься совершенно «безобразным» делом – начинает требовать от врача реальной помощи. Его «наглость» и «бесстыдство» столь значительны, что в наказание за это он получает диагноз «ипохондрия», и ему прямо говорят: «Вам нужно к психиатру, а не ко мне». Это – своеобразное наказание больного за его естественное желание чувствовать себя хорошо.

Вспоминается такой анекдот. Баня, сидит человек и стонет, но никто на него не обращает внимания. Потом он хлоп – и отключился. Тогда его сосед, старый еврей, говорит: «Что за человек! Всем плохо. Ну, сказал бы, что ему хуже всех». А наш пациент ходит и говорит, что ему хуже всех, но, поскольку он не умирает, есть другой вариант от него избавиться: всех больных с головной болью напряжения – к психиатру.

Каковы диагностические признаки, характерные для головной боли напряжения? Прежде всего, временной признак и частота этих приступов. Они должны возникать не реже трех раз в неделю и продолжаться не менее трех последних месяцев. Длительность приступа головной боли – от 30 минут до нескольких недель и даже месяцев!

У меня недавно был пациент, который сказал, что за последние несколько лет не помнит, чтобы у него не болела голова, и что он даже привык к этому. А сейчас она перестала болеть – и он в каком-то волнении. У большинства больных головная боль начинается с утра, днем немного уменьшается, а к вечеру опять усиливается. Если вам удастся провести хороший опрос, то вы сможете заметить, что головная боль напряжения усиливалась в момент дистресса, психического напряжения или с нарастанием тревоги. Если она носит периодический характер, то часто начинается с неприятных ощущений в затылке, голове или шее, которые затем перерастают в боль. Это симптом, о котором сами больные не говорят, но вы способны его обнаружить при тщательном расспросе. Характер головных болей – давящая, разлитая; не характерна пульсирующая, стреляющая боль, а больше – ощущение давления. Когда-то в старых руководствах по неврозам или по психиа-

трии описывалась головная боль неврастеников. Собственно, это и была головная боль напряжения, и имел хождение специальный термин – «каска неврастеника», т.е. ощущение шлема, чего-то давящего на голову и пр. В чистом виде такое встречается очень редко; чаще всего больной говорит, что вот здесь где-то давит.

Расспрашивая о том, что делает человек во время подобного приступа, задайте несколько вопросов, например: как часто он прибегает к анальгетикам (учтите, для головной боли напряжения характерна слабая реакция на анальгетики, т.е. боль притупляется, но не снимается); какие процедуры он дополнительно осуществляет – согревает или же охлаждает голову (для ГБН не характерны выраженные изменения характера боли в ответ на такие действия). Важно также, как он ведет себя в период головной боли напряжения, возможно, просит детей помассировать ему плечи, шею, погладить по голове. Если это помогает, то становится домашним стереотипом. Нередко такая боль распространяется в обе стороны головы. Наиболее интенсивна она в затылке и темени.

Очень важным диагностическим признаком является сложность описания боли самим пациентом. Это еще один из признаков, сближающий головную боль напряжения с другими соматизированными расстройствами. Известно, что при соматизированных расстройствах больные с трудом описывают свои ощущения. Задайте простой вопрос, когда больной пытается охарактеризовать свои головные боли: пробовал ли он во время приступа расчесывать голову жесткой щеткой, и помогало ли это ему или было неприятно. Ответ «неприятно» свидетельствует в пользу головной боли напряжения. ГБН не бывает слишком сильной, она обладает слабой или умеренной интенсивностью, заметно снижая качество жизни, но не нарушая полностью жизнедеятельность и социальную активность человека.

Позднее мы поговорим о классификациях головной боли напряжения, ее вариантах. Но одним из дифференциально диагностических признаков этого страдания является ощущение мышечного характера. Подобное не всегда бывает, но всё-таки нередко неприятные ощущения в плечевом поясе, в шее, а при пальпации обнаруживаются болезненные узелки (в трапецевидной и шейной мышцах). Нахождение в неудобной позе, долгое пребывание на холоде, всё, что способствует напряжению мышц, часто провоцирует у пациентов возникновение и усиление головной боли. За-

метьте: во время ГБН у больных никогда не наблюдается рвоты, только изредка возникает тошнота.

Вместе с тем одним из характерных, но плохо выявляемых симптомов (поскольку больной как бы не устанавливает с этим связь или считает её логически понятной) является снижение аппетита, особенно если головная боль продолжается достаточно долго. Такой вопрос обязательно следует задать, потому что сам больной на этом не делает акцента. Если вы спросите пациента, почему он не рассказал о снижении аппетита, тот, скорее всего, скажет, что ведь это и так понятно, когда настолько плохо себя чувствуешь. Однако факт снижения аппетита позволит вам предположить, что это один из вариантов ГБН, характерный для депрессивного варианта, так же, как снижение веса.

Во время ГБН бывают фото- или фонофобии, т.е. усиление боли при ярком свете или громких звуках. И, наконец, то, что считается традиционным в последнее время: патогенетическая основа ГБН – это тревожные или депрессивные расстройства. Поэтому расспрос о тревоге или депрессии проводится, согласно стандарту, оценке и диагностике данных расстройств.

ГБН – весьма частое заболевание, но статистика его распространенности очень широко варьирует. Это объясняется разными критериями, различными эпидемиологическими инструментами, различным подходом к границам ГБН, отсюда, следовательно, и колебания цифр – от 70% популяции до 1–2%. Можно предполагать, что при тех границах ГБН, которые устанавливаются в МКБ-10, распространенность ее достаточно широка и, наверное, составляет 10–15% населения. В любом случае мы оказываемся перед фактом весьма частого страдания, которому больные не придают столь уж большого значения, как бы привыкают к нему, а потому далеко не всегда целенаправленно обращаются за врачебной помощью. Отсутствие призыва к помощи или нахождение собственных приемов поддержки далеко не всегда адекватны и не свидетельствуют о том, что ГБН безопасное, безвредное заболевание. Несомненно одно: качество жизни больных с ГБН существенно снижается.

Наиболее трудными для диагностики являются смешанные, или микстовые, варианты, поскольку ГБН может сочетаться и с сосудистой не мигренозной головной болью, и с мигренозным вариантом головной боли, и с головной болью, вызванной дистро-

фическими нарушениями шейного отдела позвоночника. Диагностика этих вариантов является уже задачей не врача первичной помощи, а специалиста-невролога.

Какие варианты ГБН несмешанного типа выделяются в современных международных классификациях? Согласно классификации Международного общества по головным болям, в 1988 году было выделено несколько вариантов ГБН, критерием разделения которых послужили два признака:

- эпизодичность возникновения, т.е. частое или хроническое течение (тип течения);
- сочетается ли ГБН с дисфункцией перикраниальных мышц или не сочетается.

Вернемся к началу лекции, когда я говорил вам о том, что подход, рассматривающий ГБН как головную боль мышечного напряжения, не всегда адекватен. Поэтому вырисовывается такая сетка, в которой мы можем разделить ГБН на четыре варианта: эпизодическая – с дисфункцией или без дисфункции перикраниальных мышц; хроническая – с теми же двумя подвидами.

Наконец, мы понимаем, что любые наши классификации условны, они неспособны охватить все многочисленные реальные патологические расстройства человека, поэтому выделяется еще и третий раздел – другие варианты головных болей напряжения, не попадающие в перечисленные выше четыре варианта.

В МКБ-10 принята другая классификация, где используется только тип течения заболевания, т.е. хроническое, эпизодическое и третий вариант, который трудно отнести к одной из названных категорий, а потому он получил аббревиатуру БДУ (без дополнительных указаний).

Мне представляется, что классификация МКБ-10 менее удачна, чем предложенная Международным обществом по головным болям, потому что она гораздо слабее ориентирована на выбор терапии. Сами определения «хроническая» или «эпизодическая» дают мало, отражая скорее характер последствий, которые влечет за собой головная боль напряжения, отрицательно влияя на качество жизни, но не способствуя верной терапевтической ориентации. Именно для того, чтобы восполнить этот пробел, мы предлагаем собственную классификацию ГБН, которая не должна использоваться врачом ПМП, а предназначена для узких специалистов-неврологов или, в определенных случаях, для пси-

хотерапевтов. Эта классификация, как и многие другие, которые мы создаем, носит прагматический характер, т.е. позволяет, прежде всего, выявить мишень терапии. Поскольку в настоящее время установлено, что ГБН связана и с депрессией, и с тревогой, но попыток такого разделения не было сделано, правомочно выделить следующие варианты ГНБ:

- тревожный вариант, при котором, на наш взгляд, может иметь место выраженный мышечный компонент;
- тревожно-депрессивный вариант, где мышечное напряжение в определенной степени зависит от интенсивности тревоги;
- депрессивный вариант, в котором мышечное напряжение будет носить минимальный характер;
- соматоформный вариант.

Какие основные патогенетические механизмы участвуют в формировании этих вариантов? Прежде всего, аффективные расстройства: тревога, депрессия или тревога, коморбидная с депрессией. По всей вероятности, чисто депрессивный вариант является далеко не самым распространенным, но превалировать будут тревожно-депрессивный или тревожный. Предложенное выделение вариантов построено на том, что главную роль в них играют аффективные расстройства. Одновременно уточнение характера аффективного расстройства дает определенный курс на компонент мышечного напряжения. И, наконец, можно предполагать, что, как и при других соматизированных расстройствах, здесь могут участвовать внутриспсихические механизмы. Возникновение их связано с разнообразием функций боли: с одной стороны, она имеет сигнальное значение, т.е. сигнализирует нам о неблагополучии в организме. Это проявляется вообще при любой патологии, прежде всего неорганического, функционального характера – как адаптационная функция болезни. Образно говоря, боль является помощником в поиске поломки, произошедшей в нашем организме. Мы знаем, что симптомы, прежде всего симптомы соматизированных расстройств, играют позитивную роль.

Существует понятие позитивного смысла того или иного недуга: первичная, вторичная и третичная выгода от болезни. Вот анекдот на эту тему. Пара американских туристов, муж и жена, оказались в Африке. Внезапно на жену нападает горилла, она карабкается на пальму и кричит: «Джон, спаси меня!» Горилла тоже

взбирается на пальму с явно не платоническими намерениями. И муж советует трясущейся от страха супруге: «А теперь скажи ему, что у тебя болит голова».

Так же, как и при других соматоформных расстройствах, в случаях головной боли напряжения, наряду с позитивным смыслом болезни, возникает внутриспсихический конфликт. На осознаваемом уровне – нозофобия, стремление избавиться от болезни, на бессознательном или малоосознанном – использование позитивного смысла болезни и, наконец, чувство вины, которое тем острее, чем больше выражен у пациента депрессивный компонент, и тем сильнее, чем социально нормативней человек, т.е. когда его потребность в болезни начинает выходить на уровень некоего осознания. Иначе говоря, человек начинает ощущать, что он манипулирует болью, получая от этого какую-то эмоциональную поддержку. Начинает понимать, что оказывается в выигрыше за счет болезни, и одновременно осознает, что нельзя, недостойно манипулировать людьми и использовать болезнь в качестве инструмента власти. В этом случае у пациентов усиливается чувство вины, что может привести к усилению депрессивного компонента. Поэтому поведение пациента и его обращение к врачу будет зависеть от двух вещей: от усиления чувства вины и вместе с тем от нозофобического компонента, поскольку сама по себе депрессия может усиливать интенсивность боли.

Вот такой вариант ГБН был назван нами соматоформным, поскольку соответствует всем критериям соматоформных расстройств, а стало быть, при диагностике этого варианта обязательно консультирование и лечение у психотерапевта. Работа с соматоформными больными показала, что боль, а именно поясничная и головная боль напряжения, очень часто является регулятором дисгармоничных сексуальных отношений в семье.

Мы говорили об аффективных вариантах ГБН, но в каждом из них есть еще компонент, выраженность которого может быть столь интенсивной, что будет приводить к появлению варианта смешанной головной боли напряжения, – это сосудистый компонент, часто заслоняющий диагностику головной боли напряжения. В меньшей или большей степени он почти всегда представлен в структуре ГБН, и связано это с тем, что в тревожные расстройства обязательно входит нарушение микроциркуляции сосудов головного мозга. Поэтому во всех вариантах ГБН обя-

зательными являются: аффективное расстройство, сосудистый компонент, зачастую мышечный компонент и иногда интрапсихический механизм.

Каждый из вариантов ГБН при определенных условиях может постепенно трансформироваться в соматоформный вариант. Какие же факторы будут способствовать переходу других вариантов в соматоформный? Факторы эти следующие: длительность течения заболевания, *позитивный опыт* использования *позитивного смысла болезни*, т.е. социальное подкрепление болезни, или, наоборот, очень активное сопротивление ей.

В этом случае мы получаем мишень первичной профилактики, но она предназначена не для врача первичной помощи. Его задачей является определение группы риска и направление такого пациента на консультацию к психотерапевту.

Лекция 30. ИНСОМНИИ И ИХ ТЕРАПИЯ

Весьма распространенное нарушение, которое чаще всего протекает в форме бессонницы, – инсомния. Термин «бессонница» исчез из литературы, т.к. в настоящее время нет ни одного научно доказанного факта, что существует реальное лишение человека сна / существования человека без сна на протяжении длительного времени. В периодической печати появляются истории о людях, которые якобы не спят 10–15 лет и при этом чувствуют себя хорошо, вполне работоспособны, не имеют никаких проблем с психикой. Но ни один из этих случаев объективно не подтвержден. Появление таких публикаций связано, прежде всего, с погоней самой прессы за жареными фактами, желанием некоторых людей стать объектом публичного внимания и получить от этого выгоду.

Один англичанин, перенесший черепно-мозговую травму (ЧМТ) в результате катастрофы, утверждал, что в течение 10 лет полностью лишился сна, что работоспособность его резко снизилась, за что и получил специальное пособие. Ему предложили обследоваться, и он согласился, но при одном условии: рядом с ним будет находиться жена. Оказалось, что супруга его будит в тот момент, когда он начинает засыпать, т.к. он засыпал с громким храпом. Наконец, на третий день обследования мужчина согла-

сился, что он все-таки спит, но продолжал утверждать, что при этом нет ощущения отдыха, нет ощущения, что выспался. Однако проверить это не удалось.

Врач ПМП часто сталкивается с утверждениями больного о том, что тот целую ночь практически не спит, тогда как соседи по палате страдают от храпа этого человека или просят паталтную медсестру несколько раз за ночь проверить сон данного пациента. Медсестра аккуратно записывает, сколько раз она подходила к пациенту, и фиксирует, что он в это время спал, но утром пациент продолжает упорно утверждать, что он не спит. Вот первый важный вывод: восприятие сна носит субъективный характер. Для врачей-психиатров следует сделать оговорку, что расстройства сна в МКБ-10 и ДСМ-4 несколько отличаются. В МКБ-10 это восприятие входит в рубрику «Расстройство сна неорганической природы», а в ДСМ-4 выделяется в самостоятельную рубрику расстройств сна.

Когда вы будете работать с МКБ-10, то столкнетесь с ситуацией, как вам классифицировать расстройство, если вы считаете его расстройством сна органического характера. Ведь нарушения сна как симптом распределены по разным рубрикам: F0, например, легкое когнитивное расстройство, посткоммоционное и т.д. Получается, вы шифруете это расстройство в рамках того нарушения, которое является в данном случае доминирующим, потому что расстройство сна неорганического характера выделено в отдельную рубрику, а расстройства органического плана не выделены.

В этом отношении ДСМ-4 имеет преимущества, т.к. выделяет три категории:

1. Первичные расстройства сна, т.е. когда они являются совершенно самостоятельными (в общем числе расстройств сна эта категория занимает небольшой процент – около 15%).

2. Расстройства сна, связанные с психическими нарушениями (сюда входят как органические, так и неорганические психические нарушения). Это депрессивный эпизод, тревожные расстройства и т.д., расстройства органического характера, связанные с сосудистыми заболеваниями головного мозга, а также расстройство сна при шизофрении, иначе говоря, все расстройства сна, которые носят вторичный характер; и таких расстройств значительное большинство. Когда врач диагностирует расстрой-

ство сна как ведущий симптом, предъявляемый ему пациентом, первое, что он должен сделать, – это искать какое-то другое психическое расстройство, чаще всего тревожное или депрессивное. Хотя жалобы на расстройство сна являются нередкой жалобой и больных шизофренией.

3. Другие расстройства сна, связанные с каким-то соматическим заболеванием, например с нарушением дыхательной функции во время сна или с тяжелым болевым синдромом либо с вторичным психическим расстройством, связанным с соматическим заболеванием (диабетом, инфарктом). Если вы диагностируете у больного, перенесшего инфаркт миокарда, например, депрессию или тревожную депрессию, то тогда он рассматривается как больной из второй рубрики, т.е. это связано не с патологией миокарда, а с психическим расстройством, возникшим в результате инфаркта. В частности, больные боятся заснуть и погибнуть во время сна. Сюда же входят расстройства сна, связанные с приемом психоактивных средств (например, инсомния), с отменой психоактивных веществ или чрезмерным употреблением стимулирующих психоактивных веществ.

Характеристика сна в ДСМ-4 значительно упрощена и сведена к трём категориям.

Расстройства сна

1. Инсомния, развивающаяся при различных заболеваниях (соматических, психических).

2. Гиперсомния.

3. Парасомния (например, снохождение, сноговорение, синдром беспокойных ног, миоклония, возникающая во сне, апноэ).

Самой частой является инсомния. Ее эпидемиология такова. Я хочу обратить ваше внимание на фразу: «Не удовлетворены своим сном». Она показывает, что главным критерием остаются не специальные параклинические исследования сна, а чувство удовлетворенности или неудовлетворенности сном. Только сегодня я смотрел человека восьмидесяти лет, и он тоже не удовлетворен своим сном, потому что он сравнивает его с тем, что было 20 лет назад. И когда я объяснил ему, что с возрастом происходят изменения характера сна, что это является возрастной нормой, то в ответ получил вопрос: «А зачем люди стареют» Повторяю,

в работе с больными вы должны понять, что означают их слова «неудовлетворенность сном». И тогда вы получите информационный мишень для психотерапевтической работы. И вы станете объяснять человеку, что он должен измерять себя теми возможностями, которые имеет на сегодняшний день, и смириться с мыслью, что с возрастом эти возможности уменьшаются.

Но почему же именно расстройства сна являются такими важными? Задумаемся о том, что следует за неудовлетворенностью сном, которая, кстати, встречается почти у половины населения. Многие прибегают к постоянным или эпизодическим приемам снотворных препаратов, и это одна из главных причин, почему с расстройствами сна должен работать врач ПМП. Вы всегда можете встретить пациента, который самостоятельно искал снотворное, – сделать это не трудно. Так, клиники Запада забиты пациентами, лечущимися от привыкания к снотворным препаратам или транквилизаторам, которые они самостоятельно принимали для купирования расстройств сна. Поэтому понятия «субъективная оценка сна», «удовлетворенность сном» начинают приобретать характер не только медицинской оценки, но и проблемы вторичного характера – из-за опасности привыкания к препарату.

Почему же так много проблем со сном? Да потому, что сон рассматривается многими людьми как интегративный показатель здоровья. Хорошо сплю – значит здоров; хорошо сплю – значит не вижу снов. Либо: неудовлетворен сном, т.к. не вижу сновидений. Каждый раз вы должны оперировать показателями индивидуальной оценки качества сна. Можете также встретиться с жалобой: «В моей жизни много стрессов, и сейчас меня беспокоят сновидения». Что ж, если они кошмарные, неприятные, то справедливо рассматриваются как патология. Но иногда под патологией понимаются пустые сновидения: будто я во сне заново переживаю день, это значит, что у меня ухудшилась работоспособность. В каком качестве тогда рассматривается сон со сновидениями? Когда-то он рассматривался учеными только как состояние отдыха («разлитое торможение») – когда ночью наше сознание отключается и мозг отдыхает. Это такая функция сна, которую можно назвать восстановительной.

Однако более поздние физиологические исследования показали, что наш сон можно разделить на несколько фаз: 1–2-я

фазы – это легкий сон с постепенным углублением, мышечным расслаблением, учащением дыхания, и в норме это не проваливание в сон, а скольжение вниз по медленно идущему эскалатору. Причём 2-я фаза занимает 50% времени сна, т.е. в течение ночи она то появляется, то исчезает, сменяя 3-ю и 4-ю. Глубокого сна не так много – это 3-я и 4-я фазы, характеризующиеся мышечной расслабленностью, медленными движениями, снижением температуры. Запись электроэнцефалограмм и запись движений глаз под веками показали, что существует еще одна фаза – быстрого движения глаз, когда и возникают сновидения.

Специально установленные датчики позволили установить, что человек как бы смотрит картинку телевизора и рассматривает свои сновидения. Так какой же смысл в этой фазе? Люди давно пришли к выводу, что полного отключения сознания во время сна не происходит, а в период фазы быстрого движения глаз даже часто происходят открытия, решаются какие-то сложные проблемы. Почему? Видимо, потому, что отключается сознание, но остается бодрствующим подсознание, которое очищается от дневной рутины, будничных стереотипов. Не случайно придается большое значение толкованию сновидений, поскольку это один из главных способов проникновения в наше бессознательное, в наши проблемы.

Пациенты З. Фрейда часто рассказывали сны о сексуальной близости со своими родителями, что вызывало у них глубокое чувство стыда. Это – результат запрета на доминирование сексуальных инстинктов, результат типической жизни и поведенческих установок человека. Подчас в сновидениях возникают те проблемы, которые занимают нас в течение дня, но проявляются они в странной форме, а потому с трудом расшифровываются. Один из первых алгоритмов, которым занялось человечество, – это создание сонников по расшифровке снов. Но оно носит наивный характер. Фаза быстрого движения глаз выполняет функцию психологической защиты, когда незаметно для сознания решаются какие-то проблемы. Сон выполняет не только восстановительную функцию и функцию психологической защиты, но и активации, решения проблем. Зная фазы сна, мы можем примерно представить себе структуру его нарушений у пациента.

Инсомния делится на несколько расстройств: пресомнические – трудности при засыпании; интрасомнические – пробуж-

дение частое; постсомнические – укорочение сна. Для выбора терапии это имеет большое значение, т.к. препараты, которые используются при терапии расстройств сна, обладают разными свойствами. Например, пациенту с трудностью засыпания вы назначите препарат, продолжительность действия которого 4 часа. А вот если другому пациенту, который легко засыпает, но через 3–4 часа просыпается, вы назначите ему тот же препарат, то будете неправы.

Нарушения фаз сна

1–2-я фазы – их удлинение или ослабление; трудности засыпания наблюдаются при тревожных расстройствах и первичной инсомнии. Укорочение данных фаз – это стремительно идущий вниз лифт, это астенизация, которая зачастую появляется у людей при сильном переутомлении.

Укорочение или ослабление 3–4-й фаз проявляется в отсутствии чувства отдыха, дневной сонливости или частых пробуждениях. Вследствие укорочения 3–4-й фаз и доминирования в структуре сна 1–2-й фаз отмечается поверхностный, неглубокий сон и просыпание. Это характерно для депрессии. Укорочение фазы быстрых движений глаз ведет к ухудшению работоспособности, снижению памяти и, в итоге, – к астенизации. Данная схема позволяет сопоставить фазы сна с характером расстройства и с проявляющейся при этом симптоматикой.

Инсомния связана с собственной субъективной оценкой сна, так что почти всегда мы получаем искаженный адаптационный образ болезни, в котором первичной является инсомния, а все остальное – производное от нее.

Алгоритм диагностики инсомнии

1. Использовать диагностические критерии, уделив особое внимание тревоге, депрессии.

2. Произвести дифференциальную диагностику первичной инсомнии от вторичной. Самое главное при первичной инсомнии – это гигиенические мероприятия, а дополнением являются небольшие курсы снотворных препаратов-гипнотиков. При вторичной же – терапия должна быть направлена на лечение основного заболевания.

Первичная инсомния – редкое заболевание. Депрессия часто носит маскированный характер, и для того чтобы убедиться в наличии у пациента действительно первичной инсомнии, следует провести диагностически-терапевтический курс антидепрессантами, преимущественно с выраженным седативным эффектом (амитриптилин, доксипин, тианептин), и значительно реже – флуоксетином, пароксетином и др. «Маскированная тревога» – еще более редкое заболевание; тревога диагностируется легче, чем депрессия. В случае, когда курс антидепрессантами не дал эффекта, вы можете прибегнуть к терапии транквилизаторами в течение дня, а именно ривотрилом. Если появятся изменения в характере сна, тогда это – тревожное расстройство как неорганического, так и органического характера.

Сон и старение. В этой диаде мы, прежде всего, должны ответить на вопрос, является ли старение человека патологией. И в каждом случае он решается индивидуально. Если у пожилого человека диагностируется органическое тревожное или депрессивное расстройство, связанное с сосудистым заболеванием мозга, то тогда это патология. Если вы не выявляете патологии, внимательней прислушайтесь к жалобам. В основном престарелые пациенты жалуются на то, что у них чуткий сон, они меньше спят по времени, но больше часов проводят в постели (время пребывания в ней удлиняется, занимая почти половину суток, а продолжительность самого сна гораздо короче, чем раньше).

Нередко предьявляется жалоба на неудовлетворительный сон. Серьезной проблемой является чувство сонливости днем. И здесь опять-таки возникает вопрос: боюсь спать днем, потому что ночью заснуть не смогу. Если ваш пациент может ограничить дневной сон непродолжительным интервалом, то вы разрешите ему это сделать. Но если у него нет такой возможности, тогда посоветуйте найти иной способ, чтобы избежать инверсии сна. Например, он может попросить соседей позвонить ему днем в дверь или по телефону в условленное время и т.д. Наконец, самое главное – постараться объяснить данному человеку, что это не патология и ему вовсе не нужно прибегать к средствам специальной терапии. В противном случае ваш пациент может стать постоянным потребителем психотропных препаратов, а с возрастом их применение будет провоцировать эпизоды спутанности сознания.

Здесь потребуется длительная, нудная работа – постоянно напоминать человеку о том, что появляющиеся нарушения сна являются его возрастной нормой (если, конечно, там нет патологии). И то, что он просит от вас, равнозначно сказочным заклинаниям типа: «Дайте мне живую воду или лекарство для вечной молодости». Постарайтесь убедить человека в необходимости адекватно воспринимать свой организм в разные периоды жизни. Напомните ему о дедушке и бабушке: понимал ли он их тогда? Почему-то, когда его бабушка жаловалась, что плохо спит, он считал это ее возрастной нормой (и был прав тогда) и понимал возрастные особенности, а сейчас утратил это понимание. Но такая беседа правомерна лишь в том случае, если вы твёрдо установили, что предъявляемое расстройство сна является не патологией, а сугубо возрастной нормой.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	3
Памяти удивительного человека	5
Лекции 1–2. Введение в психиатрию, определение ее места в системе медицинской помощи. Реформы в системе охраны психического здоровья. Стигматизация и дестигматизация	9
Лекция 3. Основные симптомы психических расстройств (общая психопатология)	38
Лекция 4. Навязчивые мысли, бред	46
Лекция 5. Бред и взаимодействие с бредовыми больными	51
Лекция 6. Основные симптомы психических расстройств (общая психопатология). Расстройства внимания и памяти	64
Лекция 7. Основные симптомы психических расстройств (общая психопатология). Расстройства интеллекта	75
Лекция 8. Синдром снижения интеллекта	90
Лекция 9. Депрессия	98
Лекция 10. Депрессия, ее психологические проявления	104
Лекция 11. Соматизированная депрессия	113
Лекция 12. Терапия депрессии с элементами психотерапии	121
Лекции 13–15. Биологическая терапия психических расстройств	130
Лекция 16. Частная психиатрия. Принципы классификации ...	169
Лекция 17. Система описания психических расстройств	177
Лекция 18. Паническое расстройство	185
Лекции 19–20. Необъяснимые соматические жалобы (соматоформные расстройства)	194
Лекция 21. Соматизация и соматоформные расстройства	209
Лекция 22. Копинг-механизмы, интрапсихический конфликт, основы психотерапевтической работы при соматизированных расстройствах	219
Лекция 23. Диссоциативные расстройства. Синдром отрицания. Типы взаимодействия с болезнью	236
Лекции 24–25. Расстройства детского и подросткового возраста	244
Лекция 26. Психические расстройства детского и подросткового возраста	271
Лекции 27–28. Эпилепсия	277
Лекция 29. Головные боли напряжения	297
Лекция 30. Инсомнии и их терапия	309

Валерий Владимирович Соложенкин

ИЗБРАННЫЕ ЛЕКЦИИ ПО ПСИХИАТРИИ
С ЭЛЕМЕНТАМИ ПСИХОТЕРАПИИ

Редактор – *И.В. Верченко*
Компьютерная верстка – *Г.Н. Курпа*

Подписано в печать 6.04.11
Формат 60×84^{1/16}. Печать офсетная
Объем 20 п.л. Тираж 100 экз. Заказ №67

Издательство Кыргызско-Российского
Славянского университета
720000, г. Бишкек, ул. Киевская, 44

Отпечатано в типографии КРСУ
720048, г. Бишкек, ул. Горького, 2